

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว
ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University


วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว
ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร


.....
นางอรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์


ผู้วิจัย


.....
รองศาสตราจารย์สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี,
Ph.D. (Neuroscience)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาวี่ จันทนะโสถถ์,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
อาจารย์แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ,
Ph.D. (Global Environmental Health)


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....
อาจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว

ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2552


.....

นางอรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์
ผู้วิจัย

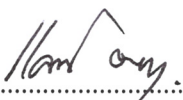

.....

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ นนทะสร,
ค.ค. (จิตวิทยาการศึกษา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

รองศาสตราจารย์สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี,
Ph.D. (Neuroscience)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

อาจารย์แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ,
Ph.D. (Global Environmental Health)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาว จันทนะโสถลี,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “ความผาสุกในครอบครัว” คงกลับกลายเป็นความไม่ผาสุกของผู้วิจัย และไม่สามารถทำให้สำเร็จลุล่วงได้ หากไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาวี จันทนะโสคติ และ อาจารย์ ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ พร้อมทั้งให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนทะสร ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า เพื่อเป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์นี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จรวยพร สุภาพ รองศาสตราจารย์ พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล รองศาสตราจารย์ พูนสุข ช่วยทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื่อ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณกรุงเทพมหานครที่สนับสนุนเวลาในการศึกษาต่อและเงินทุนการศึกษา รวมถึงผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยมีเวลาในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนเสร็จสิ้น ตลอดจนหัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานสำหรับการเก็บข้อมูล และพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาคั้งนี้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวที่แสนอบอุ่นที่คอยเติมพลังชีวิต ทำให้สามารถก้าวผ่านอุปสรรคมากมาย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขและเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสำหรับมิตรภาพ ความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ และทุกๆ ท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี้ที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สำหรับคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จคั้งนี้

อรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ตำบลกอนามัย กรุงเทพมหานคร
FACTORS RELATED TO FAMILY WELL-BEING AMONG PUBLIC HEALTH NURSES IN THE
DEPARTMENT OF HEALTH, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

อรรณณ ลิขิตพรสวรรค์ 5037008 PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี, Ph.D. (Neuroscience),
พิมสุภาว จันทนะ โสติดิ, Ph.D. (Nursing), แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, Ph.D. (Global Environmental Health)

บทคัดย่อ

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานของมนุษย์ที่อบรม เลี้ยงดู หล่อหลอมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผาสุกจะสามารถพัฒนาบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความผาสุกในครอบครัวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ตำบลกอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง จำนวน 239 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน และความผาสุกในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 66.1 ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.51) สถานภาพสมรส การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และภาวะครอบครัวที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกในครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ความต้องการจากงาน ($r = -0.112, -0.202, -0.309$, $p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกในครอบครัว ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ความสามารถในการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ($r = 0.145, 0.157, 0.172, 0.350, 0.274, 0.313$, $p\text{-value} < 0.05$) และพบว่า ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขได้ ร้อยละ 24.0

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะดังนี้ ด้านองค์กรควรเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความสามารถในงานที่สำคัญ มีอิสระในการตัดสินใจทำงาน ควรจัดสรรบุคคลให้เพียงพอกับปริมาณงานและความเร่งด่วนของงาน ควรสร้างบรรยากาศที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ด้านบุคลากรควรพัฒนาความรู้ความสามารถและเพิ่มพูนทักษะในการทำงานอยู่เสมอ รวมถึงการจัดสรรเวลาของการทำงานกับเวลาที่ให้กับครอบครัวให้สมดุล เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในครอบครัว หากครอบครัวมีความผาสุกจะส่งผลให้เกิดกำลังใจในการให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ความผาสุกในครอบครัว / พยาบาลสาธารณสุข / ความเครียดจากการทำงาน / แรงสนับสนุนทางสังคม

FACTORS RELATED TO FAMILY WELL-BEING AMONG PUBLIC HEALTH NURSES IN THE DEPARTMENT OF HEALTH, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

ORAWAN LIKITPORNSWAN 5037008 PPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMPORN KANTHARADUSSADEE
TRIAMCHAISRI, Ph.D. (Neuroscience), PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.
(Nursing), ANN JIRAPONGSUWAN, Ph.D. (Global Environmental Health)**ABSTRACT**

The family unit is the fundamental social institution for rearing family members and shaping their behaviors; family well-being can develop well-adjusted family members. This research was to study family well-being and related factors among public health nurses at the Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. The sample consisted of 239 nurses selected from 68 Public Health Centers. Data were collected by using a questionnaire with four parts, individual and families factors, job strain, social support at work, and family well-being. The statistical analysis used were Frequency Distribution, Percentage, Mean, Standard Deviation, t-test, One way ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients, and Multiple Regression Analysis.

The results showed that the well-being of families of public health nurses was at a high level - 66.1% ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.51). Whereas differences in marital status, additional training, sufficient family income, and family burden affected family well-being differently with statistical significance (p -value < 0.05). Differences in individual sickness, educational level, position, and family type did not affect family well-being. Negative factors relevant to family well-being were number of sick family members, a crisis in the family, and psychological job demand ($r = -0.112, -0.202, -0.309$, p -value < 0.05), while positive factors were age, work experience, extra assignments, job control, supervisor support, and co-worker support ($r = 0.145, 0.157, 0.172, 0.350, 0.274, 0.313$, p -value < 0.05). It was found that job control, psychological job demand, social support from co-workers, sufficient family income, and a crisis in the family jointly explained about 24.0% of variance for family well-being of public health nurses.

The results suggested that organizations should provide staff members with opportunities to accomplish important tasks as well as to make their own decisions; an appropriate number of staff to match the workload and work schedule should be assigned. Moreover, a pleasant work environment among co-workers should be promoted. As for staff, they should improve their working skills regularly, and work schedule and quality family time should be balanced to promote family well-being, which will lead to stronger determination to provide excellent nursing services.

**KEY WORDS: FAMILY WELL-BEING / PUBLIC HEALTH NURSES / JOB STRAIN /
SOCIAL SUPPORT**

235 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	8
นิยามศัพท์	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดความผาสุกในครอบครัว	16
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกในครอบครัว	27
3. แนวคิดพยาบาลสาธารณสุข	52
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย	80
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	80
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	88
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	89
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	90

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	92
บทที่ 5 อภิปรายผล	
อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย	113
อภิปรายผลการวิจัย	116
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	142
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	147
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	150
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	151
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	170
บรรณานุกรม	187
ภาคผนวก	206
ประวัติผู้วิจัย	235

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากร และจำนวนตัวอย่าง จำแนกตามศูนย์บริการสาธารณสุข	81
2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน และความพึงพอใจในครอบครัว จำแนกตามการทดลองใช้ และการเก็บข้อมูลจริง	89
3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	94
4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลครอบครัว	99
5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของปัจจัยความเครียดจากการทำงาน	101
6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกกลุ่มตามแนวคิดของ ราเสค (n = 239)	102
7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากงาน	102
8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของความพึงพอใจในครอบครัว	103
9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขที่มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent t-test	104
10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA	106
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความพึงพอใจในครอบครัว	107
12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียดจากการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานกับความพึงพอใจในครอบครัว	108

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	เมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Correlation matrix)	110
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์การทำนายสหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นในการทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข	111
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)	112
16	สรุปผลการทดสอบสมมติฐานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	139

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ		หน้า
1	Model of family well-being	26
2	Demand–Control Model หรือ Job Strain Model	45
3	กรอบแนวคิดในการทำวิจัย	79



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานของมนุษย์ที่อบรมเลี้ยงดู พัฒนาหล่อหลอมบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผาสุกจะสามารถพัฒนาบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ แต่จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม ภาวะเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวไทยด้านการทำบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยพบว่าดัชนีชี้วัดครอบครัวอบอุ่นของประเทศไทยได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 67.9 เป็นร้อยละ 63.4 และ 58.8 ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) และยังพบว่าอัตราการจดทะเบียนหย่าของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.4 คู่ต่อพันครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 4.8 คู่ต่อพันครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2548 และ 4.9 คู่ต่อพันครัวเรือนในปี พ.ศ. 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ผลของการหย่าร้างทำให้ผู้หญิงเปลี่ยนบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 27.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2548 และร้อยละ 31.0 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 26.5 ล้านคน เป็นผู้ทำงานนอกบ้านถึงร้อยละ 63.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากบทบาทของเพศหญิงที่เปลี่ยนไปจากอดีต ซึ่งรับเพียงภาระภายในบ้าน ต้องมาแบกรับภาระในการทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลง ขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ความหวังไขอาทร การพึ่งพาอาศัยกันและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง (Vagg, Spielberger & Wasala, 2002) นอกจากนี้หากผู้หญิงที่ทำงานใช้เวลาไม่สมดุลระหว่างการทำงานและความรับผิดชอบภายในครอบครัว จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ โดย อังศิรินทร์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และ อัจฉรา สุขารมณ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน จำนวน 1,375 คน พบว่าสตรีสมรสวัยกลางคน เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตได้สูง โดยพิจารณาจากระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัว โดยเฉพาะสตรีที่ทำงานในภาครัฐเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตถึง ร้อยละ 95 รองลงมาเป็นรัฐวิสาหกิจ

และเอกชน ร้อยละ 84 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดในงานของผู้หญิงที่สมรสจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความซึมเศร้า ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และไม่สนใจดูแลครอบครัว (Burke & Vinnicombe, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัดัม จีออร์ฟฟี และซูซาน สกี (Adam, Gyroffy & Susanszky, 2008) พบว่าระดับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวของแพทย์ที่เป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

พยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นสตรีที่ต้องทำงานนอกบ้าน แต่อีกด้านหนึ่ง พยาบาลสาธารณสุขก็ถือเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ที่จะต้องมีบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ตามบทบาทของผู้หญิงที่มีความรับผิดชอบสำคัญในการเลี้ยงดูบุตรดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย การทำงานบ้าน และดูแลความเรียบร้อยภายในครอบครัว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) จากบทบาทที่หลากหลายที่ต้องรับภาระทั้งภายในบ้านและงานภายนอกบ้าน บางครั้งการทุ่มเทให้กับการทำงานอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดความกดดัน บางคนต้องลาออกจากการงานเพื่อกลับมาดูแลครอบครัวอย่างเดียว ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Grzywacz, Thomas & Antonio, 2007) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบงานและความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นแหล่งที่มาของความเครียด ที่จะส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้หญิงที่ทำงาน โดย ชุตติมา ปิงเมือง (2547) พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทำให้มีปัญหาในเรื่องการแบ่งเวลาให้กับครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 56.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ แกรซีแควซ์ ฟรอนน์ บริวเวอร์ และคอฟเนอร์ (Grzywacz, Frone, Brewer & Kovner, 2006) เกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพพบว่า การมีปัญหาความเครียดจากการทำงานอย่างเรื้อรังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ร้อยละ 50

สำนักอนามัย เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 5,716,248 คน (กระทรวงมหาดไทย, 2551) โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่ง เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตั้งกระจายครอบคลุมพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการดูแลประชาชนในพื้นที่ มีการปรับมาตรฐานการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการโดยมีนโยบายพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Center Accreditation: HCA) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยเริ่มดำเนินการนำร่องในศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 10 แห่ง (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2548) หลังจากนั้นมีการขยายใช้มาตรฐานการบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่ง

กระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขมีหลายขั้นตอนและเป็นกิจกรรมที่หน่วยงานจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และลักษณะการทำงานอย่างต่อเนื่อง และในด้านการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขเป็นบริการที่ให้กับประชาชนทั่วไปทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างต่อเนื่อง และผสมผสาน โดยไม่จำกัดกลุ่มอายุ บุคคล หรือโรค การปฏิบัติงานจึงต้องเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว รวมถึงผู้นำชุมชน องค์กร และสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (พิมพ์ผกา รังษิภ โนทร, 2548) ดังนั้นลักษณะการทำงานต้องมีการประสานกับองค์กรต่างๆ ภายในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก บางครั้งต้องมีการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในช่วงเย็น หรือวันหยุด เพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนในชุมชน และได้กลุ่มคนจำนวนมากมาทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน อีกทั้งการทำงานของพยาบาลต้องประสบกับความทุกข์ ความเจ็บปวด ความสูญเสีย ความวิตกกังวลต่างๆ ของ ผู้ป่วย และญาติ ผนวกกับความคาดหวังของผู้รับบริการในปัจจุบันที่ต้องการการบริการที่มีคุณภาพ รวมถึงมีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้มีความทันสมัย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับพยาบาลบางคน ทำให้ต้องขวนขวายหาความรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับระบบการใช้งานสารสนเทศเพิ่มเติม

จากการปฏิบัติงานที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแปลงระบบและวิธีการทำงาน โดยใช้พลังสมอง และพลังความคิดเพิ่มขึ้น บางครั้งต้องนั่งงานกลับไปคิดวางแผน หรือทำต่อที่บ้าน จึงทำให้มีเวลาให้กับตัวเองลดน้อยลง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และบุคคลในครอบครัวลดลง (ประหยัด สายวิเชียร และ วาณี เอี่ยมศรีทอง, 2538) ซึ่งผลกระทบของความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านสุขภาพทางกายและจิตใจ เช่นภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด ซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต (Frone, Russell & Cooper, 1992; Kinnunen & Mauno, 1998; Vinokur, Pierce & Buck, 1999; Kim, Cho, Lee, Marion & Kim, 2005) ผลกระทบต่อองค์กรในด้านความพึงพอใจในงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร การลาออกจากงาน และผลิตผลต่ำลง (Bacharach, Bamberger & Conley, 1991; Frone et al., 1992; Boyar, Maertz, Person & Keough, 2003; Frye & Breaugh, 2004) ผลกระทบต่อครอบครัว ด้านการทำกิจกรรมกับครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ความพึงพอใจในครอบครัวและความผาสุกในครอบครัวลดลง (Doby & Caplan, 1995; Kinnunen & Mauno, 1998; Vagg et al., 2002; Frye & Breaugh, 2004)

ความผาสุกในครอบครัว (Family well-being) เป็นกระบวนการดำเนินไปของชีวิตครอบครัวที่เป็นพลวัต มีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก ทั้งนี้คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) กล่าวว่าหากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น ก็หมายถึงมีความผาสุกในครอบครัวลดลง จากการศึกษาของ ซาการา และอิโต (Sagara & Ito, 2006) พบว่าหากภรรยาทำงานนอกบ้านแบบเต็มเวลา สามีจะมีความผาสุกน้อยกว่าสามีที่มีภรรยาทำงานนอกบ้านแบบล่องเวลา สอดคล้องกับ มิลเลอร์ (Miller, 1971) ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย ซึ่งการวัดความผาสุกในครอบครัวนั้นคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ได้จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้างของครอบครัว ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว และด้านความเปราะบางของครอบครัว นอกจากนี้ อัดัมและคณะ (Adam et al., 2008) ศึกษาพบว่าปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัวประกอบด้วยความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน

ปัจจัยในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิดของ คาราเสก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) ประกอบด้วย ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน ซึ่งคาราเสกเชื่อว่าการเรียนรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ใช้ความสามารถของตนทำงานอย่างเต็มที่ ดังนั้นถึงแม้งานจะมีความต้องการจากงานสูงแต่เมื่อบุคคลสามารถควบคุมการทำงานของตนเองได้ก็จะทำให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงาน (Karasek & Theorell, 1990) รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน หรือเพื่อนร่วมงานก็จะช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงาน และมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ซึ่งเมื่อบุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดีแล้วก็จะส่งผลไปถึงการแสดงบทบาทในครอบครัวที่เหมาะสม ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความผาสุก ดังที่ ยิลดิริม และอิกแอน (Yildirim & Aycan, 2003) ศึกษาในพยาบาลประเทศตุรกี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยลดความขัดแย้งของงานที่มีต่อครอบครัวลงได้

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่มีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ของบุคคล ที่ใช้ในการเผชิญปัญหาทั้งในยามปกติหรือเมื่อตกอยู่ภาวะวิกฤต ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น (Thoits, 1982) โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985) ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลโดยตรง คือ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล การรับรู้ว่ามีคนตั้งใจจะช่วย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีสมรรถนะ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยเฉพาะกับผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลที่สำคัญและมีความผูกพันอยู่ด้วย (Rasgon, McGuire & Troisi, 2001) โดยจากการศึกษาของ

ทอมป์สัน เคิร์ก และบราวน์ (Thompson, Kirk & Brown, 2005) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยเพิ่มการรับรู้การทำหน้าที่ในครอบครัว ได้แก่ การเพิ่มความผูกพันภายในครอบครัวและลดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย (บุหงา ภูษะคราม, 2533; ชื่นฤดี แก้วบุตร, 2535; กมลวัน ดิษยบุตร, 2537; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; ปิ่นเพ็ชร โพธิ์กุดสัย, 2540) แต่ยังไม่พบการศึกษาในพยาบาลสาธารณสุข โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลพบว่าภาระงานของพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง (Lee, 2003; Yildirim & Aycan, 2003; Parikh, Taukari & Bhattacharya, 2004; Lindholm, 2006; Chu, Lee & Hsu, 2006; สิริภรณ์ หันพงส์กิตติคุณ, 2542; ธิตยา อุปมา, 2546)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวตามการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ในการหาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว เนื่องจาก คาลด์เวลล์กล่าวว่าความผาสุกในครอบครัวมีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก โดยผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นภายในครอบครัว ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากงาน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการสนับสนุนหรือส่งเสริมปัจจัยในการทำงานที่จะช่วยให้พยาบาลสาธารณสุขเกิดความผาสุกในครอบครัว และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปรับปรุงตนเองให้มีความผาสุกในครอบครัว ดังที่ เบนค์ และแมคเดอร์มิด (Behnke & MacDermid, 2004) กล่าวว่าความผาสุกในครอบครัวของผู้ทำงานจะสัมพันธ์กับความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว และให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าองค์กรควรเห็นความสำคัญของความผาสุกในครอบครัวของผู้ปฏิบัติงาน เพราะหากบุคลากรขององค์กรมีความผาสุกในครอบครัวก็จะส่งผลให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานและสามารถเพิ่มผลผลิตหรือคุณภาพในการบริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย สังกัดกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข และปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน ความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและครอบครัว ดังนี้ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว ภาระในครอบครัว และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงาน กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

- 1.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว
 - 1.2 สถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกัน
 - 1.3 การมีโรคประจำตัวจะมีความพึงพอใจในครอบครัวต่ำกว่าการไม่มีโรคประจำตัว
 - 1.4 ระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำ
 - 1.5 การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบันที่ต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกัน
 - 1.6 ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว
 - 1.7 การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม
 - 1.8 จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว
 - 1.9 จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว
 - 1.10 การมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าการมีรายได้ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ
 - 1.11 ลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกัน
 - 1.12 จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว
 - 1.13 การมีภาระในครอบครัวน้อยจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าการมีภาระในครอบครัวมาก
 - 1.14 จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว
2. ปัจจัยความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดย
- 2.1 ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว

2.2 ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

3. การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดย

3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากงานสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ พยาบาลสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ที่ปฏิบัติงานในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2552

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัว

1.1.1 อายุ

1.1.2 สถานภาพสมรส

1.1.3 การมีโรคประจำตัว

1.1.4 ระดับการศึกษา

1.1.5 การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน

1.1.6 ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข

1.1.7 การฝึกอบรมเพิ่มเติม

1.1.8 หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย

1.1.9 ชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการ

1.1.10 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

- 1.1.11 ลักษณะครอบครัว
- 1.1.12 สมาชิกป่วยในครอบครัว
- 1.1.13 ภาระในครอบครัว
- 1.1.14 เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว

1.2 ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน

- 1.2.1 ความต้องการจากงาน
- 1.2.2 ความสามารถในการควบคุมงาน

1.3 การสนับสนุนทางสังคมจากงาน

- 1.3.1 จากหัวหน้างาน
- 1.3.2 จากเพื่อนร่วมงาน

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความผาสุกในครอบครัว

- 2.1 โครงสร้างของครอบครัว
- 2.2 การดำเนินบทบาทในครอบครัว
- 2.3 ความเปราะบางของครอบครัว

นิยามศัพท์

1. **พยาบาลสาธารณสุข** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานนาย สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง

2. **ศูนย์บริการสาธารณสุข** หมายถึง หน่วยปฏิบัติการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยมีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของศูนย์บริการสาธารณสุขมีทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข

3. **ปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัว** หมายถึง คุณสมบัติอันเป็นลักษณะเฉพาะของพยาบาลสาธารณสุข และครอบครัว ในด้าน

3.1 **อายุ** หมายถึง จำนวนอายุเต็มของพยาบาลสาธารณสุข นับเป็นปีถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

3.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของการมีคู่ครองของพยาบาล สาธารณสุข ได้แก่ โสด คู่ (สามีอยู่ด้วยกัน) คู่ (สามีแยกกันอยู่เพราะการทำงาน) หม้าย หย่า โดยไม่คำนึงถึงการแต่งงานหรือการจดทะเบียนสมรส

3.3 การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขป่วยเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของพยาบาลสาธารณสุข จากสถาบันต่างๆ ตามระบบการศึกษาของประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับอนุปริญญา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าระดับปริญญาตรี

3.5 การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขในหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยแบ่งเป็น หัวหน้าพยาบาล พยาบาลครอบครัว พยาบาลอนามัยโรงเรียน พยาบาลห้องปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลคลินิกพิเศษ

3.6 ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง จำนวนปีที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในศูนย์บริการสาธารณสุขจนกระทั่งถึงปัจจุบัน นับเป็นจำนวนปี ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

3.7 การฝึกอบรมเพิ่มเติม หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ตนรับผิดชอบอยู่ โดยมีระยะเวลาในการอบรมตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เช่น การบริหารทางการพยาบาล การพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลเฉพาะสาขา เป็นต้น

3.8 หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย หมายถึง จำนวนคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นอกเหนือจากงานการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กร บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ได้แก่ คณะกรรมการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข คณะกรรมการเกี่ยวกับการเงิน คณะกรรมการเกี่ยวกับวัสดุครุภัณฑ์ เป็นต้น

3.9 ชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการ หมายถึง จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานหลังจากเวลาทำงานโดยปกติ ในเวลาราชการ เช่น การปฏิบัติงานในช่วงวันจันทร์ – ศุกร์ หลังจากเวลา 16.00 น. หรือปฏิบัติงานในวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

3.10 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว หมายถึง ความสมดุลของรายได้ของครอบครัวกับรายจ่ายและภาระหนี้สินในแต่ละเดือน โดยประเมินจากความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกเป็น

3.10.1 รายได้เพียงพอและมีเก็บสะสม

3.10.2 รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเก็บสะสม

3.10.3 รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน

3.10.4 รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

3.11 ลักษณะครอบครัว เป็นลักษณะครอบครัวที่แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.11.1 ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยพยาบาล สาธารณสุข สามี และบุตร หรืออยู่คนเดียวโดยไม่มีญาติ หรืออยู่กับบิดามารดา พี่น้องที่ยังไม่ได้แต่งงาน

3.11.2 ครอบครัวขยาย คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยพยาบาล สาธารณสุข สามี บุตร พร้อมเครือญาติของฝ่ายสามีหรือฝ่ายพยาบาลสาธาณสุข หรือในครอบครัวประกอบด้วยพยาบาลสาธาณสุข บิดา มารดา และญาติพี่น้องที่แต่งงานแล้ว

3.12 ภาระในครอบครัว หมายถึง ความรับผิดชอบของพยาบาลสาธาณสุขในการดูแลช่วยเหลือทางด้านการอุปการะเลี้ยงดูทั้งทางด้านเวลา และการเงินของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตร คู่สมรส บิดามารดา จำแนกเป็น

3.12.1 **ไม่รู้สึกรับผิดชอบ** หมายถึง ไม่รู้สึกรับผิดชอบต่อภาระที่รับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว การมีภาระรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่น ทั้งด้านการเงินและการดูแล ทำให้พยาบาล มีความวิตกกังวลมากต้องคิดถึงภาระนี้บ่อยๆ

3.12.2 **รู้สึกรับผิดชอบน้อย** หมายถึง การมีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลสาธาณสุขมีความกังวลใจน้อย หรือไม่เดือดร้อน

3.12.3 **รู้สึกรับผิดชอบปานกลาง** หมายถึง การมีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลสาธาณสุขมีความกังวลใจปานกลาง หรือคิดถึงภาระนี้เป็นครั้งคราว

3.12.4 **รู้สึกรับผิดชอบมาก** หมายถึง การมีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลสาธาณสุขมีความกังวลใจมาก หรือคิดถึงภาระนี้บ่อย

3.12.5 **รู้สึกรับผิดชอบมากที่สุด** หมายถึง การมีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลสาธาณสุขมีความกังวลใจมากที่สุด หรือคิดถึงภาระนี้บ่อยมาก

3.13 เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว หมายถึง จำนวนเหตุการณ์ที่รบกวนหรือเปลี่ยนแปลงกลไกของครอบครัวจนทำให้ครอบครัวต้องเสียสมดุล หยุตชะงัก หรือเสียหาย (Boss, 2002) สำหรับในการศึกษานี้หมายถึง การที่พยาบาลสาธาณสุขต้องเผชิญเหตุการณ์รบกวนกลไก

ของครอบครัวจนทำให้ครอบครัวต้องเสียดุล โดยประเมินในรอบ 1 ปีก่อนตอบแบบสอบถาม ว่า ครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขได้ประสบเหตุการณ์ ดังนี้ การเจ็บป่วย การเสียชีวิต หรือ พิการของสมาชิกในครอบครัว การสูญเสียทรัพย์สิน การตกงาน ไฟไหม้บ้าน

4. ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ในงานที่ก่อให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบกับบุคคลในการปฏิบัติงาน เช่น ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการทำงาน หรือ ก่อให้เกิดความเครียดและขาดความสมดุลของสุขภาพกายและจิตใจ สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลต่อพยาบาลสาธารณสุขทั้งทางบวกและทางลบในการปฏิบัติงาน โดยประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) ตามแนวคิด Demand-Control Model ของการาสค (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) แปลเป็นไทยโดยอารณ์ทิพย์ บัวเพชร (Buapetch, 2008) แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1 ความต้องการจากงาน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะของงาน ได้แก่ ความต้องการจากปริมาณงานที่มากเกินไป ความกดดันด้านเวลา และความขัดแย้งในบทบาท สำหรับการวิจัยนี้หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขใน 3 ด้าน ดังนี้

4.1.1 ภาระงาน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขเกี่ยวกับความมากน้อยของปริมาณงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่

4.1.2 ความกดดันด้านเวลา หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงความรีบเร่งของงานที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ต้องทำให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด ตรงเวลา

4.1.3 ความขัดแย้งในบทบาท หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขเกี่ยวกับความไม่สอดคล้องกันของความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข หรือความคาดหวังของพยาบาลสาธารณสุขที่มีต่อบทบาทหน้าที่ของตน ได้แก่ ความไม่เข้าใจในบทบาทที่ตนเองกระทำอย่างชัดเจน การรับรู้ความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน ความเห็นไม่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกัน และความขัดแย้งกันระหว่างการรับรู้ของตนเองกับความคาดหวังของผู้อื่น

4.2 ความสามารถในการควบคุมงาน หมายถึง การมีอำนาจตัดสินใจในงาน และการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน สำหรับการวิจัยนี้หมายถึงการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขใน 2 ด้าน ดังนี้

4.2.1 การมีอำนาจตัดสินใจในงาน หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขมีอำนาจ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องทำในการทำงานของตน

เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในงาน ได้แก่ การมีอำนาจตัดสินใจว่าจะทำงานเมื่อใด อย่างไร การเลือกเพื่อนร่วมงาน การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่ตนปฏิบัติ

4.2.2 การมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขได้รับเสรีภาพ และมีความเป็นอิสระในการดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ในงาน ได้แก่ การหาแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงาน การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ความสามารถในการสร้างทักษะในการทำงาน ลักษณะงานที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความหลากหลายของงาน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความเข้าใจในเป้าหมายของงาน

5. การสนับสนุนทางสังคมจากงาน หมายถึง การช่วยเหลือและสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน โดยจะเป็นตัวลดความรู้สึกกดดันจากงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคมและการควบคุมอารมณ์รวมทั้งความไว้วางใจจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน สำหรับการวิจัยนี้หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานที่จะช่วยลดความรู้สึกกดดันจากงาน โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของวราภรณ์ อมรเพชรกุล (2543) ตามแนวคิดของธอยส์ (Thoits, 1986) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

5.1 ด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ความสนใจ ความห่วงหาอาทร การยอมรับและเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

5.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน โดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ชี้แนวทาง และได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญได้

5.3 ด้านทรัพยากร หมายถึง การที่พยาบาลสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน โดยการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของเงินทอง หรือการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เหมาะสม

6. ความผูกพันในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสถานะของครอบครัว สำหรับการวิจัยนี้หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงความผูกพันในครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความผูกพันในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามความเครียดในครอบครัวที่เขาสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1983 แปล

เป็นไทยโดยบุหงา ภูษะคราม (2533) แล้วนำมาปรับปรุงข้อความให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประเมินการรับรู้ถึงชีวิตครอบครัวในปัจจุบันของพยาบาลสาธารณสุข ใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

6.1 โครงสร้างของครอบครัว (Family structural components) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงบรรยากาศภายในครอบครัวที่มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันโดยมีบรรยากาศของความเป็นประชาธิปไตย มีทิศทางร่วมกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา สำหรับการวิจัยนี้จะวัดการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขใน 5 ด้าน คือ

6.1.1 ภาวะเครียดในครอบครัว (Family stress) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข โดยวัดถึงความเครียด ความอ่อนล้า ความคับข้องใจ และบรรยากาศตึงเครียดภายในครอบครัว

6.1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว (Family satisfaction) เป็นการรับรู้ความผาสุกภายในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข โดยวัดถึงความพึงพอใจ และความสุขในครอบครัวโดยรวม

6.1.3 การสนับสนุนภายในครอบครัว (Family support) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขว่ามีคนดูแล มีคนรัก มีคุณค่า มีความหมาย ถ้าเกิดวิกฤตกับตน ครอบครัวพร้อมให้ความเกื้อหนุนในทุกสถานการณ์

6.1.4 ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัว (Family cohesion) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงความรู้สึกผูกพันที่สมาชิกครอบครัวมีต่อกัน และมีความมีอิสระในตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการแยกจากกันและการติดต่ออยู่ร่วมกันของสมาชิกแต่ละคน และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน

6.1.5 การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptation) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวที่สามารถปรับตัวไปกับทุกสถานการณ์ ทั้งในยามมีสุขภาพดีและยามเจ็บป่วยตามพัฒนาการวงจรชีวิตของครอบครัว

6.2 การดำเนินบทบาทในครอบครัว (Family functional role process) หมายถึง การที่สมาชิกแต่ละคนยอมรับในแบบแผนของการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ ที่ถูกกล่อมเกลาโดยวัฒนธรรมการดำรงชีวิต สำหรับการวิจัยนี้จะวัดการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขใน 5 ด้าน คือ

6.2.1 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงความขัดแย้งในบทบาท หรือบทบาทที่กระทำไม่ตรงกับบทบาทที่คาดหวังของตนเอง หรือของครอบครัว

6.2.2 บทบาทหนักเกินไป (Role overload) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขที่มีความขัดแย้งระหว่างกฎเกณฑ์และแนวทางที่จะไปถึงสิ่งที่ต้องการซึ่งมีมากมายแตกต่างกันออกไป เช่น มีความรับผิดชอบมากเกินไป ภาระหนักอยู่ที่ตนเองอย่างไม่สมควรใจและไม่มีคนช่วยเหลือ ทำให้มีความรู้สึกว่าต้องทำให้คนอื่นตลอดเวลา

6.2.3 ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเมื่อมีความรู้หรือศักยภาพไม่เพียงพอในการกระทำบทบาท หรือบทบาทที่ครอบครัวยุติหวังในตัวพยาบาลสาธารณสุขไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบว่าครอบครัวต้องการอะไรจากตน หรือไม่เข้าใจว่าครอบครัวคิดอย่างไรกับตน

6.2.4 การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท (Role nonparticipation) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงการมีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของครอบครัว ไม่มีคนไว้วางใจให้กระทำบทบาท ไม่มีความรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นเจ้าของ การติดต่อสื่อสารไม่ดี และไม่สามารถชักจูงใครได้

6.2.5 การเตรียมพร้อมในบทบาท (Role preparedness) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขในการเตรียมตัวที่จะรับบทบาทว่าพร้อมที่จะเป็น พร้อมที่จะรับภาระและพร้อมที่จะรับผิดชอบครอบครัว

6.3 ความเปราะบางของครอบครัว (Family vulnerability) หมายถึง การมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในครอบครัว เช่น กรรมพันธุ์ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับการวิจัยนี้จะวัดการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขใน 2 ด้าน คือ

6.3.1 อาการทางกายที่มีผลจากจิต (Psychosomatic symptom) เป็นการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขถึงสัญญาณเตือนว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ และหวาดหวั่นง่าย

6.3.2 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้ชีวิตของพยาบาลสาธารณสุขว่ามีความอบอุ่น มีความสุขสมหวังในชีวิต ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดความผาสุกในครอบครัว
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกในครอบครัว
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว
 - 2.2 แนวคิดความเครียดจากการทำงาน
 - 2.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
3. แนวคิดพยาบาลสาธารณสุข
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดความผาสุกในครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537) ให้ความหมายครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกัน ทางอารมณ์และจิตใจมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและทางสายโลหิต

สนิท สัมครการ (2538) ให้ความหมายครอบครัวว่า เป็นกลุ่มของญาติสนิทกลุ่มหนึ่ง ซึ่งอยู่ร่วมหลังคาบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในบริเวณรั้วบ้านเดียวกัน (ในกรณีที่มีบ้านมากกว่าหนึ่งหลัง) ตามปกติแล้วครอบครัวย่อมทำหน้าที่เบื้องต้นที่จำเป็นต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (Basic need) ของมนุษย์ อย่างไรก็ตามหน้าที่บางประการของครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไปตามวิวัฒนาการของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเป็นญาติของสมาชิกแต่ละครอบครัวทั้งแบบชีวภาพและแบบสังคมกำหนดก็ได้

สุพัศรา สุภาพ (2540) ให้ความหมายครอบครัวว่า เป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดของสังคม เป็นหน่วยย่อยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่คงทนที่สุดและ

ยังไม่เคยปรากฏว่า สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่ไม่มีสถาบันครอบครัว เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันครอบครัว เนื่องจากเป็นกลุ่มสังคมกลุ่มแรก ที่มนุษย์ทุกคนต้องเจอ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเติบโต และมีครอบครัวแยกออกมา ครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อ และสกุลซึ่งเป็นเครื่องบอกสถานภาพ บทบาทตลอดจนกำหนดสิทธิหน้าที่ที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคม นอกจากนั้นครอบครัวยังเป็นสถาบันแห่งแรกของสังคมในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผน และกำหนดมาตรฐานความประพฤติของครอบครัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึงสถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วย สามี ภรรยาและหมายรวมถึงลูกด้วย

พิทยา จารุพูนผล (2549) ให้ความหมายครอบครัวว่า เป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม และมีอิทธิพลต่อสภาพสังคมมากที่สุด โดยสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกันประกอบด้วยคนมากกว่าหนึ่งคนที่มีเป้าหมายในการอยู่ร่วมกัน มีการร่วมรับผิดชอบเรื่องเศรษฐกิจร่วมกัน คนที่อยู่ร่วมกันอาจมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้ หรืออาจมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

กิงส์เลย์ (Kingsley, 1966 อ้างถึงใน วรรณภรณ์ โภคภิรมย์, 2545) ให้ความหมายครอบครัวว่า เป็นสถาบันพื้นฐานและสากลที่สุดสำหรับทุกสถาบัน โดยมุ่งอธิบายครอบครัวเป็น 2 แนวทาง คือ

1. แนวจิตวิทยา มุ่งชี้ให้เห็นว่าครอบครัวเป็นกลุ่มปฐมภูมิ เกิดจากความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดของบรรดาสมาชิกของกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีการพบปะและแสดงอาการตอบสนองต่อกันและกัน

2. แนวสังคมวิทยา ถือว่าบรรดาสมาชิกในครอบครัวต่างฝ่ายต่างให้ และรับประสบการณ์จากกันและกัน ซึ่งถือว่าต่างฝ่ายต่างถ่ายทอดพฤติกรรมให้แก่กันและกัน อันเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม

จากที่กล่าวมาครอบครัว หมายถึง ระบบย่อยที่เล็กที่สุดของสังคม ประกอบด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือโดยการสมรส มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ และเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ มีหน้าที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ และสืบทอดทางวัฒนธรรม

หน้าที่ของครอบครัว

การที่ครอบครัวจะเกิดความผาสุก สามารถมีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุขสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ ฟรายด์แมน (Friedman, 1986 อ้างในรุจา ภูโพนุลย์, 2541) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1. หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective function) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง เพื่อให้สมาชิกเติบโตและพัฒนาต่อไปอย่างมั่นคง มีพัฒนาการทางอารมณ์ และทางวุฒิภาวะอย่างเหมาะสม
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization function) เป็นกระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของสมาชิก เพื่อเป็นการปลูกฝัง ส่งเสริมนิสัยที่ดีงาม ทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต โดยดูแลความประพฤติของสมาชิกรวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
3. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) ครอบครัวมีหน้าที่ในการสร้างหรือผลิตสมาชิกใหม่ เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษยชาติ
4. หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function) การเผชิญปัญหาของครอบครัวเป็นหน้าที่ที่ทุกครอบครัวต้องปฏิบัติ เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว เนื่องจากการดำเนินชีวิตของครอบครัวจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว สิ่งรบกวนเหล่านี้หมายถึง บุคคล สิ่งของ สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัวได้ หากครอบครัวมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม จะแสดงถึงภาวะผิดปกติในการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยเกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ทุบตีกันในครอบครัว ปัญหาที่พบบ่อย คือ การทุบตีคู่สมรส การทำร้ายบุตร การใช้วาจาข่มขู่ คุกคาม การทำตัวเห็นห่างกัน เป็นต้น
5. หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) ครอบครัวต้องมีการหารายได้ที่จะนำมาจับจ่ายใช้สอย เพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว รวมถึงการจัดสรรรายได้ที่ได้มาเพื่อนำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสม
6. หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (Provision of physical necessities) ทุกครอบครัวมีความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก ได้แก่ ปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย รวมถึงการจัดหาซึ่งการบริการด้านสุขภาพ

วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle)

วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) หมายถึง พัฒนาการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ตามการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามภารกิจขั้นตอนของการพัฒนาต่างๆ (พูนสุข ช่วยทอง, 2548)

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้แบ่งวงจรชีวิตครอบครัวออกเป็น 6 ระยะ ดังนี้

1. ระยะบุคคลเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว ระยะนี้บุคคลต้องแยกตัวและเป็นอิสระจากครอบครัวเดิมเพื่อทำงานสร้างฐานะ สร้างความสัมพันธ์ซึ่งกับบุคคลอื่น และสร้างครอบครัวใหม่ของตนเอง
2. ระยะแต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่ เป็นระยะที่คู่สมรสแต่งงานใหม่ จะเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และปรับตัวเข้าหากันได้ดีที่สุด เนื่องจากยังไม่มีภาระและความเครียดจากการที่ต้องเลี้ยงลูก คู่สมรสส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับพ่อแม่ในระยะแรก ซึ่งการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่อาจทำให้คู่สมรสมีปัญหากัน เนื่องจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย การแยกครอบครัวออกไปอยู่อย่างอิสระจึงเป็นทางเลือกที่ดี แต่ในขณะเดียวกันก็ควรคงความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวเดิมไว้ เพราะคู่สมรสใหม่ยังคงต้องอาศัยความช่วยเหลือและประสบการณ์อันมีคุณค่าจากครอบครัวเดิมมาใช้ในการสร้างครอบครัวของตน
3. ระยะครอบครัวที่มีลูกเล็ก ระยะนี้คู่สมรสจะมีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากระบบความสัมพันธ์เปลี่ยนไป จากที่เคยอยู่กันเพียง 2 คน เปลี่ยนมาเป็น 3 คน คู่สมรสจะรู้สึกว่ามีชีวิตที่เต็มไปด้วยภาระและพบปัญหาในด้านการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบ ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์แย่ลง ขาดโอกาสที่จะมีความสุข กล่าวคือ ภรรยาต้องทำงานทั้งนอกบ้านและเลี้ยงลูก ทำให้รู้สึกว่าตนเองถูกเอาเปรียบ ต่างฝ่ายต่างมีเวลาให้กันน้อยลง มีเวลาอยู่เพียงลำพังลดลง ส่วนสามีอาจรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง
4. ระยะครอบครัวที่มีลูกโตเป็นวัยรุ่น ในระยะที่ลูกเข้าสู่วัยรุ่น ความผูกพันที่เคยมีกับพ่อแม่จะลดลง และไปสร้างความผูกพันกับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น เช่น ครูและเพื่อน ในระยะนี้คู่สมรสกำลังเข้าสู่ระยะวิกฤตของชีวิต ที่เรียกว่า Midlife crisis ที่คู่สมรสจะต้องร่วมกันหาวิธีอบรมลูกวัยรุ่นให้อยู่ในขอบเขต ในขณะเดียวกันก็ให้โอกาสลูกในการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง
5. ระยะลูกแยกไปจากครอบครัว ในระยะนี้ลูกอาจออกไปสร้างครอบครัวของตนเอง หรือออกไปอยู่ตามลำพังเพื่อทำงาน ระยะนี้คู่สมรสจะต้องมาอยู่ด้วยกันตามลำพังอีกครั้งหนึ่ง บางคู่จะมีความสุขมากขึ้นเพราะภาระในการเลี้ยงลูกหมดไป มีเวลาว่างขึ้น จึงเป็นระยะที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสให้ดีขึ้น เพื่อที่จะเป็นเพื่อนพึ่งพากันในวัยชรา ในขณะที่บางคู่อาจรู้สึกอึดอัด ความขัดแย้งของคู่สมรสที่เคยมีลูกช่วยประสานอาจแตกหัก ในระยะนี้จะเกิดการหย่าร้างของ

คู่สมรสสูง ผู้ชายเมื่อหย่าร้างแล้วมักแต่งงานใหม่เพราะต้องการคนดูแล ส่วนผู้หญิงมักไม่ค่อยแต่งงานใหม่เพราะไม่ต้องการมีภาระเหมือนในอดีต

6. ระยะสู่วัยบั้นปลายของชีวิต ในระยะนี้ต้องพบกับการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งผู้ชายที่สูญเสียภรรยาจะมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าผู้หญิงที่สูญเสียสามี เพราะขาดคนดูแลเอาใจใส่ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะที่ผู้หญิงมักดูแลตนเองได้ดีกว่า เพราะทำหน้าที่ดูแลผู้อื่นมาตลอด

บทบาททางเพศในครอบครัว

ลิปส์ (Lips, 1994) ได้ให้ความหมายของเพศ (Sex) และ เพศสภาพ (Gender) ดังนี้ เพศ (Sex) หมายถึง ลักษณะทางชีวภาพหรือการแสดงออกทางสรีระของบุคคลในการเป็นผู้หญิง (Female) หรือการเป็นผู้ชาย (Male)

เพศสภาพ (Gender) หมายถึง ลักษณะทางสังคมและจิตวิทยาหรือความคาดหวังทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงหรือผู้ชาย เพื่อแยกความเป็นหญิง (Feminine) และความเป็นชาย (Masculine)

แมคคับบินและดาห์ล (McCubbin & Dahl, 1985) กล่าวว่า บทบาททางเพศ (Gender role) เป็นส่วนของการแสดงออกของบุคคลในสังคม เป็นรูปแบบของความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในแต่ละเพศทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยรูปแบบบทบาททางเพศนี้มีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานทางสังคม

เฟลด์แมน (Feldman, 1993) กล่าวว่า บทบาททางเพศ (Gender role) หมายถึง ความคาดหวังทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้หญิงและผู้ชาย

การกำหนดบทบาททางเพศให้ผู้หญิงและผู้ชายกระทำ รวมทั้งควบคุมดูแลพฤติกรรมของผู้หญิงและผู้ชาย ในสังคมที่มีความเข้มงวดเรื่องความเป็นหญิงชาย มักเป็นสังคมที่ผู้หญิงมีบทบาทน้อยกว่าผู้ชาย (WHO, 2000 อ้างใน สุริย์พร กฤษเจริญ, 2547) ในบริบทของสังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับผู้ชาย ผู้ชายทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว ผู้หญิงเป็นเพศที่น้อยกว่าทำหน้าที่ดูแล อบรม เลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว (สุธีรา ทอมป์สัน, 2543) แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้หญิงในทุกสังคมทั่วโลกมีบทบาทมากกว่าความเป็นแม่ มีหน้าที่มากกว่าการตั้งครร์ร์ คลอดบุตร เลี้ยงดูบุตร และดูแลคนป่วยหรือคนชราภายในครอบครัว (ผจงจิตต์ พิทักษ์ภากร, 2543) เพราะนอกจากต้องทำบทบาทภายในครอบครัวแล้ว หากผู้หญิงทำงานนอกบ้านยังต้องมีบทบาทในงานอาชีพอีกด้วย (Cox, 2006)

จากการศึกษาของแวกก์และคณะ (Vagg et al., 2002) พบว่าความเครียดจากงานในเพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างความต้องการจากงานและสัมพันธ์ภายใน

ครอบครัว ในขณะที่เพศชายพบว่าความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับบทบาทภายในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของชอย และเชน (Choi & Chen, 2006) ศึกษาการรับรู้ความต้องการจากงาน ความต้องการในครอบครัวกับความเครียดในชีวิต ระหว่างคู่สมรสที่ทำงานนอกร้านในประเทศไทย พบว่า ในเพศหญิงจะมีการรับรู้ต่อความต้องการในครอบครัวสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้อดัมและคณะ (Adam et al., 2008) ยังพบว่าระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของแพทย์ที่เป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย จากงานวิจัยที่กล่าวมาจะเห็นว่าเพศหญิงรับรู้ตัวตนต้องทำงานภายในครอบครัวมากกว่าเพศชาย และมักเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งการรับภาระทั้งในอาชีพและภาระในครอบครัวอาจทำให้ผู้หญิงไม่ค่อยมีเวลาได้พักผ่อน จนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้หญิงเกิดความคับข้องใจ อันนำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัวต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2539)

จากที่กล่าวมาครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคมและมีอิทธิพลต่อสภาพสังคมมากที่สุด โดยสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกันประกอบด้วยคนมากกว่าหนึ่งคนที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ มีบทบาทหน้าที่ร่วมกันในการสนับสนุนด้านวัตถุและจิตใจ เพื่อการเจริญเติบโต และสวัสดิภาพของสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้ในสังคมที่เหมาะสม ซึ่งหน้าที่บางประการของครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ส่วนบทบาททางเพศเป็นความคาดหวังทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งมีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานทางสังคม โดยเฉพาะบทบาททางเพศของเพศหญิงที่ทำงานนอกร้าน ที่จะต้องดำเนินบทบาททั้งในงานอาชีพและครอบครัว จึงอาจทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเองได้ ซึ่งพยาบาลสาขารณสุขก็ถือว่าเป็นเพศหญิงที่ต้องมีบทบาททั้งในด้านงานและครอบครัว จึงอาจเกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเองและส่งผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวได้

ความหมายของความผาสุก

ความผาสุกตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) หมายถึง ความสำราญ ความสบาย

แคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่า ความผาสุกเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น อาจ

มองในแง่ของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็เป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความผาสุกมากด้วย

ลอว์ตัน (Lawton, 1983) กล่าวว่า ความผาสุกเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกทางใจ และมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า ความผาสุก (well-being) เป็นการที่บุคคลได้รับความรู้สึกพึงพอใจ ยินดีและเป็นสุข ซึ่งความผาสุกเป็นผลมาจากความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์สนับสนุนอย่างเพียงพอ

เซย์มัวร์ (Seymour, 2003) กล่าวว่า ความผาสุกมีอิทธิพลมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อผู้อื่นและเข้าใจต่อเหตุการณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ การสื่อสาร และการรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต

จากที่กล่าวมาความผาสุก เป็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่คาดหวังให้เกิด แล้วสะท้อนให้เกิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่แสดงออกมาให้รูปแบบความพึงพอใจ และความสุข

ความผาสุกในครอบครัว

เทท (Tait, 1988) กล่าวว่า ความผาสุกในครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์กันเหนียวแน่น มีความกลมเกลียวกัน มีการพูดคุยสื่อสาร มีชีวิตทางสังคมและสันตนาการร่วมกัน และมีการแบ่งเบาภาระหน้าที่ซึ่งกันและกันด้วยความรู้สึกที่ดี และรักใคร่ดูแลช่วยเหลือกัน

คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) กล่าวว่า ความผาสุกในครอบครัวเป็นกระบวนการของชีวิตครอบครัวที่เป็นพลวัต มีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก เพราะครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะคุกคามความผาสุกในครอบครัว โดยทำให้ระบบครอบครัวสูญเสียดุลยภาพ เพราะฉะนั้นครอบครัวจะต้องมีการควบคุมตนเอง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ในอันที่จะรักษาไว้หรือเพิ่มพูนความผาสุกของครอบครัว

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า ครอบครัวผาสุกเป็นการที่ครอบครัวมีโครงสร้างร่วมกัน และสมาชิกแต่ละคนกระทำบทบาทร่วมกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัวโดยรวมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

เบนค์ และแมคเดอร์มิด (Behnke & MacDermid, 2004) กล่าวว่า ครอบครัวผาสุกเป็นการที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีการแสดงออกซึ่งความสุข

สุลี ทองวิเชียร วันเพ็ญ แก้วปาน และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2549) กล่าวว่า ครอบครัวผาสุก หมายถึง สภาพของหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตรที่อยู่รวมกันอย่างสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากที่กล่าวมาความผาสุกในครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีโครงสร้างร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันเหนียวแน่น มีความกลมเกลียวกัน มีการพูดคุยสื่อสาร มีชีวิตทางสังคมและสันตนาการร่วมกัน และมีการร่วมกันแบ่งเบาภาระหน้าที่ซึ่งกันและกัน ด้วยความรู้สึที่ดี และรักใคร่ดูแลช่วยเหลือกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัวแล้วสะท้อนออกมาให้รูปแบบความพึงพอใจและความสุขในครอบครัว สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell) ในการประเมินความผาสุกในครอบครัว

แนวคิดความผาสุกในครอบครัว

แบบจำลองโมเดลความผาสุกในครอบครัวของ คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ได้พัฒนามาจากแบบจำลองโมเดลของโทมัสผู้ริเริ่มทฤษฎีภาวะเครียดของครอบครัว ซึ่งคาลด์เวลล์นิยามความผาสุกของครอบครัวว่าเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสถานะของครอบครัวที่แสดงออกมา 3 องค์ประกอบ คือ

1. โครงสร้างของครอบครัว (Family structural components) โครงสร้างของครอบครัวทำให้สมาชิกแต่ละคนมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เชื่อว่าเป็นการพัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในครอบครัว โดยมีบรรยากาศของความเป็นประชาธิปไตย มีทิศทางร่วมกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งบรรยากาศเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียดของครอบครัว ซึ่งการประเมินความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างของครอบครัวประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ภาวะเครียดในครอบครัว (Family stress) เป็นการมองทั้งระบบ โดยวัดถึงความเครียด ความอ่อนล้า ความคับข้องใจ และบรรยากาศตึงเครียดภายในครอบครัว เมื่อสมาชิก

ในครอบครัวสื่อสารกันไม่ชัดเจนจะกระทบถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หากเกิดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดการแบ่งแยกภายในครอบครัว

1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว (Family satisfaction) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในครอบครัว ความพึงพอใจ และความสุขในครอบครัวโดยรวม ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งครอบครัวจะให้ความสำคัญทางด้านจิตใจมากกว่าทรัพย์สินสมบัติ ถึงแม้สมาชิกจะมีความขัดแย้งกันบ้างแต่ก็สามารถประสานความเข้าใจกันได้ สำหรับครอบครัวที่มีความพึงพอใจในครอบครัวสูง แม้จะมีปัญหาสุขภาพและปัญหาทางการเงินก็จะไม่ใช่ปัญหาหลักของครอบครัว

1.3 การสนับสนุนภายในครอบครัว (Family support) เป็นการสื่อสารที่ทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าตนมีคนดูแล มีคนรัก มีคุณค่า มีความหมาย ถ้าเกิดวิกฤตกับคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัว ครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกัน ความทุกข์หรือสุขของคนในครอบครัว ก็เหมือนเป็นความทุกข์หรือสุขของตนเองด้วย ดังนั้นครอบครัวต้องเกื้อหนุนซึ่งกันและกันในทุกสถานการณ์

1.4 ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัว (Family cohesion) เป็นความรู้สึกผูกพันซึ่งสมาชิกครอบครัวมีต่อบุคคลในครอบครัว และความมีอิสระในตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการแยกจากกันและการติดต่อยู่ร่วมกันที่สมาชิกแต่ละคนประสบ ครอบครัวที่มีสุขภาพอารมณ์ดีจะมีการรับรู้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว ซึ่งความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกลดความไวต่อการรับความเครียดได้

1.5 การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptation) ครอบครัวสามารถปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์ ความสามารถในการปรับตัวขึ้นอยู่กับระดับของความเข้มงวดของโครงสร้างครอบครัว ความยืดหยุ่น หรือความสับสนยุ่งเหยิง ในขณะที่ภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น เชื่อว่าครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างจะมีความสุขมากที่สุด ความสุขในครอบครัวขึ้นกับความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทั้งในยามมีสุขภาพดีและเจ็บป่วยตามพัฒนาการวงจรชีวิตของครอบครัว เช่น การเกิด การเติบโต การเจ็บป่วย การแต่งงาน ความชรา และเมื่อมีการสูญเสียก็สามารถปรับตัวปรับใจได้

2. การดำเนินบทบาทในครอบครัว (Family functional role processes) เป็นแบบแผนของการกระทำที่บรรลุเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ ที่ถูกกล่อมเกลามาโดยวัฒนธรรมการดำรงชีวิตผ่านบุคคลในครอบครัว การดำเนินบทบาทเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสุขหรือความเครียดในระบบครอบครัว การประเมินการดำเนินบทบาทในครอบครัวประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

2.1 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) เกิดขึ้นเมื่อมีความคิดเห็นขัดแย้งในบทบาท หรือเมื่อบทบาทที่กระทำไม่ตรงกับบทบาทที่คาดหวัง ความขัดแย้งในครอบครัวจะขัดขวางไม่ให้สมาชิกกระทำบทบาทที่ต้องการให้บรรลุเป้าประสงค์ของครอบครัว ครอบครัวที่มีความสุขจะมีความขัดแย้งน้อย หากมีการรับรู้ถึงความขัดแย้งสูง ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัวจะลดต่ำลง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมและการจัดระเบียบต่างๆ ของครอบครัวก็จะลดน้อยลง

2.2 บทบาทหนักเกินไป (Role overload) เป็นความขัดแย้งระหว่างกฎเกณฑ์และแนวทางที่บุคคลจะไปถึงสิ่งที่ต้องการซึ่งมีมากมายแตกต่างกันออกไป เช่น มีความรับผิดชอบมากเกินไป ภาระหนักอยู่ที่คนใดคนหนึ่งอย่างไม่สมจริตใจและไม่มีคนช่วยเหลือ ทำให้มีความรู้สึกว่าต้องทำให้คนอื่นตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่ต้องรับผิดชอบสูงในการดูแลบ้าน และบุตร ในขณะที่ต้องรับผิดชอบงานนอกบ้านด้วย

2.3 ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกครอบครัวมีความรู้หรือศักยภาพไม่เพียงพอในการกระทำบทบาท หรือบทบาทที่ครอบครัวคาดหวังในตัวสมาชิกนั้นไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบว่าครอบครัวต้องการอะไรจากตน หรือไม่เข้าใจว่าครอบครัวคิดอย่างไรกับตน

2.4 การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท (Role nonparticipation) การมีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของครอบครัว ไม่มีคนไว้วางใจให้กระทำบทบาท ไม่มีความรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นเจ้าของ การติดต่อสื่อสารไม่ดี และไม่สามารถชักจูงใครได้ เมื่อใดที่สมาชิกครอบครัวช่วยกันรับผิดชอบ และเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกต่อการเผชิญปัญหา จะทำให้การเผชิญความเครียดภายในครอบครัวเป็นไปได้ดีขึ้น

2.5 การเตรียมพร้อมในบทบาท (Role preparedness) เป็นการวัดลักษณะของพ่อแม่โดยวัดการรับรู้ของพ่อแม่ถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือการเรียนรู้บทบาทพ่อแม่ในระยะเริ่มแรกมาจากแบบอย่างในครอบครัวจากพ่อแม่ และการเรียนรู้ซึ่งช่วยในการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ว่าพร้อมที่จะเป็น พร้อมที่จะรับภาระ และพร้อมที่จะรับผิดชอบครอบครัว

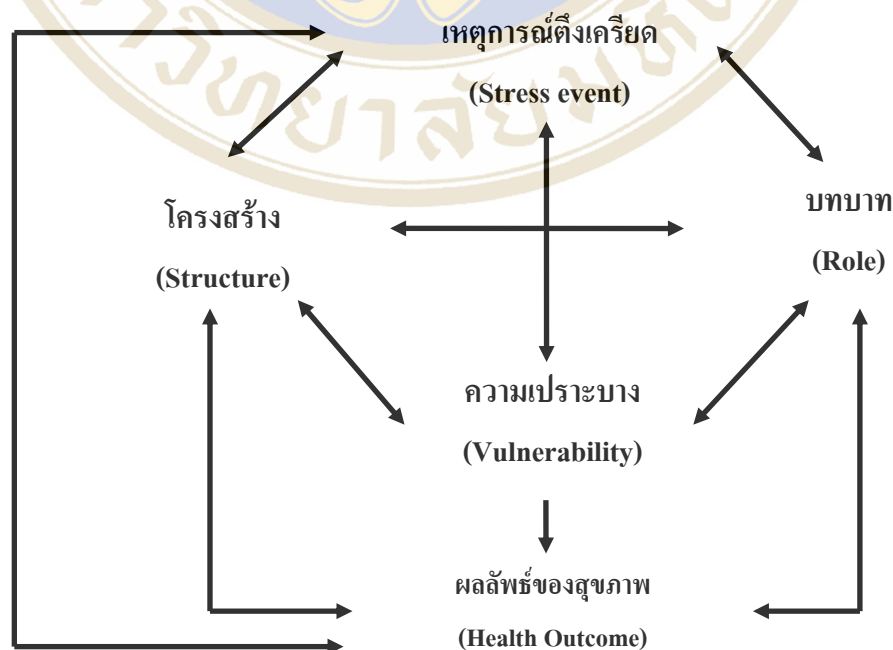
3. ความเปราะบางของครอบครัว (Family vulnerability) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในครอบครัว เช่น กรรมพันธุ์ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คาลด์เวลล์จึงเสนอปัจจัยที่ควรนำมาประเมิน 2 ด้าน ดังนี้

3.1 อาการทางกายที่มีผลจากจิต (Psychosomatic symptom) ซึ่งจะเป็
สัญญาณเตือนว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ และ
หวาดหวั่นง่าย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพเหล่านี้อาจถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งของ

ครอบครัว และยังอาจก้าวไปสู่การตอบสนองต่อภาวะเครียดในครอบครัว สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเปราะบางของครอบครัว ได้แก่ ชนิดและความเครียดซึ่งเกิดกับบุคคลอันเนื่องจากโครงสร้างของครอบครัว ส่วนประกอบของการทำงาน และสิ่งที่ผ่านมาจากกรรมพันธุ์ สรีระจิตสังคม และวิญญาน

3.2 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้ชีวิตของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ามีคนในครอบครัวร่วมรับรู้อารมณ์เหล่านี้ด้วยหรือไม่ การรู้สึกโดดเดี่ยวหรืออบอุ่นภายในครอบครัวไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัวว่ามีจำนวนมากหรือน้อย แต่สำคัญอยู่ที่การมีคนที่รู้ใจอยู่ในครอบครัวที่ทำให้รู้สึกถึงความผาสุกในครอบครัว

จากที่กล่าวมา ครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบครอบครัว และคุกคามต่อความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 1988) เมื่อพิจารณาแบบจำลองความผาสุกในครอบครัว องค์ประกอบต่างๆ ล้วนมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหรือความผาสุกในครอบครัวตลอดเวลา ดังเช่นเหตุการณ์ตึงเครียดมีผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว การดำเนินบทบาทในครอบครัว และความเปราะบางของครอบครัว ในทางกลับกันองค์ประกอบเหล่านี้ก็อาจกลายเป็นสาเหตุให้เกิดความตึงเครียดได้เช่นกัน ดังแผนภาพ 1



แผนภาพ 1 Model of family well-being (Caldwell, 1988)

สรุป ความผาสุกในครอบครัวมีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบครอบครัวในกรณีที่เหตุการณ์นั้นๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stress event) ก็จะคุกคามต่อความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 1988) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ ในการหาปัจจัยต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นภายในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกิดภายในครอบครัว หรือเป็นปัจจัยที่เกิดภายนอกครอบครัว โดยเน้นปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวเป็นปัจจัยภายในครอบครัวที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ส่วนปัจจัยภายนอกครอบครัวผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากงาน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว การดำเนินบทบาทในครอบครัว และความเปราะบางของครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความผาสุกในครอบครัว

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกในครอบครัว

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

2.1.1 อายุ อายุเป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวหนึ่งของความผาสุก (Wang & Laffrey, 2001) ผู้ที่อายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย (Maslach, 1982) แต่ในทางกลับกันแจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) กลับพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงที่ทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น (จุฑามาศ จันทร, 2543) เพราะเมื่อมีโรคเกิดขึ้นแล้วจะทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสุทธวิไล สืบสายพรหม (2546) พบว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ด้านความสุขแตกต่างกัน และยังมีการศึกษาของสเมทและคณะ (Smet et al., 2005) พบว่าอายุที่มากขึ้นจะช่วยทำให้ความสามารถในการควบคุมงานได้ดี ความเครียดจากการทำงานจึงน้อยกว่าผู้ที่มี

อายุน้อยกว่า โดยบุคคลที่อายุมากจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าคนอายุน้อย เนื่องจากมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหามากขึ้น มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้นจึงสามารถคิดไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกกลวิธีในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) จึงมีความเครียดลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และทำให้ความเครียดจากการทำงานลดน้อยลง เมื่อความเครียดลดลงจึงน่าจะมีความสุขเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพอใจในครอบครัว

2.1.2 สถานภาพสมรส บุคคลที่เป็นสมรสแล้วจะมีคนช่วยแบ่งเบาปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาและความขัดแย้งในจิตใจ และช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสและบุตร เมื่อมีปัญหาที่จะมีบุคคลที่สามารถระบายให้ฟังได้ ได้รับกำลังใจ ได้รับความรัก ความห่วงใย (Diener, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของคิมและแมคเคนรี (Kim & McKenry, 2002) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสุขมากกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ นอกจากนั้นผู้ที่มีครอบครัวกับคนโสดจะให้ความสำคัญของงานและครอบครัวแตกต่างกัน ผู้ที่มีครอบครัวจะไม่ทุ่มเทและยึดงานเป็นสาระสำคัญของชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่มีความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัวด้วย (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) ดังเช่นการศึกษาของ ธนวรรณ รัตนยานนท์ (2545) พบว่าสตรีสมรสที่ทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ยความทุ่มเทในครอบครัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยความทุ่มเทในครอบครัวสตรีโสดที่ทำงานนอกบ้าน แต่จากการศึกษาของ อัญชลี ทองมา (2546) กลับพบว่าสตรีสมรสที่ทำงานนอกบ้านมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าสตรีโสดที่ทำงานนอกบ้าน แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษาข้างต้นดังเช่น การศึกษาของ จำลองลักษณ์ จามรโชติ อรอินทร์ จำคม และชนิษฐา ศรีเรือนทอง (2550) พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความสุขไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับสุดถวิล สืบสายพรหม (2544) พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยที่กล่าวมายังไม่สามารถบ่งบอกถึงแนวโน้มที่ชัดเจนได้ว่าสถานภาพสมรสใดน่าจะมีความสุขในครอบครัวมากกว่ากัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีความสุขในครอบครัวแตกต่างกัน

2.1.3 การมีโรคประจำตัว การมีโรคประจำตัวทำให้นักบุคคลต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษา ผลการรักษา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ (Schag, 1993)

โดยจากการศึกษาของปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ และ พิริยะ ผลพิรุฬห์ (2550) พบว่าการมีสุขภาพร่างกายที่ดีจะทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับจุฑารัตน์ เทพพรบริสุทธิ์ (2546) ศึกษาพบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

จากที่กล่าวมายังไม่พบบางงานวิจัยที่มีความเห็นขัดแย้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่าการมีโรคประจำตัวจะมีความผาสุกในครอบครัวต่ำกว่าการไม่มีโรคประจำตัว

2.1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นประสบการณ์จากภายในห้องเรียน ที่เป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน (สมยศ นาวิการ, 2538) โดยมีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม ทำให้บุคคลเข้าใจปรากฏการณ์ธรรมชาติ เข้าใจสังคม พัฒนาความคิด และทัศนคติในการดำรงชีวิต ความแตกต่างทางการศึกษาทำให้คนมีความสามารถในการทำงานและพัฒนาตนเองไม่เท่ากัน การศึกษาช่วยให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ และช่วยให้ประสบความสำเร็จตามศักยภาพของตน (จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง, 2543) ทั้งนี้สเมทและคณะ (Smet et al., 2005) พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการควบคุมการทำงานได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะฉะนั้นพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจในการเลือกแบบแผนการใช้ชีวิต (Wellness lifestyle) ได้เหมาะสมกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสมจะส่งผลโดยตรงต่อความผาสุก (Levy, Dignan & Shirreffs, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาความสุขของครอบครัวไทย พบว่าผู้นำครอบครัวที่มีการศึกษาสูงทำให้ความสุขของครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของแจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) พบว่าผู้หญิงทำงานที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในครอบครัวระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของสุดฉวีล สืบสายพรหม (2544) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าระดับการศึกษาสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงขึ้นด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่าระดับการศึกษาสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำ

2.1.5 การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน การปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ และพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน โดย สุดฉวีล สืบสายพรหม (2544) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาล สังกัดสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลครอบครัวจะมีความพึงพอใจในงานน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลอนามัยโรงเรียน และห้องปฏิบัติการพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิราภรณ์ แพร่ต่วน (2543) ศึกษาในพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ พบว่าพยาบาลที่มีลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในที่ทำงานต่างกัน จะมีความเครียดแตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับ ลี (Lee, 2003) ที่ศึกษาในพยาบาลที่ทำงานในหน่วยปฐมภูมิของฮ่องกง พบว่าพยาบาลที่มีตำแหน่งงาน และพื้นที่ทำงานที่แตกต่างกันจะมีความเครียดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มว่าการปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ต่างกัน การมีลักษณะงานการทำงานที่แตกต่างกัน การเผชิญปัญหาในงานย่อมต่างกัน จึงน่าจะมีผลต่อความเครียดต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน

2.1.6 ประสพการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข บุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน จะมีเพื่อนสนิทมาก และมีความรู้สึกผูกพันทางจิตใจมากขึ้น จึงมีความพึงพอใจในงานมากกว่า (Huselid & Day, 1991) และยังพบว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าจะมีความเครียดจากการทำงานน้อยกว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย (Wheeler, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกุล จันทุม (2543) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานพยาบาล เนื่องจากพยาบาลที่ทำงานมากจะมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการทางคลินิก ทั้งนี้เพราะระยะเวลาในการทำงานนานทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์มากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาและมีแนวทางการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา แต่โรวิก และคณะ (Rovik et al., 2007) กลับพบว่าความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปีที่ 1 ถึง ปีที่ 10 นอกจากนี้สุดถวิล สืบสายพรหม (2544) ศึกษาพบว่าประสพการณ์การทำงานที่แตกต่างกันจะทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามลี (Lee, 2003) พบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานที่แตกต่างกันจะมีความเครียดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาส่วนใหญ่จะสนับสนุนว่าการมีประสพการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีทักษะและความชำนาญ สามารถเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีเพื่อนจำนวนมากในที่ทำงาน ซึ่งหมายถึงการมีการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยลดระดับความเครียดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่าประสพการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

2.1.7 การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาความคิด พฤติกรรมและการกระทำที่เหมาะสมในการทำงาน ทำให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และสมรรถภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความคิด การกระทำ ความชำนาญ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี (พยอม วงศ์สารศรี, 2537) การมีความรู้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความกดดันในการทำงาน (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้นั้นเป็นการอบรมเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานก็จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (Booyen, 1993) และช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ แยกแยะได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดได้ดีขึ้น (ภัทรา เผือกพันธ์, 2545) โดยกนกวรรณ มาลานิตย์ (2542) พบว่าการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นสามารถช่วยในการตัดสินใจ วางแผนงานช่วยลดความเครียดจากการทำงานได้ แต่จากการศึกษาของภัทรา เผือกพันธ์ (2545) กลับพบว่าการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

จากที่กล่าวมาการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะทำให้พยาบาลสาธารณสุขสามารถประเมินสถานการณ์ต่างๆ ทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยในการวางแผนหรือตัดสินใจได้ และช่วยลดความเครียดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม

2.1.8 หน้าทีพิเศษที่ได้รับมอบหมาย หมายถึง จำนวนคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นอกเหนือจากงานการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ซึ่งถือเป็นภาระงานของพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่อื่นๆ ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีปัญหาในการกำหนดตารางเวลาในการปฏิบัติงาน และไม่มีเวลาเพียงพอในการทำงานพยาบาลให้สมบูรณ์ (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551)

สำหรับตัวแปรนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษา แต่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่พิเศษเป็นการเพิ่มภาระในงานมากขึ้นอาจทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานและมีผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวได้ จึงตั้งสมมติฐานว่าจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

2.1.9 ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการทำให้ครอบครัวมีรายได้เพิ่มมากขึ้น แต่ก็ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวเพราะเวลาที่มีทุ่มเทไปกับการทำงานเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การมีเวลาให้กับครอบครัวลดน้อยลง จนไม่มีเวลาดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และการมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง โดยโรวิก และคณะ (Rovik et al., 2007) ศึกษาความเครียดจากการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาลคัวร์ (Valcour, 2007) พบว่าชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสมดุลระหว่างงานและครอบครัว นอกจากนี้ ฟลาย และบริอจ (Frye & Breugh, 2004) ยังพบว่าเวลาทำงานสามารถเป็นตัวแปรเพื่อทำนายความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ ซึ่งความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว (Lu, Gilmour, Kao & Huang, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่าชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

2.1.10 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เงินเดือน ค่าล่วงเวลา เบี้ยเลี้ยง รายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากรายได้ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย การสันทนาการ และฐานะทางสังคมได้ดี (Palmore & Luikart, 1972) รายได้ที่เพียงพอจะช่วยลดการรับรู้ต่อภาวะความเครียดและเพิ่มระดับความผาสุกด้วย (Kinnunen & Mauno, 1998; Jacobs & Gerson, 2001) รายได้ที่ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัวได้ จนต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เพิ่มเติม ทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินบทบาทภายในงานและครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ (Swanberg, 2005) โดยจากการศึกษาของรอสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) และ เซดลิวสกี (Zedlewski, 2002) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว เช่นเดียวกับเจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงที่ทำงาน นอกจากนี้วิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาความสุขของครอบครัวไทย พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้ความสุขของครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุคตวิไล สืบสายพรหม (2544) พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันจะมีความฉลาดทางอารมณ์

ด้านสุขไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับชั้นฤดี แก้วบุตร (3535) พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่สนับสนุนว่าความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจะช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มความผาสุก ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่ารายได้ครอบครัวที่เพียงพอจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ารายได้ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ

2.1.11 ลักษณะครอบครัว จากการศึกษาภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย พบว่าครอบครัวขยายจะมีความผาสุกในครอบครัวมากกว่าครอบครัวเดี่ยว (วิชัย เทียนถาวร, 2542) เนื่องจากครอบครัวขยายจะมีจำนวนผู้ให้กำลังใจ และช่วยแบ่งเบาภาระงานต่างๆ ภายในครอบครัวได้มากกว่าครอบครัวเดี่ยว แต่จากการศึกษาของ สาวิตรี บุรณกาญจน์ (2547) กลับพบว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีความผาสุกในครอบครัวมากกว่าครอบครัวขยาย เช่นเดียวกับ แจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) ศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงทำงาน พบว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีความพึงพอใจในครอบครัวมากกว่าครอบครัวขยาย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจำลองลักษณ์ จามรโชติ และคณะ (2550) ศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีความสุขไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยที่กล่าวมายังไม่สามารถบ่งบอกถึงแนวโน้มที่ชัดเจนได้ว่าลักษณะครอบครัวแบบใดจะมีความผาสุกในครอบครัวมากกว่า แต่ส่วนใหญ่พบว่าลักษณะครอบครัวต่างกันย่อมมีความสุขต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน

2.1.12 สมาชิกป่วยในครอบครัว การมีสมาชิกป่วยในครอบครัวจะกระทบต่อการดำเนินบทบาทซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความผาสุกในระบบครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความขัดแย้งในบทบาท และบทบาทที่มากเกินไป (Neundorfer, 1991) เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้ความต้องการภายในครอบครัวเพิ่มมากยิ่งขึ้น จนกระทบต่อบทบาทที่กระทำอยู่ทำให้ไม่ตรงกับความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว และเกิดความตึงเครียดขึ้นได้ (Caldwell, 1988) การมีสมาชิกที่ป่วยในครอบครัวเป็นการเพิ่มภาระภายในครอบครัว โดยบุคคลอาจเกิดความเครียดจากงานประจำที่ทำอยู่ และเมื่อกลับบ้านต้องรับบทบาทหน้าที่ของการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอาจก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น เพราะนอกจากต้องปรับบทบาทความรับผิดชอบต่างๆ แล้วยังต้องดูแลตนเองพร้อมทั้งพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยไปพร้อมๆ กันด้วย (พารุณี เกตุกราย, 2550)

จากที่กล่าวมาการมีสมาชิกป่วยในครอบครัวจะกระทบต่อบทบาทภายในครอบครัว และมีภาระในครอบครัวเพิ่มขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวได้ โดยเฉพาะพยาบาล สาธารณสุขที่ต้องรับผิดชอบทั้งในด้านการ ดูแลบ้านและบุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึง ตั้งสมมติฐานว่าจำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

2.1.13 ภาระในครอบครัว หมายถึง ความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือ ทางด้านการอุปการะเลี้ยงดูและการเงินของบุคคลต่อครอบครัว ได้แก่ บุตร คู่สมรส บิดามารดา จากการศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย พบว่าภรรยา เป็นบุคคลหลักที่รับผิดชอบงานประจำวันของครอบครัว โดยสามีและบุตรมีส่วนรับผิดชอบเฉลี่ย ประมาณร้อยละ 20-30 (วิชัย เทียนถาวร, 2542) นอกจากนี้มีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าบุคคลที่มีภาระครอบครัวมากจะมีระดับความเครียดสูงกว่าบุคคลที่มีภาระครอบครัวน้อยกว่า (จิราภรณ์ แพร่ต่วน, 2543; ศิริรัตน์ อัจฉามนัสศิริ, 2545; ณัฐพงศ์ ภูริปรีชา, 2548) เช่นเดียวกับการศึกษา ของจุฑารัตน์ สุคันธรัตน์ (2541) ศึกษาความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลตากสิน พบว่า บุคลากรที่มีภาระทางครอบครัวมากจะมีระดับความเครียดสูงกว่าบุคลากรที่มีภาระครอบครัวน้อย

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าภาระในครอบครัวทำให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น จน อาจทำให้ความผาสุกในครอบครัวลดลงได้ ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยที่มีความขัดแย้งกับข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การมีภาระในครอบครัวน้อยจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการ มีภาระในครอบครัวมาก

2.1.14 เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว หมายถึง จำนวนเหตุการณ์ที่รบกวนหรือ เปลี่ยนแปลงกลไกของครอบครัวจนทำให้ครอบครัวต้องเสียสมดุล หยุตชะงัก หรือเสียหาย (Boss, 2002) แมคคัมบีน และแพทเตอร์สัน (McCubbin & Patterson, 1983) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตของ ครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความรุนแรงนั้นจะมีสาเหตุปัจจัยสถานการณ์มากระตุ้นให้ ครอบครัวรู้สึกเครียด อาจเป็นสาเหตุจากภายในหรือภายนอกครอบครัว และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะกระทบถึงความผาสุกภายในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเหตุการณ์วิกฤตจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและความ ผาสุกในครอบครัว ดังนั้นจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความผาสุกในครอบครัว

2.2 แนวคิดปัจจัยความเครียดจากการทำงาน

ความหมายของความเครียด

โรบบินส์ (Robbins, 1983) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นผลของความกดดันที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำตามความต้องการของตนเองได้ การที่บุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งที่ปรารถนา หรือสูญเสียโอกาสในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง และคิดว่าสิ่งนั้นมีความสำคัญต่อตนเอง

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินโดยผ่านกระบวนการรู้สึกรู้คิด (cognitive appraisal) ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น

จอห์นสัน (Johnson, 1990) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไปหรือไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมเพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ อารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความกลัว ความคับข้องใจ และความเครียดในระดับสูง อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาความเครียด หมายถึง ผลของความกดดันที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำตามความต้องการของตนเองได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งที่ปรารถนา หรือสูญเสียโอกาสในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงอารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความกลัว ความคับข้องใจ แต่เมื่อมีความเครียดในระดับสูง อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมเพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ

สาเหตุของความเครียด

วอลเลซ (Wallace, 1978) จำแนกสาเหตุของความเครียดเป็น 2 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุจากภายใน (Endogenous stressor) เป็นความเครียดที่มีสาเหตุเกิดจากตัวบุคคลเอง เช่น โครงสร้างทางร่างกายและกายภาพทางสรีระ ระดับพัฒนาการและการเรียนรู้ ความเจ็บป่วย ความคิด ความฝัน และความคาดหวัง เป็นต้น

2. สาเหตุจากภายนอก (Exogenous stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม สังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 สาเหตุที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น การตั้งครร์ก การคลอดบุตร การไม่ผูกพันกลมเกลียวกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง การโต้เถียง การแก่งแย่งชิงดีกัน การริษยา การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

2.2 สาเหตุที่เกิดจากสังคมภายนอก เช่น การไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การเลื่อนตำแหน่ง การศึกษาต่อ การเข้าทำงานใหม่ ลักษณะงานที่ทำ การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางสังคม การย้ายที่อยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้างาน ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน ขวัญและกำลังใจในการทำงาน เป็นต้น

เดวิดและคณะ (David et al., 1989 อ้างในผจงจิตต์ พิทักษ์ภกร, 2543) ได้ทำการวิจัยและสรุปถึงเหตุการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ซึ่งจำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1. จากสมาชิกในครอบครัวและคู่สมรส ได้แก่ การเพิ่มปริมาณงานและภาระงานบ้าน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์มากขึ้น และการมีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา

2. จากการเงินและธุรกิจ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง ที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวรวมถึงการใช้จ่ายเงินเกินความจำเป็นของครอบครัว หรือความเจ็บป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

3. จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพการทำงานของสมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนงานหรือสูญเสียงานประจำที่เคยทำ เช่น การถูกปลดออกจากงาน การย้ายงานการลาออก การเกษียณอายุการทำงาน

4. จากความเจ็บป่วยและการต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ครอบครัวจะเกิดความเครียดยิ่งขึ้นหากมีพ่อแม่หรือคู่สมรส รวมทั้งญาติสนิทหรือคนที่รู้จักใกล้ชิดกับครอบครัว ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจะนำไปสู่ความเครียดของครอบครัว

5. จากการสูญเสีย เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียของพ่อแม่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือคนรู้จักที่ใกล้ชิดกับครอบครัวต้องจบชีวิตลง

ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกายได้เกือบทุกส่วน และถ้าไม่สามารถลดหรือบรรเทาความเครียดลงได้ก็จะยิ่งทำให้ร่างกายมีการตอบสนองมากขึ้นจนกระทั่งเกิดโรค

ต่างๆ ได้ แต่โดยทั่วไปมนุษย์จะมีกระบวนการปรับตัวตามธรรมชาติ และเมื่ออยู่ในภาวะสมดุล มนุษย์มีความสามารถในการควบคุม และคงทนต่อความเครียดได้ระดับหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่ถ้าความเครียดมีระดับเพิ่มมากขึ้น และคงอยู่ในระยะเวลาอันยาวนานเกินกว่าความสามารถที่บุคคลจะปรับตัว ควบคุม หรือทนต่อไปได้ก็จะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ (ระพีพันธ์ ฉายวิมล และคณะ, 2545) เช่น

1. ผลเสียต่อร่างกาย

1.1 ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพเหมือนทำงานหนัก อ่อนเพลีย อ่อนแอ แม้จะไม่ได้ออกแรงทำงานเลยก็ตาม ความอ่อนแอของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันในตัวเองต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย คนที่เครียดจึงมักเป็นหวัดและป่วยอยู่เสมอ

1.2 เกิดโรคต่างๆ ในกลุ่มที่เรียกว่าความผิดปกติทางสรีระวิทยาเนื่องจากสาเหตุทางจิต (Psychologic Disorders) เช่น

1.2.1 ปวดศีรษะ ซึ่งโดยทั่วไปจะมีอาการปวดบริเวณต้นคอ ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวเหมือนคนทำงานหนัก เนื่องจากกล้ามเนื้อหลายทั่วร่างกายมีการเกร็งตัวขณะที่มีความเครียด

1.2.2 ปวดศีรษะข้างเดียว (Migrain Headache) เนื่องจากหลอดเลือดในสมองมีการขยายตัวในขณะที่มีความเครียด

1.2.3 ความดันโลหิตสูง ความเครียดทำให้เส้นเลือดหดตัวเล็กน้อยตามคำสั่งของสมองและจากสารเคมีที่ถูกขับออกมาจากต่อมไร้ท่อ ทำให้ความดันเพิ่มขึ้นทีละน้อยๆ โดยที่บุคคลไม่รู้ตัว

1.2.4 หลอดเลือดที่หัวใจตีบตัน (Coronary Heart Disease) เพราะความเครียดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง เกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจวาย

1.2.5 แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เพราะความเครียดทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมกระเพาะอาหารทำให้มีการหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีกรดในกระเพาะจำนวนมากและเป็นช่วงระยะเวลาอันยาวนาน กรดจะกัดกระเพาะและลำไส้เล็กเกิดเป็นแผล ซึ่งถ้าไม่รีบรักษาจะทำให้แผลมีบริเวณกว้างและลึกมากขึ้นทำให้เลือดออก จนกระเพาะและลำไส้ทะลุได้

1.2.6 โรคอื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร เพราะความเครียดนอกจากจะทำให้เกิดแผลในกระเพาะและลำไส้เล็กส่วนต้นแล้ว ยังทำให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ ใน

ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เนื่องจากความเครียดทำให้ลำไส้ไม่สามารถดูดซึมอาหารได้ตามปกติ

1.2.7 หอบหืด ความเครียดมีผลทำให้หลอดลมแขนงเล็กๆ ที่อยู่
ในปอดบีบตัวทำให้หายใจไม่สะดวก

1.2.8 อวัยวะเพศไม่ทำงาน ไม่มีความรู้สึกทางเพศ เพราะ
ความเครียดทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่มีความสุข ทำให้ไม่สนใจเรื่องเพศ ความรู้สึกทางเพศหมดไป

1.3 ผิว ความเครียดทำให้ผิวหนังผลิตเคราติน (Keratin) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็น
ผลทำให้เกิดสิวนบนใบหน้ามากขึ้น

1.4 เส้นผมหงอกเร็วขึ้น เส้นผมร่วงมากขึ้น เพราะความเครียดทำให้เส้น
เลือดที่บริเวณศีรษะหดตัว ทำให้บริเวณศีรษะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลงหรือไม่เพียงพอ เป็นผลให้เส้น
ผมขาดอาหาร จึงเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือร่วงหลุดจากศีรษะได้

1.5 การใช้สารอาหารของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ความเครียดทำให้ร่างกาย
ใช้น้ำตาลและแร่ธาตุต่างๆ เช่น แคลเซียม โปแตสเซียม แมกนีเซียม วิตามินซี และวิตามินบีรวม
เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ร่างกายต้องการคาร์โบไฮเดรตหรืออาหารจำพวกแป้ง ผลไม้ ผักและนมเพิ่ม
มากขึ้น

1.6 ต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) ผลิตฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenalin)
เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลไปกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วและแรงขึ้นทำให้ใจสั่น ซึ่พจรเต้นเร็ว เกิดความดัน
โลหิตสูง หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจตีบตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดโรคหัวใจวายและ
ตายได้

1.7 ทำให้อายุมากกว่าวัย ความเครียดมีผลต่อสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล
ผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงและเป็นช่วงระยะเวลาานจะดูอายุมากกว่าวัย

1.8 ความเครียดทำให้อายุสั้น เนื่องจากความเครียดทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ
ของร่างกายทำงานหนัก สึกหรือ เสื่อมโทรมมาก สุขภาพกายและสุขภาพจิตเสื่อมลง ป่วยเป็นโรค
ต่าง ๆ ทำให้อายุสั้นลง

2. ผลเสียต่อจิตใจและชีวิตความเป็นอยู่

2.1 ชีวิตไม่มีความสุข ความเครียดทำให้จิตใจไม่เบิกบาน เสมือนถูกบีบคั้น
ทางจิต รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ ใจน้อย อารมณ์เสียง่าย มักจะหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา ไม่รู้สึก
ยินดียินดีร้ายต่อสิ่งเร้าที่เคยทำให้มีความสุข

2.2 นอนไม่หลับ ความเครียดทำให้จิตใจไม่สงบ ฟุ้งซ่าน คิดไปต่างๆ นานา คิดวกไปเวียนมา ไม่สามารถหาข้อสรุปและหยุดความคิดได้ คิดทั้งเวลาทำงาน ยามว่าง ยามพักผ่อน ทั้งกลางวันกลางคืนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

2.3 เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท ความเครียดในระดับสูงและต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานมีผลทำให้อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปมาก ไม่สามารถปรับตัวได้ และเกิดเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทในที่สุด

2.4 เกิดความกลัวสุดขีด และหมดกำลังใจอยาก อาจทำให้หัวใจหยุดเต้นทันที ซึ่งอาจเกิดจากการหลั่งของสารอะดรีนาลินจากต่อมหมวกไตเข้าสู่กระแสเลือดมากผิดปกติ ทำให้หัวใจทำงานหนัก และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจบีบตัว เกิดอาการหัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้

2.5 คิดสุราและยาเสพติด การคิดสุราและยาเสพติดเป็นทั้งสาเหตุและผลของความเครียด โดยผู้ที่มีความเครียดและมีการใช้วิธีการผ่อนคลายที่ไม่ถูกต้องอาจหันไปใช้วิธีการดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจได้ผลในระยะสั้น แต่มีผลกระทบในระยะยาวและมีผลให้เกิดการคิดสุราและยาเสพติดในที่สุด

2.6 อุบัติเหตุ ความเครียดทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย จิตใจหมกมุ่น ครุ่นคิด ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไป การตัดสินใจล่าช้าหรือผิดพลาด จึงอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้

2.7 การฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น ความเครียดทำให้จิตใจและร่างกายอ่อนแอ อาจทำให้ตัดสินใจทำบางสิ่งบางอย่างที่หุนหันพลันแล่นเพียงชั่ววูบ อาจฆ่าผู้อื่นจากอารมณ์โกรธหรืออารมณ์เศร้า และอาจฆ่าตัวตายเพราะขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรอง

2.8 ครอบครัวไม่มีความสุข ความเครียดทำให้จิตใจอ่อนแอ หงุดหงิด ขาดความอดทน ขาดเหตุผล มีอารมณ์เสื่อง่าย เมื่อมีคนพูดจาไม่ถูกใจหรือขัดใจก็จะรู้สึกไม่พอใจและแสดงออกทางอารมณ์ คำพูดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ร่วมบ้านเกิดความเครียด ทำให้มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ระหองระแหงระหว่างสมาชิกในครอบครัว เกิดความไม่สงบสุขในครอบครัว

2.9 การหย่าร้าง ความเครียดทำให้ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ การให้อภัย การยอมรับในข้อผิดพลาดเล็กๆ น้อยๆ ความหนักแน่นมั่นคงในอารมณ์ ความคิดที่จะแก้ไขข้อขัดแย้งโดยสันติ การพิจารณาปรับปรุงตนเองเพื่อเป็นคู่ครองที่ดีลดน้อยลงหรือหมดไป ทำให้เกิดการหย่าร้างในที่สุด

2.10 ลักษณะนิสัยเปลี่ยนแปลง ความเครียดทำให้ลักษณะนิสัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป เช่นสูบบุหรี่มากขึ้น รับประทานอาหารบ้อยยั้ง เล่นการพนัน ใช้เงินเกินฐานะ มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับกลางคืน เป็นต้น

ความหมายของความเครียดจากการทำงาน

คาลิโม เอล บาตาไวและคูเปอร์ (Kalimo, El-Batawi & Cooper, 1987) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เป็นผลสะท้อนจากการปฏิบัติงาน เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากงาน เช่น ลักษณะงาน สภาพการปฏิบัติงาน นโยบาย บทบาทภายในองค์กร สัมพันธภาพในงาน ภาระงานมาก ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดกับบุคคลและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

ไอวานชีวิชและแมททีสัน (Ivancevich & Matteson, 1990) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ในการปฏิบัติงานทั้งด้านการบริหารงาน ความขัดแย้งของบุคลากร เวลา ปริมาณ และคุณภาพงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องาน โดยแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกประสบการณ์และการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกัน

คาราเสกและธีโอเรล (Karasek & Theorell, 1990) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นปัจจัยในงานที่ก่อให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบกับบุคคลในการปฏิบัติงาน เช่น ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการทำงาน หรือก่อให้เกิดความเครียดและขาดความสมดุลของสุขภาพกายและจิตใจ

วิลเลอร์และไรดิง (Wheeler & Riding, 1995) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่างานนั้นคุกคามต่อความเชื่อมั่นในตนเองหรือความผาสุก และเกินขีดความสามารถของตน

สถาบันแห่งชาติเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานของสหรัฐ (National Institute of Occupational Safety and Health : NIOSH, 1999 อ้างใน พรพิมล จันทนะ โสคติ์, 2548) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นอันตรายที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจ เนื่องจากการตอบสนองต่อความต้องการของงานไม่เหมาะสมกับแหล่งทรัพยากร ความสามารถ และความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ความเครียดจากการทำงานทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและการบาดเจ็บได้

เฮลลรายเจล โชลคัม และวูดแมน (Hellriegel, Slocum & Woodman, 2001) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานว่า เป็นผลลัพธ์หรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ความต้องการทางกายภาพและทางจิตวิทยาในการทำงานของบุคคล

จากที่กล่าวมาความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ผลสะท้อนจากการปฏิบัติงาน เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการบริหารงาน ความขัดแย้งของบุคลากร เวลา ปริมาณ และคุณภาพงาน ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องาน โดยแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกประสบการณ์และการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งความเครียดจากการทำงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน รวมถึงการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่กล่าวถึงแต่ปัจจัยในด้านลบ แต่การาสคและธีโอเรล ได้กล่าวถึงปัจจัยในงานที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดจากการทำงานโดยใช้แนวคิดของ การาสค

สาเหตุของความเครียดจากการทำงาน

คูเปอร์และมาแชล (Cooper & Marshall, 1976 cited in Jacobson & McGrath, 1983)

ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดจากการทำงานเป็น 6 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยในตัวงาน เช่น งานมากเกินไป น้อยเกินไป งานที่ต้องแข่งขันกับเวลา สภาพการทำงานที่มีอันตราย
2. บทบาทในองค์กร เช่น บทบาทที่ไม่ชัดเจน ความรับผิดชอบที่ขัดแย้ง มีความสับสนในขอบเขตของงาน
3. การพัฒนาอาชีพ เช่น การได้รับการส่งเสริมมากหรือน้อยเกินไป การขาดความมั่นคงในการทำงาน
4. โครงสร้างของบรรยากาศองค์กร เช่น ขาดการมีส่วนร่วมในงาน นโยบายขององค์กรที่เคร่งครัด พฤติกรรมของหัวหน้างาน ขาดการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ
5. สัมพันธภาพในงาน เช่น การมีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้างาน ผู้ได้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน ปัญหาในการกระจายความรับผิดชอบ
6. แหล่งภายนอกงาน เช่น ปัญหาครอบครัว วิกฤตการณ์ในชีวิต ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของตนเองและครอบครัว

วิลเลอร์และไรดิง (Wheeler & Riding, 1995) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานของพยาบาลมี 4 ด้าน ได้แก่

1. ปริมาณงานที่มากเกินไปและความกดดันด้านเวลา (Work overload and time pressure) เกิดจากปริมาณงานที่มากเกินไป ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำให้งานเสร็จสมบูรณ์ วัสดุอุปกรณ์และทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะทำงานได้ดี งบประมาณไม่เอื้ออำนวยต่องานที่ทำ งานด้านเอกสารมากเกินไปทำให้ไม่มีเวลาให้กับผู้ป่วย ความพยายามที่จะทำงานให้ได้มาตรฐาน และการขาดแคลนบุคลากร

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรไม่ดี (Poor interpersonal relationships) เกิดจากบรรยากาศไม่มีความเป็นมิตรระหว่างผู้ร่วมงาน ขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ขาดความชัดเจนในการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ โครงสร้างขององค์กรไม่ดี

3. ปัญหาในองค์กรและการบริหารจัดการ (Organizational and management problem) เกิดจากโครงสร้างองค์กรไม่เหมาะสม การไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในงานระดับที่สูงขึ้น การระบุความต้องการในหน่วยงานไม่ชัดเจน ขาดการยอมรับในความพยายามและเสียสละเพื่องาน ขาดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน และบรรยากาศผู้ร่วมงานที่ไม่เป็นมิตร

4. สภาพการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ดี (Poor working condition/facilities) ได้แก่ สถานที่ทำงานเก่าและชำรุด การขาดงบประมาณ การขาดอุปกรณ์และทรัพยากรในการทำงาน การที่ต้องตัดค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เป็นต้น

บราวน์ และ โมเบิร์ก (Brown & Moberg, 1980) กล่าวว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน มีดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับงาน ได้แก่

1.1 สภาพการทำงาน (Working condition) เช่น การที่ต้องทำงานอย่างรวดเร็ว ต้องใช้ความพยายามสูงและชั่วโมงการทำงานมากเกินไป หรืองานยากลำบากเกินไป

1.2 งานที่หนักเกินไป (Work overload) หมายถึง การมีปริมาณงานที่ต้องทำมาก หรืองานที่ต้องใช้สมาธิ ต้องใช้เวลารวดเร็ว หรือเป็นการตัดสินใจที่มีความหมาย

2. เกี่ยวกับบทบาทขององค์กร ได้แก่

2.1 บทบาทที่คลุมเครือ (Role ambiguity) หมายถึง การที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงาน บทบาทความคาดหวังเกี่ยวกับงานของผู้ร่วมงาน และขอบเขตความรับผิดชอบของงานที่ไม่ชัดเจน ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพกาย จิต เช่น อารมณ์ซึมเศร้า

ความเชื่อมั่นในตนเอง ความไม่พึงพอใจในชีวิต ความไม่พึงพอใจในงาน ทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ

2.2 บทบาทที่ขัดแย้ง (Role conflict) หมายถึง การที่บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลในองค์กรถูกกำหนดขึ้นอย่างสับสน เกี่ยวกับงานที่ต้องกระทำหรือไม่ต้องกระทำ อาการแสดงออกของบทบาทที่ขัดแย้งที่พบเสมอ คือ เมื่องานถูกกำหนดโดยคนสองกลุ่ม ซึ่งต้องการพฤติกรรมที่แตกต่างกัน หรือคาดหวังหน้าที่ต่างกัน ผู้ที่มีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทจะมีความเครียดสูงและมีความสัมพันธ์กับความเครียดทางกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูง อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

3. สัมพันธภาพในหน่วยงาน เป็นสาเหตุของความเครียดประการหนึ่ง สัมพันธภาพไม่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจต่ำ ขาดความช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน ความสนใจที่จะแก้ปัญหา น้อยลง การสื่อสารระหว่างบุคคลไม่ดี เกิดความเครียดทางใจ และรู้สึกว่าถูกคุกคามเกี่ยวกับงานและความสุขของตน

3.1 สัมพันธภาพกับผู้บริหาร ถ้ามีความสัมพันธ์กับผู้บริหารในระดับต่ำ จะทำให้เกิดความรู้สึกกดดันในงาน

3.2 สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ถ้าขาดสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ก็อาจไม่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม ทำให้สถานการณ์ในการทำงานมีความยุ่งยากมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดได้

4. พัฒนาการทางอาชีพ ได้แก่ การขาดความมั่นคงปลอดภัยในงาน และไม่มี ความก้าวหน้าในงาน

5. บรรยากาศในการทำงาน ได้แก่ การคุกคามต่ออิสรภาพของแต่ละบุคคล เช่น การไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขาดการได้รับคำแนะนำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพจากหัวหน้างาน การสื่อสารที่ไม่ดี และการแสดงออกของพฤติกรรมถูกจำกัด

6. สาเหตุภายนอกองค์กร ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ภาวะวิกฤตของชีวิต ปัญหา เศรษฐกิจ ความขัดแย้งในความเชื่อถือของบุคคลกับองค์กร และองค์กรกับความต้องการของ ครอบครัว ตลอดจนคุณลักษณะของแต่ละบุคคล

7. การเปลี่ยนแปลงในงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ใหม่ การเปลี่ยนขั้นตอนการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโดยปราศจากเหตุผล และไม่มีการอธิบายใดๆ ให้ทราบ เพื่อให้สามารถรับได้กับการเปลี่ยนแปลงนั้น

8. ระบบรางวัล การประเมินผลในการปฏิบัติงานอาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้น

ความเครียดจากงานเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยในงานที่เป็นสาเหตุของความเครียด ซึ่งความเครียดที่มีสาเหตุจากงานมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติงาน (Auerbach & Gramling, 1998) โดยปัจจัยในงานที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งในการวิจัยนี้จะใช้ปัจจัยตามแนวคิด Demand-Control Model ของการาสเศก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990)

แนวคิดของการาสเศก (Demand-Control Model)

แนวคิดของการาสเศก (Demand-Control Model หรือ Job Strain Model) (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) เป็นแบบจำลองทางด้านจิตสังคมในการทำงานที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1976 โดยการาสเศกและธีโอเรลล์อธิบายความเครียดจากการทำงานว่าเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะโครงสร้างหรือองค์การการทำงานมากกว่าโครงสร้างทางประชากร เช่น เชื้อชาติ ศาสนา โดยลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงานพิจารณาจากความสัมพันธ์ของ 2 องค์ประกอบ คือ

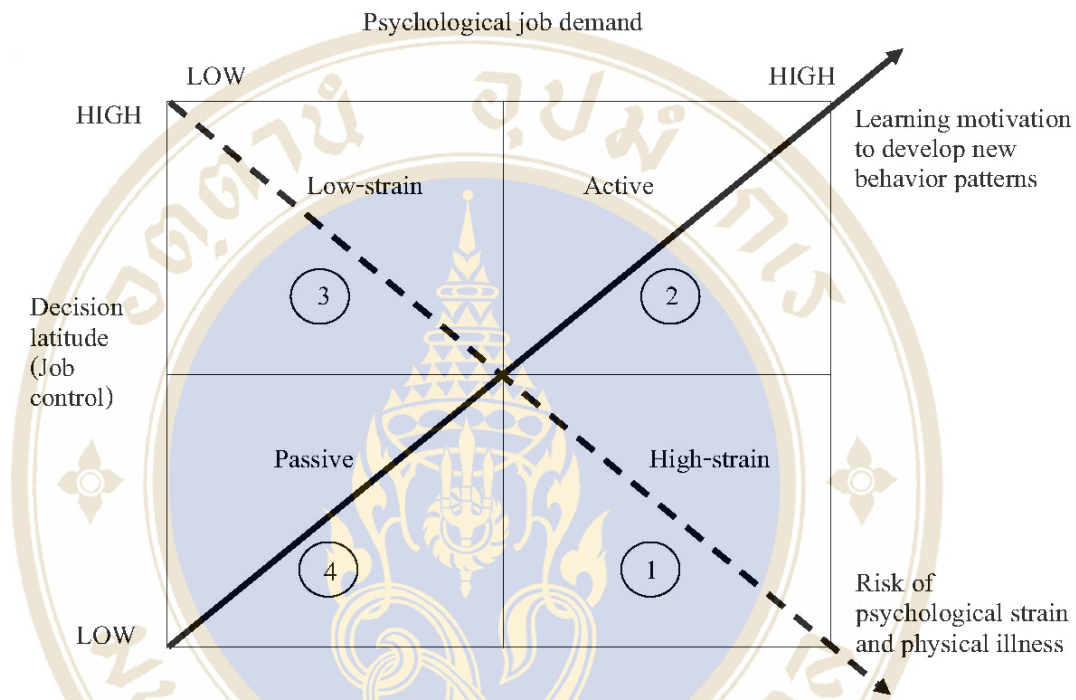
1. ความต้องการจากงาน (Psychological job demand)
2. ความสามารถในการควบคุมงาน (Job control or Decision latitude)

ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองจะก่อให้เกิดผลต่อผู้ปฏิบัติงานใน 2 ลักษณะ คือ ผลทางด้านความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมใหม่ (Learning motivation to develop new behavior patterns) กับ โอกาสเสี่ยงต่อความเครียดและการเจ็บป่วย (Risk of psychological strain and physical illness) ดังแผนภาพ 2

ตามแบบจำลองของทฤษฎี เชื่อว่าความสามารถในการควบคุมงาน (Decision latitude or Job control) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ร่วมกับองค์ประกอบด้านความต้องการจากงาน (Psychological job demand) ซึ่งสามารถแปลผลออกมาใน 4 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มที่มีความเครียดสูง (High-strain)** ถ้าความต้องการจากงานสูงแต่ความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับต่ำจะก่อให้เกิดความเครียดสูงในการทำงาน
2. **กลุ่มขยันขันแข็ง (Active)** ถ้าทั้งความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดความขยันขันแข็ง เกิดการมีส่วนร่วม เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ เกิดความต้องการที่จะมีชื่อเสียงหรือฐานะเด่นและความรู้สึกถึงความสำเร็จในชีวิต
3. **กลุ่มที่มีความเครียดต่ำ (Low-strain)** ถ้าความต้องการจากงานต่ำแต่ความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับสูงความเครียดจากการทำงานจะเกิดขึ้นน้อย

4. กลุ่มเฉื่อยชา (Passive) ถ้าทั้งความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้เกิดความเฉื่อยชา งานมีการพัฒนาและสร้างสรรค์ต่ำ เกิดภาวะจำยอมโดยไม่คิดแก้ไขอะไรและไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งในที่ทำงานและในสังคม



แผนภาพ 2 Demand-Control Model หรือ Job Strain Model (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990)

จากแนวคิดของคาราเสก (Karasek) ข้างต้นได้นำไปสู่การสร้างเป็นทฤษฎีด้านจิตสังคมในการทำงานขึ้น 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงาน (Job strain hypothesis) และทฤษฎีการเรียนรู้ในเชิงรุก (Active learning hypothesis) โดยทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงานเชื่อว่า บุคคลจะเกิดความเครียดจากการทำงานเมื่อบุคคลได้รับความกดดันหรือความต้องการจากการทำงานสูง แต่มีระดับความสามารถในการควบคุมงานต่ำ โดยความกดดันหรือความต้องการจากการทำงานตามแนวคิดนี้ถือว่าเป็นความกดดันด้านจิตใจที่ไม่ได้รวมถึงความกดดันทางกายภาพ ส่วนระดับความสามารถในการควบคุมงาน หมายถึง ความสามารถที่จะควบคุมการทำงานหรือใช้ทักษะของตน ซึ่งไม่ได้หมายถึงการควบคุมผู้อื่น สำหรับทฤษฎีการเรียนรู้ในเชิงรุกจะมีความเชื่อพื้นฐานว่าการเรียนรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ใช้ความสามารถของตนทำงานอย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงเชื่อว่าถึงแม้งานจะมีความต้องการจากงานสูงแต่เมื่อบุคคล

สามารถควบคุมการทำงานของตนเองได้ก็จะทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นในการทำงานและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Karasek & Theorell, 1990)

ตามแนวคิดของคาราเสก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) มีองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ดังนี้

1. ความต้องการจากงาน (Psychological job demand) ประกอบด้วย

1.1 ภาระงาน (Workload) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปริมาณความมากน้อยของงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ซึ่งภาระงานอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดจากการทำงาน (Karasek & Theorell, 1990) แฟรงเคนเฮาเซอร์ (Frankenhaeuser, 1986 อ้างใน ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, 2544) กล่าวว่า ผลการวิจัยด้านสมองและพฤติกรรมศาสตร์ทำให้ทราบว่า เมื่อสภาวะแวดล้อม หรือความต้องการจากงานต่ำเกินไป มนุษย์จะขาดความเหนื่อยชาและขาดความคิดริเริ่ม แต่เมื่อความต้องการจากงานมากเกินไป การทำงานของสมองจะลดต่ำลง เพราะฉะนั้นปริมาณงานที่เหมาะสม จะทำให้มนุษย์ทำงานได้ดีคือไม่น้อยเกินไป และไม่มากเกินไป โดยในแต่ละคนจะมีระดับของปริมาณงานที่เหมาะสมต่างกัน

นอกจากนั้น แฟรงเคนเฮาเซอร์ (Frankenhaeuser, 1998 อ้างใน ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, 2544) ยังพบว่าชายและหญิงอยู่ในสภาวะแวดล้อมการทำงานที่ต่างกัน เนื่องจาก “งาน” หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่ทำให้เกิดสินค้าและบริการที่ผู้อื่นต้องการ ซึ่งรวมถึงอาชีพประจำ งานที่ทำนอกเวลา งานบ้าน การเลี้ยงดูบุตร ผู้สูงอายุ และญาติที่เจ็บป่วย จากนิยามดังกล่าวนี้จึงทำให้เพศหญิงมีปริมาณงานมากกว่าเพศชาย เพราะโดยปกติในครอบครัวผู้หญิงมักเป็นฝ่ายทำงานบ้าน และในขณะเดียวกันผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านด้วย จึงทำให้ผู้หญิงต้องรับภาระหนักในแง่ของปริมาณงานที่ทำต่อวันขาดเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ

1.2 ความกดดันด้านเวลา (Time pressure) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความบีบรัดตัวของงานที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ต้องทำงานให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด ตรงเวลา ทันต่อสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว สำหรับผู้มีประสบการณ์และมีความชำนาญจะสามารถทำงานให้สำเร็จได้ตามระยะเวลาที่กำหนด (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2541)

1.3 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) หมายถึง ความไม่สอดคล้องกันของความคาดหวังของตัวบุคคลเองที่มีต่อบทบาทที่ดำรงอยู่ ซึ่งอาจเป็นความขัดแย้งภายในบทบาทเดียว หรือหลายบทบาทภายในตัวบุคคลเองก็ได้ (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001) ซึ่งเกิดจากการที่องค์กรกำหนดบทบาทไม่ชัดเจน หรือไม่มีการกำหนดบทบาท หรือตัวบุคคลไม่รับรู้บทบาทไม่เข้าใจในบทบาทที่ตนต้องกระทำ แต่ในความเป็นจริงการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนเป็นสิ่ง

ที่ทำให้ได้ยาก โดยเฉพาะงานใหม่ที่เพิ่งถูกกำหนดขึ้นในองค์กร และมักพบว่าความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่เกิดจากการขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างหัวหน้างาน ผู้ได้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน (Breugh & Colihan, 1994 cited in Jex, 1998)

2. ความสามารถในการควบคุมงาน (Job control) หมายถึง การมีอำนาจตัดสินใจในงาน และการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน ซึ่งความสามารถในการควบคุมงานเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสำคัญมาก ในอันที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงาน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพกายและจิตที่ดี (Ganster, 1998) และความสามารถในการควบคุมการทำงานของบุคคลยังช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงานและช่วยเพิ่มผลผลิตของการปฏิบัติงานของบุคคลอีกด้วย (Ross & Altmaier, 1994)

2.1 การมีอำนาจตัดสินใจในงาน (Decision authority) หมายถึง การที่บุคคลมีอำนาจ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องทำในการทำงานของตนเอง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในงาน (McCormick & Ilgen, 1985) ซึ่งถือเป็นความสามารถในการควบคุมรายละเอียดต่างๆ ในการทำงานของตนเอง

2.2 การมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน (Skill discretion) หมายถึง ระดับที่บุคคลได้รับเสรีภาพ (Freedom) และมีความเป็นอิสระ (Independence) ในการดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ในงาน เช่น การกำหนดเวลาการทำงาน และวิธีการทำงานได้ด้วยตนเอง (Hackman, 1980 cited in Langfred & Moye, 2004) สามารถใช้ทักษะและความชำนาญในการทำงาน ด้วยตนเอง (Pelfrene et al., 2001)

จากที่กล่าวมาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานมีทั้งปัจจัยภายในงาน และปัจจัยภายนอกงาน ปัจจัยภายในการทำงาน เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป บทบาทที่ไม่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน บรรยากาศภายในองค์กร เป็นต้น ปัจจัยภายนอกงาน เช่น ปัญหาครอบครัว หรือภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยในงานตามแนวคิดของคาราเสก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ ดังนี้ ความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงาน กล่าวคือถึงแม้งานที่ทำงานจะมีความต้องการจากงานหรือความกดดันสูง แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมการทำงานของตนเองได้ ก็จะทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงาน และมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ซึ่งเมื่อบุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดีแล้วก็จะส่งผลไปถึงการแสดงบทบาทในครอบครัวที่เหมาะสม ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความผาสุก

ต่อมาภายหลังได้มีการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เข้ามาในแบบจำลองของคาราเสค และเรียกแบบจำลองนี้ว่า Demand-Control (-Support) Model หรือ DC(S) ซึ่งเชื่อว่าหากผู้ปฏิบัติงานมีการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานจะช่วยลดความเครียดจากการทำงาน และลดผลเสียต่อสุขภาพได้ (Kristensen, 1995)

2.3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วย การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การมีโอกาที่จะเลี้ยงดูผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตร และการได้รับการช่วยเหลือแนะนำ

พล็อตนิค (Plotnik, 1989) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทางที่ดี ระดับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยหาหนทางที่เพิ่มการควบคุมทางอารมณ์ และการควบคุมความเครียด ลักษณะของการสนับสนุน เช่น การให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา การพูดคุยให้คำปรึกษา คำแนะนำ การให้ความรัก ความอบอุ่น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มการยกย่องนับถือในตนเอง ความเชื่อมั่น และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวทางด้านจิตวิทยาของบุคคลให้ดีขึ้น

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือว่าไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือ ข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม การสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

โอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง อันจะช่วยดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิตและยังกล่าวอีกว่า ในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา จะส่งผลให้เกิดความผาสุกในครอบครัว

ทิลเดนและไวเนิร์ต (Tilden & Weinert, 1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม และการช่วยเหลือดังกล่าวสามารถแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันได้

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้ความสนับสนุนด้านการประเมิน การรับรองการกระทำ อันจะทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง การได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้เร็วขึ้น ทำให้มีขวัญและกำลังใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ เป็นการรับรู้ถึงการได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่
2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนมีคุณค่าและได้รับการยกย่องนับถือ

3. ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีส่วนร่วมในกลุ่มสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การได้รับความรัก การได้รับการดูแล ความไว้วางใจ ความสนใจ และความห่วงใยเอื้ออาทรกัน
2. ด้านวัตถุ (Material support) ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน งานบ้าน การทำงาน สิ่งของ แรงงาน เวลา หรือการจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เหมาะสม
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร อาจโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ชี้แนะทาง และได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญได้
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ หรือประเมินตนเอง เป็นการรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ หรือเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

ทอยส์ (Thoits, 1986) ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ สังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และข้อมูลป้อนกลับ
3. ด้านทรัพยากร (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใ้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส ลูก เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่ง เช่น หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เป็นต้น

ผลของการสนับสนุนทางสังคม

แคปแลน (Caplan, 1974) ได้สรุปถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความผาสุกไว้ดังนี้

1. การมีผลโดยตรงต่อความผาสุก เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวพันในสังคม ซึ่งเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมความผาสุกให้เกิดขึ้น

2. การมีผลต่อความผาสุก โดยการปรับผลที่เกิดจากภาวะเครียดหรือเป็นตัวกันชนต่อผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ซึ่งผลของการสนับสนุนทางสังคมนั้น อาจจะช่วยลดความเครียดด้วยตัวของมันเอง ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจหรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การเงิน สิ่งของ รวมทั้งการให้บริการต่างๆ จะทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างศักยภาพในการเผชิญปัญหาและความสำเร็จในการเผชิญปัญหาในระยะยาว ซึ่งแคปแลนเรียกว่าเป็นความชำนาญ บุคคลที่มีความชำนาญในการเผชิญปัญหาทำให้สามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลบั่นปลายถึงความผาสุกทางอ้อม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) สรุปผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลไว้ดังนี้ คือ

1. ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง และทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นปกติสุข

2. ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต

3. ช่วยรับรองยืนยันว่า การกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม

4. ช่วยลดผลที่เกิดขึ้นในด้านลบ เช่น ลดเหตุการณ์ตึงเครียด โดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังช่วยลดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาการสนับสนุนทางสังคมจากงานมีบทบาทสำคัญ เพราะปัญหาการทำงานและปัญหาด้านครอบครัวมักจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันเป็นลูกโซ่ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและการทำงานในกลุ่มคนทำงาน (Aryee & Luk, 1996) ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ให้กับการทำงานมากเกินไป ทำให้เหลือเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง ในทางตรงข้ามบทบาทที่ต้องทำในครอบครัวมากเกินไป ก็ย่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงาน การที่พยาบาลสาธารณสุขมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันสังคมก็คาดหวังให้ต้องทำบทบาทในการดูแลครอบครัวด้วย จึงเกิดความขัดแย้งทางบทบาททั้งสองขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากงานจึงเป็นตัวช่วยถ่วงดุลในการทำบทบาทที่มากเกินไป เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ซึ่งเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การช่วยเหลือด้านอารมณ์มีความสำคัญที่สุด โดยทั่วไปในที่ทำงานการสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสำคัญเป็นที่หนึ่ง รองลงมาคือการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน โครงสร้างขององค์กรรวมทั้งลักษณะงานอาจมีผลในการส่งเสริมหรือมีผลในการยับยั้งการเกิดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฮาส์ (House, 1981) พบว่า ยังมีการแบ่งแยกงานเป็นส่วนย่อย หรือมีการกำหนดงานเฉพาะทางมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้เกิดลักษณะงานที่เป็นเอกเทศ ขาดโอกาสในการเกิดการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน โดยใช้องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมของของธอยส์ (Thoits, 1982) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร ซึ่งมีการแบ่งองค์ประกอบต่างๆ ชัดเจนกว่าของคาราเสก โดยการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานและผู้ร่วมงาน จะช่วยลดแรงปะทะจากความเครียดจากการทำงานและสามารถดำเนินบทบาทภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3. แนวคิดการพยาบาลสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างใน ประภา ลิ้มประสูต, 2546) กล่าวถึงพยาบาลสาธารณสุขว่าเป็นระบบย่อยของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมุ่งที่จะส่งเสริมสุขภาพของชุมชน คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุข” หมายถึง บริการต่างๆ ที่ครอบคลุมในแนวกว้าง ซึ่งรวมทั้งการสาธารณสุข การผสมผสานบริการป้องกันและรักษาพยาบาล การให้สุขศึกษา การคุ้มครองแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการควบคุมอันตรายจากสิ่งแวดล้อม พยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นการพยาบาลในลักษณะทั่วไป (Generalist) สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสาธารณสุข สามารถสื่อสาร และโน้มน้าวชักจูงประชาชน และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับฝ่ายการศึกษา สังคม และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมาคมสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (American Public Health Association: APHA) ในปี ค.ศ. 1981 ได้นิยาม การพยาบาลสาธารณสุข (Public Health Nursing) ว่าเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาลสาธารณสุข และทฤษฎีการพยาบาลมาเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้น เป้าหมายสำคัญได้แก่ การป้องกันขั้นต้น (Primary prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้พยาบาลสาธารณสุขจะต้องทำงานกับกลุ่มต่างๆ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งทำงานในทีมสุขภาพ และโครงการต่างๆ ทำการกำหนดกลุ่มเสี่ยงในหมู่ประชาชน และนำเอาทรัพยากรต่างๆ มาใช้กับกลุ่มเหล่านี้ ซึ่งความสำเร็จในการลดความเสี่ยงและการทำให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และคนอื่นๆ ในชุมชน ในการวางแผนด้านสุขภาพและดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Helvie, 1998 อ้างในประภา ถิมประสูตร, 2546) และในปี ค.ศ. 1996 สมาคมสาธารณสุขสหรัฐอเมริกาได้ปรับคำนิยามว่า การปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุขเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และธำรงรักษาสุขภาพของชุมชน โดยใช้ความรู้จากศาสตร์การพยาบาล สังคมศาสตร์ และศาสตร์ทางการสาธารณสุข

สถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข

สถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขมีทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการทางสุขภาพ ดังนี้ (ไพเราะ ผ่องโชค สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ, 2547)

1. การปฏิบัติงานในสถานบริการ ให้บริการแก่ผู้รับบริการเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ได้แก่ ในคลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกตรวจรักษาโรคเบื้องต้น คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกตรวจก่อนคลอดและคลินิกตรวจหลังคลอด เป็นงานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมพัฒนาการ บริการด้านป้องกันโรคที่มีวัคซีนป้องกัน รวมถึงการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองผู้ป่วย การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อ

2. การปฏิบัติงานนอกสถานบริการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลในโรงงาน โรงเรียน ในชุมชน สถานรับเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียน สถานดูแลผู้สูงอายุ สถานพักฟื้น การเยี่ยมครอบครัว และผู้ป่วยตามบ้าน การตรวจคัดกรองโรค การรักษาขั้นต้นและส่งต่อ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพกายและจิต การรณรงค์ให้วัคซีน การรณรงค์ป้องกันโรคระบาด การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำปรึกษา และบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้าน

คุณสมบัติที่เหมาะสมของพยาบาลสาธารณสุข

ไพเราะ ผ่องโชน และคณะ (2547) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลสาธารณสุขที่จะทำให้การปฏิบัติงานสาธารณสุขประสบผลสำเร็จ มีดังนี้

1. **ด้านความรู้** จำเป็นต้องมีคุณสมบัติด้านความรู้และทักษะด้านการพยาบาลสาขาต่างๆ ได้แก่ การพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เด็ก สุตินรีเวช จิตเวชและสุขภาพจิต การตรวจคัดกรอง และการดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน และนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล

1.1 **ความรู้ด้านการสาธารณสุข** ได้แก่ การอนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาการระบาด การป้องกันและควบคุมโรค การอาชีวอนามัย ชีวสถิติ โภชนาการ และสุขศึกษา

1.2 **ความรู้ในสาขาเฉพาะ** พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเฉพาะ เช่น พยาบาลอาชีวอนามัย พยาบาลศูนย์วันโรค กามโรคและเอดส์ ต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะเพิ่มจากพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จากการศึกษาเพิ่มเติมหรือฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การเฝ้าระวังโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย

1.3 **ความรู้ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์** เพื่อเข้าถึงประชาชนได้ เข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดีขึ้น ช่วยชี้แนะแนวทางที่จะสามารถแก้ไขปัญหา สามารถให้ความรู้ ให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำปรึกษาแก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่าย รวมทั้งประชาชนที่มีระดับพื้นฐานความรู้และสังคมต่างกัน ความรู้ด้านการสอนพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ จึงจะช่วยให้การปฏิบัติงานได้ผลดี

2. **ทักษะด้านการสื่อสาร** พยาบาลต้องพัฒนาทักษะที่จำเป็นด้านการสื่อสารทั้งการพูด การเขียน (Verbal communication) และการแสดงท่าที (Non-verbal communication) เพราะในการทำงานจำเป็นต้องมีการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจตรงกันมากที่สุด ทั้งการพูด การฟัง การสังเกต การอ่าน การเขียน การสอน ถ้าการสื่อสารไม่ดีจะเป็นอุปสรรคในการทำงานเป็นอย่างยิ่ง

3. **ทักษะการเป็นผู้นำ** การทำงานต้องมีการบริหารจัดการ การตัดสินใจ การประสานงาน เพราะพยาบาลสาธารณสุขต้องมีการทำงานร่วมกับประชาชน และมีการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและผู้ร่วมงานที่อยู่ในระดับรองลงมา

4. **ศึกษาหาความรู้ต่อเนื่อง** เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ การแพทย์ สาธารณสุขมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว จากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้สภาพปัญหาเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นวิธีดำเนินการแก้ไขปัญหามีการพัฒนาอยู่เสมอ

ผู้ปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาความรู้ของตนเองตลอดเวลา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินงานซึ่งจะมีผลสูงสุดต่อประชาชนและชุมชนที่รับผิดชอบ

บทบาทของพยาบาลสาธารณสุข

บทบาทของพยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลอนามัยชุมชน มีดังนี้ (Helvie, 1998 อ้างใน ประภา ลิ้มประสูตร, 2546)

1. เป็นผู้ให้บริการ (Care provider) บทบาทนี้รวมถึงการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลบริการที่ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน บทบาทนี้สามารถทำได้ในหลายสถานที่ อาจเป็นที่บ้าน โรงเรียน สถานประกอบการหรือในคลินิก การช่วยเหลือดูแล อาจเป็นการให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ หรือการสอนบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. เป็นผู้สอนและให้การปรึกษา (Nurse education and Counselor) โดยการให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตนเองได้
3. เป็นตัวอย่าง (Role model) พยาบาลต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพสาขาอื่น รวมทั้งพยาบาลอื่นและนักศึกษาในเรื่องพฤติกรรมและการปฏิบัติงานด้วยความเอื้ออาทร
4. เป็นผู้รักษาประโยชน์ หรือสิทธิของผู้รับบริการ (Client advocate) ตามสิทธิที่พึงมี ซึ่งสามารถทำได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
5. เป็นผู้จัดการที่ดี (Case manager) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง ครบถ้วน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ขณะเดียวกันก็ต้องดูแลไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินไป
6. เป็นผู้ร่วมงาน (Collaborator) โดยปฏิบัติตนและตัดสินใจร่วมกับคนอื่นๆ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผน คนอื่นๆ ที่ว่านี้อาจจะเป็นผู้รับบริการ ครอบครัว หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่น
7. เป็นผู้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planner) เป็นการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะรวมการประเมินสภาพของบ้าน หรือสถานที่ที่ผู้รับบริการจะย้ายไปอยู่ กับสภาพของผู้รับบริการและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะราย
8. เป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย (Case finder) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหาและผู้ที่ต้องการบริการสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

9. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change agent and Leader) พยายามอาจโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นให้ดีขึ้นได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

10. เป็นผู้ให้บริการชุมชนและเป็นนักวิจัย (Community care provider and Researcher) บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ การประเมิน การวางแผนดำเนินการ การประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชน และการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การวิจัยก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญของพยาบาลสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จากเอกสารการอบรมปฐมนิเทศบุคลากรสายงานพยาบาล ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2546) ได้กล่าวถึงพยาบาลสาธารณสุขว่ามีบทบาทภาระหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทงานบริการที่ครอบคลุมงานทุกประเภท รวมถึงองค์ความรู้ทางการพยาบาล ที่สามารถให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการสำรวจ ค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชน
2. การจัดการกับสุขภาพความเจ็บป่วย ทั้งสุขภาพกาย จิต วิญญาณ สังคม โดยให้บริการเชิงรุก แบบองค์รวมทั้งผสมผสานความรู้ทางวิชาชีพกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ
3. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ โดยความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรท้องถิ่น
4. การประสานงานกับทีมสุขภาพ องค์กรชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
5. การประสานงานกับเครือข่ายด้านการรักษาพยาบาล การส่งต่อ เพื่อพัฒนาการส่งต่อการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ
6. การร่วมพัฒนาประสานเครือข่ายทางการพยาบาล การพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. การจัดระบบข้อมูลปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อเป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหา วางแผนการแก้ปัญหาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

8. การกำหนดแผนงาน กิจกรรมการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และแผนการบริการของท้องถิ่นและชุมชน

9. การติดตามประเมินผล พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยประสานงานร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนและทีมสุขภาพอื่นๆ

สำหรับการจัดบริการงานพยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จะมีการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบแบบองค์รวม คือให้การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2546) ได้กำหนดหน้าที่พยาบาลสาธารณสุขทั้งเชิงรับและเชิงรุก ดังนี้

1. การบริการพยาบาลสาธารณสุขเชิงรับ มีลักษณะงานดังนี้

1.1 ด้านบริหาร

- วางแผนปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน
- มอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละคน
- ควบคุมและแนะนำการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ในระดับรองที่ช่วยในงานตรวจรักษาพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข
- เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา
- ประสานงานกับแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งในและนอกหน่วยงาน
- ร่วมประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเพื่อรับฟังและชี้แจงแก้ไขปัญหา
- วางแผนจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน

- เป็นคณะกรรมการ 5 ศ. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข และคณะกรรมการคุณภาพในการพัฒนาการให้บริการตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Center Accreditation)

1.2 ด้านบริการ

- ดูแลรับผิดชอบให้มีการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ Emergency set และเวชภัณฑ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการบำบัดรักษา การปฐมพยาบาลให้เพียงพอ และอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้เป็นอย่างดี สะอาดปราศจากเชื้อโรคอยู่เสมอ
- ให้การพยาบาลผู้ป่วยในคลินิก เช่น เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ นิดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี ถอดเล็บ และอื่นๆ ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
- ให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนพบแพทย์ และส่งต่อโรงพยาบาลในกรณีที่เหมาะสม
- ให้สุศึกษาแก่ประชาชนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม
- ปฏิบัติงานด้านคลินิกฝากครรภ์ โดยเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักในหญิงมีครรภ์
- ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยฉีดวัคซีนให้ภูมิคุ้มกันโรคในคลินิกสุขภาพเด็ก
- ปฏิบัติงานด้านการวางแผนครอบครัว โดยนิตยาคุมกำเนิดตามแผนการรักษา
- ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษ ตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกเบาหวาน โดยเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจตามแผนการรักษา ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเช็คความดันโลหิต
- ดูแลรับผิดชอบในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคภายในศูนย์บริการสาธารณสุขตามหลัก Sterile technique
- ดูแลรับผิดชอบการบริหารวัคซีน มิให้เสื่อมคุณภาพและเพียงพอต่อการใช้งานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข
- ดูแลรับผิดชอบการจัดเตรียมเวชภัณฑ์สำหรับหน่วยปฐมพยาบาลนอกสถานที่

- ดูแลรับผิดชอบระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ และหน่วยปฐมพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ
- ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2.3 ด้านวิชาการ

- จัดการศึกษาภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ภายในศูนย์บริการสาธารณสุข
- ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น จัดนิทรรศการ แจกเอกสาร โปสเตอร์ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้
- ใช้มาตรฐานการพยาบาลในคลินิกโรคทั่วไป ตลอดจนประเมินและวิเคราะห์มาตรฐานการพยาบาล เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล
- จัดทำคู่มือ หรือมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไป
- ประมวล ข้อมูลรายงาน จัดทำสถิติ ผลงานการให้บริการพยาบาลภายในสถานที่ และผลการให้บริการโดยรวมของศูนย์บริการสาธารณสุขต่อผู้ใช้บริการ จัดทำรายงานประจำเดือน/ปี ที่สะท้อนถึงผลสำเร็จของงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่แนวทางการปรับปรุงแก้ไขต่อไป
- มีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

2. การบริการพยาบาลสาธารณสุขเชิงรุก โดยมีลักษณะงาน ดังนี้

2.1 ด้านบริหาร

- วางแผนการปฏิบัติงานประจำวัน/สัปดาห์ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานประจำเดือนและประจำปีของศูนย์บริการสาธารณสุข
- ร่วมสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ในการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

- ร่วมสำรวจวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงานบุคคล และสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน
- รับผิดชอบโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของชุมชนที่รับผิดชอบ
- ประเมินผลการทำงานภายในหน่วยงานและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน
- ร่วมปรึกษาหารือกับหัวหน้าพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน
- ประสานงานและให้ความร่วมมือกับหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- เป็นคณะกรรมการ 5 ศ. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข และคณะกรรมการคุณภาพในการพัฒนาการให้บริการตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Center Accreditation)

2.2 ด้านบริการ

- ดำเนินการสำรวจ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหา
- ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามปัญหาความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องและทันต่อการเปลี่ยนแปลง
- เยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นรายบุคคลและครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและผู้ป่วย โดยดูแลให้การพยาบาลและให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหา ตลอดจนส่งต่อสถานพยาบาล/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรายที่จำเป็น
- ร่วมประเมินและวิเคราะห์บุคคล/ ครอบครัว/ชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพและต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนและขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านการพยาบาลในระดับที่สูงกว่า
- ประสานความร่วมมือกับชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยใช้กลวิธีทางการสาธารณสุข

- ดูแลควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยสอบสวนโรค ป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคและเฝ้าระวังโรคติดต่อ
- ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าถึง ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยร่วมกันวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างมี ประสิทธิภาพ
- มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้ถูกต้อง
- ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ และ หน่วยปฐมพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งในเวลาราชการและนอกเวลา ราชการ
- ดำเนินการวางแผน ควบคุม ดูแลการเบิกจ่ายพัสดุ วัสดุ ครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบ
- ดำเนินการควบคุมคุณภาพและประเมินผลการให้บริการใน ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
- รายงานปัญหาของผู้ป่วย และชุมชนตลอดจนผลของการ ให้บริการและข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่ผู้บริหาร และทีมงานเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการ ดำเนินงานต่อไป

2.3 ด้านวิชาการ

- ใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ตลอดจนประเมินและ วิเคราะห์มาตรฐานการพยาบาล เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล
- ร่วมในการวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาล
- สอนหรือเป็นครูพี่เลี้ยงให้แก่นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาอื่นๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน
- ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
- เป็นวิทยากรให้การอบรมความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลหรือ การสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้นำชุมชนด้านสาธารณสุข ผู้นำนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ฯลฯ

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าพยาบาลสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้านการประสานงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่าย และหลายระดับทั้งในทีมสุขภาพด้วยกันและทีมอื่น ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานและการพัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ตลอดจนประสบการณ์ อีกทั้งสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลสาธารณสุขมีทั้งการปฏิบัติในศูนย์บริการสาธารณสุข และนอกสถานที่ ซึ่งได้แก่ ในชุมชน โรงเรียน วัด และสถานประกอบการ พยาบาลสาธารณสุขมีหน้าที่ในการให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว และสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสุขสบาย ปลอดภัย ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย พื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรคและความพิการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งต้องพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลตามองค์ประกอบของสภาวะด้านสุขภาพ รวมถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เพราะฉะนั้นกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์กร และสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ในขณะที่เดียวกันระบบการทำงานของพยาบาล เป็นงานที่ต้องกระทำต่อชีวิตมนุษย์ จึงต้องมีระบบการควบคุมการทำงาน เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปฏิบัติงานสูงขึ้น และการทำงานที่เป็นระบบระเบียบมากเกินไปในหน่วยราชการ อาจทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการตนเองขาดอิสระในการทำงานอย่างสร้างสรรค์ ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถูกจำกัดขอบเขตการทำงาน อาจทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้ง และไม่พึงพอใจในการปฏิบัติการทำงานได้

นอกจากบทบาทในองค์กรที่กล่าวมาแล้ว พยาบาลสาธารณสุขยังต้องมีบทบาทส่วนตัว คือ บทบาทในครอบครัว ในสังคมที่ดำรงอยู่และต้องดำเนินไปพร้อมๆ กัน ทำให้เกิดการซ้อนทับของบทบาทขึ้น อย่างไรก็ตามพยาบาลทุกคนไม่สามารถจะแสดงทุกบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ และแหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคลที่จะช่วยให้พยาบาลเกิดความผาสุกในชีวิต และสามารถดำเนินบทบาทของตนในครอบครัวและสังคมได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงานกับความผาสุกในครอบครัวโดยตรง ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในครอบครัว และความผาสุก ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในตัวแปรความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988)

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุก

เทอร์รี่ เนลเสน และเพอร์ชาร์ด (Terry, Nielsen, & Perchard, 1993) ศึกษาผลของความเครียดจากการทำงาน (บทบาทที่ขัดแย้ง ความคลุมเครือในบทบาท ภาระงาน) ต่อความผาสุกและความพึงพอใจในงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำงาน 153 คน พบว่า บทบาทที่ขัดแย้ง บทบาทที่คลุมเครือสามารถทำนายความพึงพอใจและความผาสุกทางใจ ส่วนภาระงานไม่มีผลต่อความพึงพอใจในงานและความผาสุกทางใจ การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ

ลู กิลมอร์ โคว และฮวง (Lu, Gilmour, Kao & Huang, 2006) ศึกษาความต้องการจากงาน (จำนวนชั่วโมงทำงาน และภาระงาน) ความต้องการในครอบครัว (จำนวนบุตร และภาระงานในบ้าน) ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กับความผาสุกในคนไต้หวัน เปรียบเทียบกับคนอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำงานในไต้หวันจำนวน 220 คน และผู้ทำงานในประเทศอังกฤษจำนวน 103 คน พบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ในขณะที่ความต้องการในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงานทั้งในคนไต้หวันและคนอังกฤษ แต่พบระดับความสัมพันธ์ในคนอังกฤษมากกว่าคนไต้หวัน ทั้งความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับงาน และความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก (วัดจากความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในครอบครัวและความสุข) และยังพบว่าความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว

เอสคริบา-แอกเกอร์และเปร์เรส-โฮยอส (Escriba-Aguir & Pérez-Hoyos, 2007) ศึกษาผลของงานกับความผาสุกทางใจระหว่างแพทย์และพยาบาล ที่ทำงานในหน่วยฉุกเฉินประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 945 คน พบว่าความต้องการจากงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานทั้งในแพทย์และพยาบาล ความสามารถในการควบคุมงานและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในแพทย์ และพบว่าหากการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานอยู่ในระดับต่ำจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในแพทย์ ส่วนในพยาบาลจะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

แจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิต (วัดจากความพึงพอใจในอาชีพ ความพึงพอใจในสังคม ความพึงพอใจในครอบครัว และความพึงพอใจส่วนบุคคล) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ทำงาน จำนวน 120 คน พบว่าผู้หญิงที่ทำงานมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ร้อยละ 73.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และมีความพึงพอใจในครอบครัวระดับสูง

ร้อยละ 66.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.3 และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ระดับการศึกษาที่ต่างกันและลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตต่างกัน

บุหงา ภูษะคราม (2533) ศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว ในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบแผนการเผชิญปัญหา 3 แบบแผน คือ แบบแผนที่ 1 เป็นความกลมเกลียวในครอบครัว และการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี แบบแผนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางสังคมและความมั่นคงทางจิตใจ แบบแผนที่ 3 เป็นการปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ พบว่า มารดาใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มากที่สุด และแบบแผนที่ 2 น้อยที่สุด มารดาที่มีความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวมากที่สุด ส่วนด้านการดำเนินบทบาทต่ำที่สุดในเรื่องบทบาทที่มากเกินไปและความขัดแย้งในบทบาท เพราะมารดาต้องดูแลเด็กป่วยเรื้อรังในครอบครัว ในขณะที่ต้องดูแลบุตรคนอื่นๆ หรือสามี และต้องรับผิดชอบงานนอกบ้านด้วย จึงทำให้บทบาทของมารดาไม่ตรงกับที่ครอบครัวคาดหวัง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวจึงมีความผาสุกในเรื่องนี้น้อย ส่วนการรับรู้ถึงความผาสุกด้านโครงสร้างครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบความกลมเกลียวในครอบครัว และการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี

รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 100 ราย พบว่า รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลบุตร และระดับเชาวน์ปัญญาบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ส่วนระยะเวลาในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลและรายได้ของครอบครัว สามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวได้ร้อยละ 16

ปิ่นเพ็ชร โพธิ์กุดสัย (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัว ของกลุ่มมารดาของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวในระดับปานกลาง ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแลผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ด้านความเปราะบาง

สมจิตร ผาเวช (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัว และความผาสุกใน

ครอบครัว และศึกษาอำนาจการทำนายความผาสุกในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง จำนวน 90 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเข้มแข็งในครอบครัว และความผาสุกในครอบครัวอยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้หรือใช้ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความเข้มแข็งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความเข้มแข็งในครอบครัวและสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัว ได้ร้อยละ 49.3

สมพร เตรียมชัยศรี วรรตมา สุขวัฒนานันท์ พัชรพร เกิดมงคล ปัญญรัตน์ ลากวงศ์ วัฒนา และ โสรดา จิตต์เฟือก (2546) ศึกษารูปแบบการปกครองบุตรของบิดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา ความรุนแรงในครอบครัว และความผาสุกเชิงองค์รวมในคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 577 คน เป็นบิดา 288 คน มารดา 289 คน พบว่าส่วนใหญ่บิดามารดาที่มีรูปแบบการปกครองบุตรแบบประชาธิปไตย สัมพันธภาพที่คู่สมรสมีต่อกันสูงสุดคือ การแก้ปัญหาเมื่อมีความขัดแย้ง เมื่อมีความไม่เข้าใจกัน สำหรับความรุนแรงที่บิดามารดาปฏิบัติต่อกันในลำดับสูงสุดคือเยาะเย้ยไม่พูดจาด้วย และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างมารดาที่มีต่อบิดามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกเชิงองค์รวมของมารดา

จรรยา เสียงเสนาะ สุนีย์ ละกำปิ่น และสมพร เตรียมชัยศรี (2546) ศึกษาการเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกเชิงองค์รวมของคู่รักและคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่หญิง-ชาย จำนวน 1,412 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ร้อยละ 85.5 ทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา ร้อยละ 70.8 และด้านจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 88.2 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.1 เห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก การเผชิญปัญหาระหว่างเพศหญิงและเพศชาย และระหว่างคู่รัก คู่สมรสที่แต่งงานมาแล้ว 1 ปี 2 ปี และ 3 ปีไม่มีความแตกต่างกัน และยังพบว่าการเผชิญปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกเชิงองค์รวม

สาวิตรี นูรณากาญจน์ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาในครอบครัวกับความผาสุกในครอบครัวชุมชนเมือง เขตสาทร กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สามีภรรยา จำนวน 100 ครอบครัว พบว่า การเผชิญปัญหาทั้งด้านมุ่งแก้ที่ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับความผาสุกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การเผชิญปัญหาของทั้งสามีและภรรยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว และในกลุ่มสามีพบว่า

ลักษณะทางสังคมประชากรของครอบครัวที่ต่างกัน ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว มีการรับรู้ความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน

จุฑารัตน์ เต็งรัตนประเสริฐและคณะ (2547) ศึกษาความเครียดจากการทำงานและความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล จำนวน 441 คน พบว่าความสุขของบุคลากรมีความสุขเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 47.6 มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 41.5 รายได้ส่งผลต่อความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิชัย มงคล วัชณี หัตถพนม ฉัฐกร จำปาทอง สุขุม เฉลยทรัพย์ และไพรวลัย ร่วมซ้าย (2551) ศึกษาความสุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,500 คน และประชาชนทั่วไป จำนวน 3,000 คน พบว่าบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 52.76 ความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.54 ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 20.70 ในขณะที่ประชาชนทั่วไป พบว่ามีความสุขเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 43.71 ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 31.86 ความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 24.43

วาสนี ชาญศรี (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุก ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 115 ครอบครัว พบว่ามีความผาสุกในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างสูง มีการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่ปัญหาค่อนข้างบ่อย และมีการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่อารมณ์ค่อนข้างน้อย ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและเพื่อนบ้านในระดับต่ำ และพบว่าการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ด้านมุ่งแก้ที่อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและเพื่อนบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ส่วนตัวแปรการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ที่ปัญหาและด้านมุ่งแก้ที่อารมณ์สามารถร่วมทำนายความผาสุกในครอบครัวได้ ร้อยละ 16.2

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกในครอบครัวส่วนใหญ่จะศึกษาการรับรู้ความผาสุกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนในบุคลากรทางสาธารณสุขจะพบการศึกษาความผาสุกหรือความสุขเฉพาะบุคคล อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความผาสุกในครอบครัวในบุคคลวัยทำงานโดยตรง แต่จะมีการประเมินเป็นองค์ประกอบย่อยในความผาสุกในครอบครัว เช่นความผาสุกในชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้หญิงที่ทำงานนอกบ้าน ต้องเผชิญกับปัจจัยความเครียด

จากการทำงานโดยมีความต้องการจากงานสูง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องดำเนินบทบาทในครอบครัวให้สมบูรณ์ด้วย

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และครอบครัว

ฟรอนน์ รัสเซล และคูเปอร์ (Frone, Russell & Cooper, 1992) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและผลที่ตามมาของความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง 631 คน พบว่า ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงาน ความเครียดจากการทำงาน ความขัดแย้งในบทบาทในงาน ความคลุ้มเครือในบทบาทในงาน โรคทางกาย และความซึมเศร้า

โดบี และแคปแลน (Doby & Caplan, 1995) ศึกษาความเครียดจากการทำงานที่มีผลต่อความวิตกกังวลในงานและในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานบัญชีจำนวน 102 คน พบว่าความเครียดจากการทำงานมีผลกระทบทั้งต่องานและครอบครัว ผู้ที่มีความวิตกกังวลจากงานและครอบครัวจะทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง และผู้ที่มีความเครียดสูงอย่างเรื้อรังในการทำงานจะสัมพันธ์กับการเกิดความไม่พอใจในครอบครัว

คินนูนเนนและมูโน (Kinnunen & Mauno, 1998) ศึกษาอัตราการเกิดและผลลัพธ์ของความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวในพนักงานชายและหญิงในประเทศฟินแลนด์ กลุ่มตัวอย่าง 501 คน ที่ทำงานใน 4 องค์กร พบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอัตราการเกิดความขัดแย้งในงานต่อครอบครัว มากกว่าความขัดแย้งในครอบครัวต่องาน ทั้ง 2 เพศพบว่า ปัจจัยที่มีผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวต่องาน คือจำนวนบุตรที่อยู่ในบ้าน ส่วนในเพศหญิงพบปัจจัยความขัดแย้งในงาน เช่น เวลาทำงาน สัมพันธภาพกับผู้นำในองค์กร มีผลต่อครอบครัว และพบว่าความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงานส่งผลต่อความพอใจในครอบครัว ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวส่งผลต่อความพอใจของพนักงาน

คินนูนเนนและมูโน (Kinnunen & Mauno, 1999) ศึกษาความเครียดจากการทำงาน (การมีอำนาจตัดสินใจในงาน ความไม่ปลอดภัยในงาน ความกดดันด้านเวลาในงาน ความสัมพันธ์กับผู้นำองค์กร ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว) ที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรส (ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และอาการทางกายที่มีผลจากจิต) กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสที่ทำงานทั้งคู่จำนวน 215 คู่ พบว่าความเครียดจากการทำงานมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งสามีและภรรยา และพบว่าประสบการณ์ความเครียดจากการทำงานไม่มีผลต่อความพอใจในชีวิตสมรส

คาร์ลสันและเพอเรวี (Carlson & Perrewé, 1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการที่สมรสและมีบุตร จำนวน 314 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะเครียด และความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในครอบครัว

แวกก์และคณะ (Vagg et al., 2002) ศึกษาผลกระทบของความเครียดในที่ทำงานต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,791 คน (เพศชาย 860 คน หญิง 931 คน) เป็นพนักงานในโรงงาน 2 แห่ง พบว่า ในเพศชาย ความเครียดจากการทำงานมีผลกระทบต่อผลผลิต การขาดงาน การลาออกจากงานและปัญหาด้านสุขภาพ และความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับบทบาทภายในองค์กร ขณะที่เพศหญิงความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างความต้องการจากงานและสัมพันธ์ภายในครอบครัว

โบยาร์และคณะ (Boyar et al., 2003) ศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน กับการลาออกจากงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำงานในโรงงานจำนวน 432 คน พบว่าความเครียดจากการทำงานสามารถทำนายความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวได้ และความรับผิดชอบต่อครอบครัวทำให้ระดับความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงานสูงขึ้น ความขัดแย้งทางบทบาท บทบาทที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ในขณะที่ความคลุมเครือในบทบาทไม่มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงานสามารถทำนายการลาออกจากงานได้

ฟรายและบริอจ (Frye & Breaugh, 2004) ศึกษาโยบายเป็นมิตรกับครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน กับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในครอบครัว พบว่า การใช้โยบายเป็นมิตรกับครอบครัว ชั่วโม่งการทำงานต่อสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานสามารถทำนายความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวได้ และยังพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในครอบครัว

คิมและคณะ (Kim et al., 2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและความเครียดในครอบครัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของพนักงานผู้หญิงในโรงงานอุตสาหกรรมประเทศเกาหลี กลุ่มตัวอย่าง 331 คน ใน 14 โรงงาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนความเครียดจากการทำงาน และความเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ทอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2005) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากงาน ความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ ความเครียดจากการทำงานที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจหญิงในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 421 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยลดความเครียดจากการทำงาน (บทบาทที่คลุมเครือ บทบาทที่มากเกินไปในการทำงาน) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และเพิ่มการรับรู้การทำหน้าที่ใน ครอบครัว (ความผูกพันภายในครอบครัวและความขัดแย้งภายในครอบครัว) ซึ่งข้อเสนอแนะในงานวิจัยนี้ คือควรมีการฝึกอบรมหัวหน้างานในเรื่องการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคลากรในหน่วยงานด้วย

แกรซีแวกซ์ และบัทเลอร์ (Grzywacz & Butler, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะงาน (ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน ของการเสก) กับความราบรื่นระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำงานนอกบ้านที่แต่งงานและมีบุตร จำนวน 91 คน พบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความราบรื่นระหว่างงานและครอบครัว ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความราบรื่นระหว่างงานและครอบครัว

วอยดานอฟฟ์ (Voydanoff, 2005) ศึกษาความต้องการจากงานที่มีผลต่อความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน ในผู้ทำงานจำนวน 2,155 คน พบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน

มอนท์โกเมอรี พานาโกโปโล และบีโนส (Montgomery, Panagopolou & Benos, 2006) ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างงานและชีวิตครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์จำนวน 162 คน พบว่า ความต้องการจากงานด้านอารมณ์สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นคน ความต้องการจากงานด้านปริมาณสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ ความต้องการจากงานทั้งด้านอารมณ์ และด้านปริมาณมีความสัมพันธ์กับงานที่ก้าวล้ำครอบครัว และความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์

คินนูนัน เฟลด์ท์ เกิร์ตซ์ และพูคคิเนน (Kinnunen, Feldt, Geurts & Pulkkinen, 2006) ศึกษาชนิดของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว ความผาสุกทางบวกและทางลบ กับภาระงานล้นระหว่างงานและครอบครัว โดยทดสอบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว ที่ทำให้เกิดผลบวกและผลลบกับภาระงานล้นระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง เป็นพนักงานที่มีคู่สมรส 202 คน โดยแบ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวเป็น 4 แบบ พบว่า แบบ 1 งานเครียดกับภาระครอบครัวล้นทำให้ความผาสุกในงานต่ำ (ความเหนื่อยหน่ายในงาน) และความผาสุกโดยทั่วไปต่ำ (ความเครียด) แบบ 2 ครอบครัวเครียดกับภาระงาน

ล้น จะทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัวต่ำ (ไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส) แบบ 3 งานดีกับภาระครอบครัวล้น ส่งผลต่อความผาสุกในงานและความผาสุกทั่วไป และแบบ 4 ครอบครัวยดีกับภาระงานล้น ไม่มีผลต่อความผาสุก

ชอยและเชน (Choi & Chen, 2006) ศึกษาการรับรู้ความต้องการจากงาน ความต้องการในครอบครัว กับความเครียดในชีวิต ระหว่างคู่สมรสที่ทำงานนอกบ้าน จำนวน 153 คู่ ในประเทศจีน พบว่า ในเพศหญิงจะมีการรับรู้ต่อความต้องการในครอบครัวสูงกว่าเพศชาย แต่การรับรู้ต่อความต้องการจากงานไม่แตกต่างกันทั้ง 2 เพศ การรับรู้ความต้องการในครอบครัวที่สัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตไม่แตกต่างกันทั้งเพศหญิงและชาย แต่ความต้องการจากงานที่สัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

เพอร์โรน เวบบ์ และบลาลอค (Perrone, Webb & Blalock, 2006) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว ภาระผูกพัน ความขัดแย้ง การเผชิญปัญหา กับความพึงพอใจในงานและความพึงพอใจในครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง เป็นพนักงานที่สมรสแล้ว จำนวน 154 คน เพศชาย 40 คน และเพศหญิง 114 คน พบว่า ภาระผูกพันทางงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน ภาระผูกพันทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน

คาราเทป และฮาซาน (Karatepe & Hasan, 2007) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน งานที่กระทบกับครอบครัว และความพึงพอใจในงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานต้อนรับในโรงแรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยบรรเทาการทำงานที่กระทบกับครอบครัวและช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน ความขัดแย้งของงานต่อครอบครัวและความพึงพอใจในงานส่งผลให้เกิดการลาออกจากงาน ส่วนความขัดแย้งของครอบครัวต่องานและความผูกพันในองค์กรไม่มีผลต่อการลาออกจากงาน

โรวิก และคณะ (Rovik et al., 2007) ศึกษาความเครียดจากการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่จบการศึกษามาแล้ว 9 ปี จากมหาวิทยาลัย 4 แห่ง ในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 390 คน โดยเปรียบเทียบระดับความเครียดจากปีที่จบการศึกษาแล้ว ปีที่ 1 ปีที่ 4 และ ปีที่ 10 พบว่า ความเครียดที่เกิดจากความกดดันด้านอารมณ์ ความกดดันด้านเวลา การกลัวผู้ป่วยฟ้อง การถูกประเมินผลงาน จะค่อยๆ ลดลงจากปีที่ 1 ถึง ปีที่ 10 ในขณะที่ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวจะเพิ่มขึ้นจากปีที่ 1 ถึง ปีที่ 10 และจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงาน

และครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและเพื่อนร่วมงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว

ทอมป์สัน และคาวาลลาโร (Thompson & Cavallaro, 2007) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากงาน และการรับรู้ภาวะเครียดของงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 81 คน เพศหญิง 106 คน พบว่า ในเพศหญิงมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมากกว่าเพศชาย การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานสามารถทำนายการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวได้เฉพาะในเพศหญิง และการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดการรับรู้ภาวะเครียดของงานและครอบครัวทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน

โทบ คิส เซนส์เบอร์รี่ เจซิน เจียร์ส และเบเกอร์ (Tobe, Kiss, Sainsbury, Jesin, Geerts & Baker, 2007) ศึกษาผลกระทบของความเครียดจากการทำงานกับความผูกพันในชีวิตสมรส และระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำงาน 229 คน พบว่าความเครียดจากการทำงาน ความผูกพันในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานสูง และความผูกพันในชีวิตสมรสต่ำจะทำให้ความดันโลหิตตัวบนเพิ่มขึ้น 3 mmHg ใน 1 ปี หากผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานนั้นมีความผูกพันในชีวิตสมรสสูงจะทำให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง 3 mmHg ใน 1 ปี และพบว่าความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในชีวิตสมรสเฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น

บอยาร์ เมอร์ซ มอสเลย์ และคาร์ (Boyar, Maertz, Mosley & Carr, 2008) ศึกษาผลกระทบของความต้องการจากงาน ความต้องการในครอบครัวต่อความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในมหาวิทยาลัย จำนวน 698 คน พบว่าทั้งความต้องการจากงาน และความต้องการในครอบครัวมีผลต่อทั้งความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน

อดัมและคณะ (Adam et al., 2008) ศึกษาความเครียดจากการทำงาน ความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและครอบครัว กับความเหนื่อยหน่ายในงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ในประเทศอังกฤษ จำนวน 420 คน (เพศหญิงจำนวน 219 คน และเพศชายจำนวน 201 คน) พบว่าระดับความเหนื่อยหน่ายในงาน และระดับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวของแพทย์ที่เป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

เมโย ปาสเตอร์ และแซนซ์ (Mayo, Pastor & Sanz, 2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวโดยใช้แบบจำลองความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงาน

(demand-control model) เพื่อดูความสัมพันธ์กับภาระงานภายในครอบครัวและความพึงพอใจในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารโรงเรียน ในประเทศยุโรป จำนวน 103 คนพร้อมคู่สมรส โดยให้ผู้บริหารโรงเรียนเป็นผู้ตอบเรื่อง ความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงาน ให้คู่สมรสตอบในเรื่องภาระงานภายในครอบครัว และความพึงพอใจในครอบครัว พบว่า ความสามารถในการควบคุมงานของผู้บริหารโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการจากงาน และภาระงานภายในครอบครัวของคู่สมรส หากภาระงานภายในครอบครัวของคู่สมรสลดลง จะมีผลทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น

การาเทป และอูลูเด็ก (Karatepe & Uludag, 2008) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กับความพึงพอใจในอาชีพ ความพึงพอใจในครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานต้อนรับในโรงแรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยบรรเทาทั้งความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงาน และช่วยเพิ่มความพึงพอใจในครอบครัวและความพึงพอใจในอาชีพ ความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและงานจะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัว ความพึงพอใจในอาชีพ และความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวจะทำให้ความพึงพอใจในอาชีพและความพึงพอใจในชีวิตลดลง

เฮปอนิมี อีโลไวนิโอ เพกการิเนน ซิเนอร์โว และคูโวเนน (Heponiemi, Elovainio, Pekkarinen, Sinervo & Kouvonen, 2008) ศึกษาความต้องการจากงาน ความสามารถในการควบคุมงานที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ทำงานในหน่วยดูแลผู้สูงอายุ ประเทศฟินแลนด์ พบว่าความต้องการจากงานสูง ความสามารถในการควบคุมงานต่ำ และความไม่ยุติธรรมในการตัดสินใจในงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดงานก้าวท้าวครอบครัวสูง

ซีเกอร์ และไวส์ (Seiger & Wiese, 2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัวกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ทำงาน จำนวน 107 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว จะช่วยลดความเครียดและความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว

ซิมเมอร์แมน สกินเนอร์ และเบอร์เนอร์ (Zimmerman, Skinner & Birner, 2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงาน ความพึงพอใจในงานและความพึงพอใจในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพครู โดยมีคู่สมรสทำงานด้วย จำนวน 79 คู่ พบว่าความเครียดจาก

การทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตสมรส

พิมพ์ทอง แจกจันทิก (2542) ศึกษาความเครียดในบทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของสตรีทำงานนอกร้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานธนาคาร-บริษัท ลูกจ้างบริษัทเอกชน และครู-อาจารย์โรงเรียนเอกชน จำนวน 212 ราย พบว่า รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ความเครียดในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต

อัญชลี ทองมา (2546) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีสมรสและสตรีโสดที่ทำงานนอกร้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 400 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีสมรสและสตรีโสดที่ทำงานนอกร้าน ส่วนความพึงพอใจในชีวิตสตรีสมรสที่ทำงานนอกร้านต่ำกว่าสตรีโสดที่ทำงานนอกร้าน

ดวงหทัย คชเสนี (2549) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตและความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของกลุ่มสตรีที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่สมรสแล้วอายุระหว่าง 25-45 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มสตรีทำงานทั้งคู่ โดยทำงานในหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 243 คน พบว่า กลุ่มสตรีที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร มีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ทั้งในรูปแบบงานก้าวก่ายครอบครัวและครอบครัวก้าวก่ายงานระดับต่ำ กลุ่มผู้หญิงมีความขัดแย้ง ระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบงานก้าวก่ายครอบครัวที่มีสาเหตุจากความเครียดมากกว่ากลุ่มผู้ชาย ในผู้หญิงเฉพาะกลุ่มที่มีบุตรจะมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าผู้ชาย กลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 32-38 ปี มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบงานก้าวก่ายครอบครัว ที่มีสาเหตุจากเวลา และจากความเครียดมากกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 39-45 ปี ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต

อังคินันท์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน จำนวน 1,375 คน พบว่า สตรีสมรสวัยกลางคนที่ทำงาน เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตได้สูง โดยเฉพาะสตรีที่ทำงานในภาครัฐถึง ร้อยละ 95 รองลงมาเป็นรัฐวิสาหกิจ และเอกชน ร้อยละ 84

และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านการทำงาน และด้านสังคมเมือง มีผลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคน โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตชีวิตได้ร้อยละ 79.2 และพบว่าถ้าสตรีไทยสมรสวัยกลางคนมีบุคลิกภาพแบบ ห้วนไหวสูง รายได้ครอบครัวต่ำ จำนวนสมาชิกน้อย การสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ ความผูกพันทางศาสนากับครอบครัวต่ำ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างานต่ำ จะส่งผลให้มีภาวะวิกฤตชีวิตยิ่งสูงขึ้น

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นพบว่า เพศหญิงที่ทำงานนอกบ้านจะมีความขัดแย้งระหว่างการทำงาน และครอบครัวมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีบทบาทที่หลากหลายทั้งบทบาทภายในงานและภายในครอบครัว ซึ่งผลกระทบของความขัดแย้งระหว่างงาน และครอบครัวจะส่งผลต่อตนเองในด้านสุขภาพทางกายและจิตใจ เช่นภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด ซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัว ด้านการทำกิจกรรมกับครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง ความพึงพอใจในครอบครัวและความผาสุกในครอบครัวลดลง ผลกระทบต่อองค์กร ด้านความพึงพอใจในงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร การลาออกจากงาน และผลิตผลต่ำลง และยังพบว่าปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และความพึงพอใจในครอบครัว โดยมีการศึกษาประเด็นดังกล่าวในต่างประเทศอย่างกว้างขวาง แต่สำหรับประเทศไทยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน และครอบครัวยังมีน้อยอยู่

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาล

โทมัส และแกนสเตอร์ (Thomas & Ganster, 1995) ศึกษาผลกระทบต่อครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กับความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 398 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยให้พยาบาลสามารถควบคุมงานและปัญหาทางครอบครัวได้ ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน ภาวะซึมเศร้า อาการเจ็บป่วยทางกาย และระดับไขมันในเลือด

วอลเตอร์ส เฟรนช์ อีเลส เลนตัน นิวโบลด์ และเมย์ (Walters, French, Eyles, Lenton, Newbold & Mayr, 1997) ศึกษาผลของภาระในงาน และภาระงานบ้านที่มีต่อความผาสุกของพยาบาลที่มีเพศต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเพศชายและเพศหญิง จำนวน 2,285 คน พบว่าภาระในงานและภาระงานบ้านมีผลต่อความผาสุกทั้งสองเพศ ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกคือ ความสามารถในการควบคุมงาน งานที่ทำหาย ความพึงพอใจในงาน การสนับสนุนทางสังคม

และระดับประสบการณ์ความเครียดในอดีต ในเพศหญิงพบว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับความผาสุก

ลี (Lee, 2003) ศึกษาความเครียดจากการทำงาน การเผชิญความเครียด กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 คน พบว่าพยาบาลมีความเครียดระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบแหล่งความเครียดหลัก คือ ภาระงานมากเกินไป ความขัดแย้งกับแพทย์ และพยาบาล รองลงมาเป็นการขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความไม่แน่นอนในการรักษา ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพบว่าพยาบาลที่มีตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน และพื้นที่ทำงานที่แตกต่างกันจะมีความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

ยิลดิริม และอิคแอน (Yildirim & Aycan, 2003) ศึกษาความต้องการจากงานของพยาบาล และความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลในประเทศตุรกี จำนวน 243 คน (นักวิชาการพยาบาล 106 คน และพยาบาลในคลินิก 137 คน) พบว่าภาระงานมากเกินไป และตารางเวลาทำงานที่ไม่แน่นอนสามารถทำนายความขัดแย้งของงานต่อครอบครัว และความขัดแย้งของงานต่อครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในชีวิต และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยลดความขัดแย้งของงานที่มีต่อครอบครัว และทำให้ความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น

พรูสต์ เดอ วิทที เดอ วิทที และเอเวอร์ส (Proost, De Witte, De Witte & Evers, 2004) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2,075 คน จาก 14 โรงพยาบาล ในประเทศเบลเยียม พบว่า ความต้องการจากงาน ความสามารถในการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานที่กระทบต่อครอบครัว มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในพยาบาล และยังพบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับงานที่กระทบต่อครอบครัว และความสามารถในการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับงานที่กระทบต่อครอบครัว

พาริก ทาอูการี และแบททาচারย่า (Parikh, Taukari & Bhattacharya, 2004) ศึกษาภาวะเครียดในงานของพยาบาล พบว่าพยาบาลจะมีความเครียดจากลักษณะงาน และความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ปัจจัยด้านงานที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ภาระงาน บทบาทที่คลุมเครือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลกระทบจากความเครียดทำให้เกิดอารมณ์เครียด ความเหนื่อยหน่าย และปัญหาทางด้านจิตใจ

แกรซีแวกซ์ ฟรอนน์ บรีวเวอร์ และคอฟเนอร์ (Grzywacz, Frone, Brewer & Kovner, 2006) ศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับงาน ในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในเมืองใหญ่ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,906 คน พบว่า การมีปัญหาย่างแท้จริงในงานส่งผลกระทบท่อครอบครัว ร้อยละ 50 การมีปัญหาเป็นครั้งคราวในงานส่งผลกระทบท่อครอบครัว ร้อยละ 41 ส่วนการมีปัญหาเป็นครั้งคราวในครอบครัวส่งผลกระทบท่องาน ร้อยละ 52 และการมีปัญหา อย่างแท้จริงในครอบครัว ส่งผลกระทบท่องาน ร้อยละ 11

ลินโฮล์ม (Lindholm, 2006) ศึกษาสภาพการทำงาน แหล่งความเครียดและความเครียด จากการทำงานของพยาบาลและแพทย์ ที่มีตำแหน่งบริหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 205 คน และแพทย์ 274 คน พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความต้องการจากงานระดับสูงจะมีความเครียดจากการทำงานระดับสูง ปัจจัยทางด้านจิตสังคมมีทั้งภายในงานและภายนอกงาน ได้แก่ สภาพการทำงาน (ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน) เครือข่ายในการทำงานและการสนับสนุนจากงาน เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม การลาป่วย และเงินเดือน และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ส่วนเงินเดือนและการลาป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน

พาร์ค (Park, 2007) ศึกษาความเครียดจากการทำงาน ประกอบด้วยความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงานกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิค ในโรงพยาบาล จำนวน 240 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมจากงาน ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความผาสุก

ฮ็อก (Hoge, 2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านเวลา สิ่งรบกวน ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว และอาการทางกายที่มีผลจากจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 576 คน พบว่า ความกดดันด้านเวลา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ สิ่งรบกวนทางอารมณ์ อาการทางกายที่มีผลจากจิต และความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว

สิริภรณ์ หันพงษ์กิตติกุล (2542) ศึกษาแหล่งความเครียดจากการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 คน พบว่า แหล่งความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ด้านภาระงานมากภายในช่วงเวลาจำกัด ด้านปัญหาในองค์กร และการบริหารจัดการ และด้านสภาพการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ดี ก่อให้พยาบาล

ประจำการเกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับต่ำ

ธิตยา อุปมา (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการปฏิบัติงานกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 64 มีความเครียดจากการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลร้อยละ 57.3 มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับดี และความเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

รัตนา เชื้อศิริถาวร (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระจากงาน ความสามารถในการควบคุมงานกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขต 2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ภาระจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ประพิศ สามะศิริ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติงาน บรรยากาศองค์กรและความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงทั้งหมด ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงาน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติงาน บรรยากาศองค์กรในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

สรุปล พยาบาลสาธารณสุขเป็นสตรีวัยทำงานที่ต้องดำเนินบทบาททั้งในงานและครอบครัว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขโดยตรง โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลพบว่าภาระงานของพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

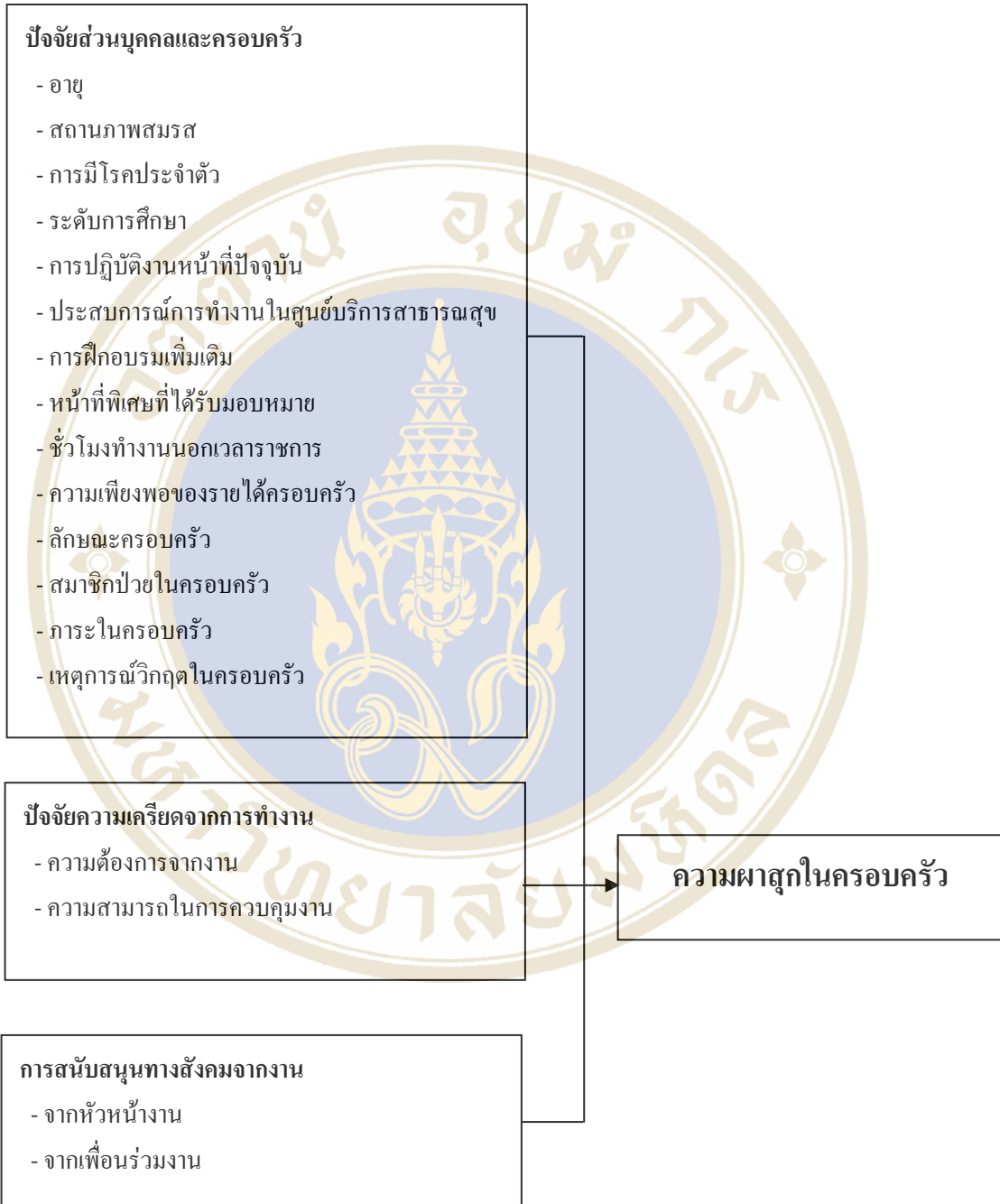
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ในการหาปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อความพึงพอใจในครอบครัว โดยคาลด์เวลล์กล่าวว่า

ความพึงพอใจในครอบครัวมีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความพึงพอใจ เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะคุกคามความพึงพอใจในครอบครัว ซึ่งลักษณะของแบบจำลองความพึงพอใจในครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความพึงพอใจตลอดเวลา ซึ่งหมายความว่าถ้ามีความเครียดในครอบครัวสูงก็就会有ความพึงพอใจในครอบครัวต่ำ ในขณะที่ความเครียดในครอบครัวต่ำก็就会有ความพึงพอใจในครอบครัวสูง โดยผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นภายในครอบครัวหรือช่วยลดความเครียดภายในครอบครัว ดังนี้คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากงาน จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพ 3



ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภาพ 3 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความผาสุกในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 507 คน จากศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่ง (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2550)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้สมาชิกของกลุ่มตัวอย่างที่ดี ผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล (Daniel, 2005) โดยใช้ค่า P จากผลการวิจัยของเจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) ศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงทำงาน พบว่ามีความพึงพอใจในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 ดังนั้นค่า P จึงมีค่าเท่ากับ 0.667

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} NPq}{Z^2_{\alpha/2} Pq + (N-1) d^2}$$

โดย	n	=	ขนาดตัวอย่างเมื่อทราบประชากรแน่ชัด
	N	=	ขนาดประชากรที่ทราบแน่ชัด = 507 คน
	P	=	0.667
	q	=	1 - P = (1-0.667) = 0.333
	d	=	ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด สำหรับค่าสัดส่วน คือ (p - π) เท่ากับ 0.05
	Z ² _{α/2}	=	ระดับนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้ = 1.96

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{(1.96)^2 (507) (0.667) (0.333)}{(1.96)^2 (0.667) (0.333) + (507-1) (0.05)^2} \\ &= 204.2 \text{ คน} \end{aligned}$$

2.2.2 ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วน และความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 เป็น 245 คน

2.2.3 การเลือกตัวอย่าง เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับจำนวนพยาบาลสาธารณสุขทั้งหมดในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข รวมได้จำนวนพยาบาลสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 250 คน ผลดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากร และจำนวนตัวอย่าง จำแนกตามศูนย์บริการสาธารณสุข

ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่	จำนวนพยาบาล สาธารณสุข (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่	จำนวนพยาบาล สาธารณสุข (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)
1	4	2	14	7	4
2	7	4	15	10	5
3	15	7	16	7	4
4	13	6	17	5	2
5	9	4	18	8	4
6	8	4	19	10	5
7	6	3	20	7	4
8	10	5	21	12	6
9	8	4	22	9	4
10	5	2	23	13	6
11	7	4	24	11	5
12	6	3	25	5	2
13	8	4	26	6	3

ตาราง 1 จำนวนประชากร และจำนวนตัวอย่าง จำแนกตามศูนย์บริการสาธารณสุข (ต่อ)

ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่	จำนวนพยาบาล สาธารณสุข (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่	จำนวนพยาบาล สาธารณสุข (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)
27	7	4	48	9	4
28	11	5	49	5	2
29	10	5	50	6	3
30	5	2	51	8	4
31	11	5	52	9	4
32	7	4	53	8	4
33	8	4	54	5	2
34	7	4	55	6	3
35	6	3	56	6	3
36	5	2	57	6	3
37	8	4	58	11	5
38	8	4	59	9	4
39	10	5	60	7	4
40	5	2	61	4	2
41	7	4	62	4	2
42	8	4	63	5	2
43	9	4	64	7	4
44	7	4	65	3	2
45	6	3	66	7	4
46	3	2	67	8	4
47	6	3	68	4	2
			รวม	507	250

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา

1. พยาบาลสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. พยาบาลสาธารณสุขที่เป็นเพศหญิง
3. พยาบาลสาธารณสุขที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. พยาบาลสาธารณสุขที่อยู่ในระหว่างการลาต่างๆ เช่น ลาศึกษาต่อ ลาคลอดบุตร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตำรา บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว ภาระในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเครียดจากการทำงาน โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) ตามแนวคิด Demand-Control Model ของการาเสค (Karasek , 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) แปลเป็นไทยโดย อารณทิพย์ บัวเพชร (Buapetch, 2008) ซึ่งอารณทิพย์ บัวเพชร ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษากับพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า ทดลองใช้ และเก็บจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของความต้องการจากงาน = 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของความสามารถในการควบคุมงาน = 0.79 และ 0.66 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วน จำนวนทั้งหมด 33 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการจากงาน มีจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1.1 ภาระงาน โดยมีข้อความในทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3 ข้อความในทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6

1.2 ความกดดันด้านเวลา โดยมีข้อความในทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 10 ข้อความในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 11

1.3 ความขัดแย้งในบทบาท โดยมีข้อความในทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 14, 16 ข้อความในทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 15, 17

ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบในลักษณะมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	1	5
เห็นด้วยมาก	2	4
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	4	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	5	1

2. ความสามารถในการควบคุมงาน มีจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

2.1 การมีอำนาจตัดสินใจในงาน โดยมีข้อความในทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19, 21, 22, 24 ข้อความในทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 20, 23, 25

2.2 การมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน โดยมีข้อความในทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 27, 28, 31, 33 ข้อความในทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26, 29, 30, 32

ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบในลักษณะมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

คะแนนเฉลี่ยรายของค์ประกอบ คือคะแนนที่ได้จากการรวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ แล้วหารด้วยจำนวนข้อในองค์ประกอบนั้นๆ คะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 1-5

การแปลผลความต้องการจากงาน

กลุ่มที่มีความต้องการจากงานต่ำ คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3

กลุ่มที่มีความต้องการจากงานสูง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3 ขึ้นไป

การแปลผลความสามารถในการควบคุมงาน

กลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมงานต่ำ คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3

กลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมงานสูง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงาน โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของวรารักษ์ อมรเพชรกุล (2543) ตามแนวคิดของทอยส์ (Thoits, 1986) โดยวรารักษ์ อมรเพชรกุล ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษากับตำรวจ ทดลองใช้ และเก็บจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน = 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ได้ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ โดยเป็นข้อความในทางบวกทั้งหมด มีรายละเอียด ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์สังคม มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9

การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-15

การสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-21

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นนี้ ในแต่ละคำถามจะให้ผู้ตอบพิจารณาแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่ละแหล่ง และผู้ตอบต้องตอบทั้ง 2 แหล่งการสนับสนุน

ลักษณะข้อคำถามมีค่าตอบให้เลือกตอบในลักษณะมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับมากที่สุด	ได้	5	คะแนน
ได้รับมาก	ได้	4	คะแนน
ได้รับปานกลาง	ได้	3	คะแนน
ได้รับน้อย	ได้	2	คะแนน
ไม่เคยได้รับ	ได้	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนระดับที่ต้องการวัด คือ 3 ระดับ มีการแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00-2.33	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
2.34-3.66	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.67-5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกในครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัดความเครียดในครอบครัว (Family stress assessment) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1983 โดยพิจารณาภาวะครอบครัวว่าเป็นลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก และมีการพัฒนาปรับปรุงหลายครั้งจนถึงปัจจุบันเรียกว่าแบบวัดความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 2003) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.90 ในประเทศไทยบุหงา ภูษะคราม (2533) ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษากับมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ทดลองใช้และเก็บจริง ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลสาธารณสุขเป็นการประเมินการรับรู้ความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ใน 3 องค์ประกอบ มีจำนวนทั้งหมด 46 ข้อ โดยมีข้อความในทางบวก 25 ข้อ ทางลบ 21 ข้อ แบ่งข้อคำถาม ดังนี้

1. โครงสร้างครอบครัว มีจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ
 - 1.1 ภาวะเครียดในครอบครัว โดยมีข้อความในทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 มีข้อความในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3
 - 1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว โดยมีข้อความในทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6
 - 1.3 แรงสนับสนุนภายในครอบครัว โดยมีข้อความในทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9, 10
 - 1.4 ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัว โดยมีข้อความในทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 13 ข้อความในทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14
 - 1.5 การปรับตัวของครอบครัว โดยมีข้อความในทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 ข้อความในทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16

2. การดำเนินบทบาทในครอบครัว มีจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

2.1 ความขัดแย้งในบทบาท โดยมีข้อความในทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17
ข้อความในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 19

2.2 บทบาทหนักเกินไป โดยมีข้อความในทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20, 21, 22

2.3 ความคลุมเครือในบทบาท โดยมีข้อความในทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24, 25, 28 ข้อความในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26, 29

2.4 การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท โดยมีข้อความในทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 30, 31, 33, 34 ข้อความในทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 32

2.5 การเตรียมพร้อมในบทบาท โดยมีข้อความในทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 35 ข้อความในทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 37

3. ความประปรายของครอบครัว มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

3.1 อาการทางกายที่มีผลจากจิต โดยมีข้อความในทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 38, 39, 40, 42, 43, 44

3.2 ความพึงพอใจในชีวิต โดยมีข้อความในทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 27, 36, 45 ข้อความในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 41, 46

เนื่องจากแบบสอบถามของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ปรับมาจากแบบวัดความเครียดในครอบครัว โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนของคาลด์เวลล์ ถ้าคะแนนมาก หมายถึงมีความผาสุกในครอบครัวน้อย แต่ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้กลับการให้คะแนนเป็นคะแนนมาก หมายถึงมีความผาสุกในครอบครัวมาก เพื่อสะดวกในการเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ ในการศึกษา และสอดคล้องกับคำว่า “ความผาสุกในครอบครัว” จึงมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด หรือ เกือบจะไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย	1	5

การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนระดับที่ต้องการวัด คือ 4 ระดับ มีการแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00-2.00	ไม่มีความพอใจในครอบครัว
2.01-3.00	มีความพอใจในครอบครัวระดับต่ำ
3.01-4.00	มีความพอใจในครอบครัวระดับปานกลาง
4.01-5.00	มีความพอใจในครอบครัวระดับสูง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ผู้ช่วยที่ปรึกษาตรวจสอบ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษา และนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านครอบครัวจำนวน 3 ท่าน ด้านการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และ ด้านการบริหารงาน จำนวน 1 ท่าน รวมทั้งหมดจำนวน 5 ท่าน ช่วยตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา การวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และเกณฑ์การพิจารณาคะแนน นำผลการตรวจสอบแบบสอบถาม และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นต่อไป

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มพยาบาลสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความคงที่ภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแต่ละหมวด รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน และความผาสุกในครอบครัว จำแนกตามการทดลองใช้ และการเก็บข้อมูลจริง

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	
	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 239)
ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน	0.8298	0.8143
ความต้องการจากงาน	0.7010	0.7905
ความสามารถในการควบคุมงาน	0.8402	0.7705
การสนับสนุนทางสังคมจากงาน		
จากหัวหน้างาน	0.9597	0.9590
จากเพื่อนร่วมงาน	0.9544	0.9559
ความผาสุกในครอบครัว	0.9351	0.9465
โครงสร้างของครอบครัว	0.8717	0.8794
การดำเนินบทบาทในครอบครัว	0.8231	0.8775
ความเปราะบางของครอบครัว	0.8269	0.8697

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเรื่องถึงประธานคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเก็บข้อมูลในมนุษย์
2. ผู้วิจัยเสนอเรื่องถึงคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเก็บข้อมูลในมนุษย์
3. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากพยาบาลสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 แห่ง
4. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา และก่อนการทำแบบสอบถามได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

5. ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาเพื่อรับแบบสอบถามคืน หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป
6. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้ในที่ที่ปลอดภัยซึ่งมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายหลังจากใช้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว
7. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างไปเปิดเผยหรือเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัส โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่อบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 เปรียบเทียบความพอใจในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวที่ต่างกัน โดยเปรียบเทียบความพอใจในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มี / ไม่มีโรคประจำตัว ระดับการศึกษาต่างกัน การฝึก/ไม่ฝึกอบรมเพิ่มเติม และลักษณะครอบครัวเดี่ยว/ขยาย ด้วยสถิติ Independent t-test ส่วนสถานภาพสมรส การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความรู้สึกต่อภาระในครอบครัวที่ต่างกัน ด้วยสถิติ One-way ANOVA

2.2 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (อายุ ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลา จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว และจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว) ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน (ความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงาน) การสนับสนุนทางสังคมจากงาน (จากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน) กับความพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients)

2.3 หาค่าความสามารถในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาล
สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise
Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีการเลือกตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจาก
ขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มี
ความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจในครอบครัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 250 ชุด จากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ตอบกลับพบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 239 ชุด หรือคิดเป็นร้อยละ 95.6 เพียงพอในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษานำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน และความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงานกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 51.9 รองมาอายุระหว่าง 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.5 กลุ่มที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 25 - 30 ปี ร้อยละ 2.9 ($\bar{x} = 46.3$, S.D. = 7.0) พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 69.9 รองมาเป็นคู่แต่แยกกันอยู่อาศัยเพราะสามีไปทำงานต่างจังหวัด ร้อยละ 9.6

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.6 โดยหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลครอบครัว ร้อยละ 58.2 รองลงมา เป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 11.3 น้อยที่สุดคือ หัวหน้าพยาบาล ร้อยละ 9.6

ประสบการณ์การทำงานพยาบาลมากที่สุดระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 48.1 ($\bar{x} = 22.8$, S.D. = 7.3) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายมาสำนักอนามัย ร้อยละ 84.9 โดยจำนวนปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายอยู่ในระหว่าง 1-7 ปี ร้อยละ 40.2 และอยู่ในช่วง 15-22 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 8.8 พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขระหว่าง 15 - 21 ปี ร้อยละ 30.1 ($\bar{x} = 15.6$, S.D. = 8.6)

การฝึกอบรมเพิ่มเติมพบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับ ร้อยละ 65.7 โดยเป็นการศึกษาเฉพาะทางมากที่สุด ร้อยละ 29.3

หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายส่วนใหญ่จะได้รับ ร้อยละ 81.6 โดยพบว่าเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 57.3 รองลงมา เป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการเงิน ร้อยละ 28.0 ส่วนจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ส่วนใหญ่จะได้รับมอบหมาย จำนวน 1-2 คณะ ร้อยละ 56.9 ที่น้อยที่สุด จำนวน 7-8 คณะ ร้อยละ 0.4

การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 85.4 และปฏิบัติงานภายในสำนักอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 79.5 รองลงมาปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกสำนักอนามัย ร้อยละ 4.6 ส่วนจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานนอกเวลาต่อเดือน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานจำนวนระหว่าง 2-16 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 49.4 รองลงมาปฏิบัติงาน จำนวนระหว่าง 17-32 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 25.1

รายได้ส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.9 ($\bar{x} = 31,643.8$, S.D. = 8,824.5) การมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.2

โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรกระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.8 รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 11.7 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=239)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25 - 30 ปี	7	2.9
31 - 40 ปี	40	16.7
41 - 50 ปี	124	51.9
51 ปีขึ้นไป	68	28.5
\bar{x} = 46.31, S.D. = 7.013, Min = 27, Max = 59		
สถานภาพสมรส		
โสด	22	9.2
คู่ (อยู่บ้านเดียวกัน)	167	69.9
คู่ (แยกกันอยู่เพราะการทำงาน)	23	9.6
หม้าย	10	4.2
หย่า	17	7.1
วุฒิการศึกษา		
อนุปริญญา	1	0.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	207	86.6
สูงกว่าปริญญาตรี	31	13.0
การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน		
หัวหน้าพยาบาล	23	9.6
พยาบาลครอบครัว	139	58.2
พยาบาลอนามัยโรงเรียน	27	11.3
พยาบาลห้องปฏิบัติการพยาบาล	25	10.5
พยาบาลคลินิกพิเศษ	25	10.5

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานพยาบาล		
1-10 ปี	13	5.4
11-20 ปี	67	28.0
21-30 ปี	115	48.1
31-40 ปี	44	18.4
$\bar{x} = 22.78, S.D. = 7.272, \text{Min} = 6, \text{Max} = 40$		
การปฏิบัติงานก่อนโอนย้ายมาสำนักอนามัย		
ไม่ได้ปฏิบัติงานที่อื่นก่อนโอนย้าย	36	15.1
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้าย	203	84.9
จำนวน 1-7 ปี	96	40.2
จำนวน 8-14 ปี	86	36.0
จำนวน 15-22 ปี	21	8.8
$\bar{x} = 7.16, S.D. = 5.073, \text{Min} = 0, \text{Max} = 22$		
จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข		
น้อยกว่า 7 ปี	49	20.5
8-14 ปี	60	25.1
15-21 ปี	72	30.1
22-28 ปี	35	14.6
มากกว่า 28 ปี	23	9.6
$\bar{x} = 15.6, S.D. = 8.624, \text{Min} = 2 \text{ เดือน}, \text{Max} = 37 \text{ ปี}$		
การฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล		
ไม่เคย	82	34.3
เคย	157	65.7
การอบรมด้านการบริหาร	62	25.9
การศึกษาต่อเฉพาะทาง	70	29.3
การอบรมด้านการบริหารและศึกษาต่อเฉพาะทาง	25	10.5

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย		
ไม่ได้รับ	44	18.4
ได้รับ	195	81.6
จำนวน 1-2 คณะกรรมการ	136	56.9
จำนวน 3-4 คณะกรรมการ	46	19.2
จำนวน 5-6 คณะกรรมการ	12	5.0
จำนวน 7-8 คณะกรรมการ	1	0.4
หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย (มีได้มากกว่า 1 หน้าที่)		
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข	137	57.3
คณะกรรมการเกี่ยวกับการเงิน	67	28.0
ผู้ประสานงานคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข	59	24.7
คณะกรรมการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข	55	23.0
คณะกรรมการเกี่ยวกับวัสดุครุภัณฑ์	30	12.6
คณะกรรมการ 5 ศ.	26	10.9
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	7	2.9
คณะกรรมการการจัดการความรู้	5	2.1
คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยงาน	5	2.1
คณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	4	1.7
คณะกรรมการราชการใสสะอาด	2	0.8
คณะกรรมการระบบสารสนเทศ	2	0.8

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ		
ไม่ได้ปฏิบัติ	35	14.6
ปฏิบัติ	204	85.4
ปฏิบัติงานภายในสำนักอนามัย	190	79.5
ปฏิบัติงานภายนอกสำนักอนามัย	3	1.3
ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกสำนักอนามัย	11	4.6
จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ		
2-16 ชั่วโมงต่อเดือน	118	49.4
17-32 ชั่วโมงต่อเดือน	60	25.1
33-48 ชั่วโมงต่อเดือน	15	6.3
49-64 ชั่วโมงต่อเดือน	5	2.1
65-80 ชั่วโมงต่อเดือน	2	0.8
81 ชั่วโมงขึ้นไปต่อเดือน	4	1.7
รายได้ส่วนบุคคล		
น้อยกว่า 20,000 บาท	20	8.4
20,001-30,000 บาท	88	36.8
30,001-40,000 บาท	105	43.9
40,001-50,000 บาท	18	7.5
50,001 บาทขึ้นไป	8	3.3
$\bar{x} = 31643.8$, S.D. = 8824.459, Min = 12950, Max = 77000		

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	116	49.8
มีโรคประจำตัว	120	50.2
โรคระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	33	13.8
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	28	11.7
โรคระบบย่อยอาหารและการขับถ่าย	21	8.8
โรคระบบทางเดินหายใจ	17	7.1
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	9	3.8
โรคเมรังและเนื้องอก	7	2.9
โรคระบบสืบพันธุ์	4	1.7
โรคเกี่ยวกับตา	1	0.4
โรคเกี่ยวกับหู	1	0.4
โรคไม่เกรน	7	2.9

ข้อมูลครอบครัว

รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,001 – 60,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.3 (\bar{x} = 68,898.9, S.D. = 42700.7) ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสม ร้อยละ 66.1 ส่วนรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 2.5

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 58.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 64.9 โดยเฉลี่ย จำนวน 4.1 คน มีจำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1-2 คน ร้อยละ 54.0 มีจำนวนบุคคลที่เป็นภาระในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 49.8 โดยเฉลี่ย 1 คน ความรู้สึกต่อภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลระดับน้อย ร้อยละ 33.1

เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 59.0 มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 41.0 ซึ่งเหตุการณ์วิกฤตของครอบครัวที่พบในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คือ การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 27.6 รองลงมา มีสมาชิกตกงาน ร้อยละ 8.8 ส่วนจำนวนเหตุการณ์วิกฤตที่ครอบครัวส่วนใหญ่เผชิญ มีจำนวน 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 29.7 น้อยที่สุด คือ จำนวน 4 เหตุการณ์ ร้อยละ 0.4

ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองไม่มีภาระผูกพันเป็นหนี้สิน ร้อยละ 46 รongลงมาเป็นบ้านของตนเองอยู่ในระหว่างเช่าซื้อหรือผ่อน ร้อยละ 33.1 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลครอบครัว

ข้อมูลครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว		
น้อยกว่า 20,000 บาท	8	3.3
20,001-40,000	57	23.8
40,001-60,000	70	29.3
60,001-80,000	39	16.3
80,001-100,000	48	20.1
100,001 ขึ้นไป	17	7.1
\bar{x} = 68898.9, S.D. = 42700.671, Min = 15000, Max = 370000		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว		
เพียงพอ/มีเก็บสะสม	158	66.1
เพียงพอ/ไม่มีเก็บสะสม	51	21.3
ไม่เพียงพอ/ไม่มีหนี้สิน	6	2.5
ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	24	10.0
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	139	58.2
ครอบครัวขยาย	100	41.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	76	31.8
4-6 คน	155	64.9
7-9 คน	8	3.3
\bar{x} = 4.1, S.D. = 1.284, Min = 1, Max = 9		
จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว		
ไม่มีคนป่วย	93	38.9
มีคนป่วย	146	61.1
1-2 คน	129	54.0
3-4 คน	15	6.3
5-6 คน	2	0.8
\bar{x} = 1.0, S.D. = 1.015, Min = 0, Max = 6		

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูลครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกที่เป็นภาระในครอบครัว		
ไม่มีบุคคลที่เป็นภาระ	65	27.2
มีบุคคลที่เป็นภาระ	174	72.8
1-2 คน	119	49.8
3-4 คน	42	17.6
5-6 คน	13	5.4
$\bar{x} = 1.6, S.D. = 1.439, \text{Min} = 0, \text{Max} = 6$		
ความรู้สึกต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัว		
ไม่รู้สึกรัดกั้ววล	75	31.4
รู้สึกรัดกั้ววลน้อย	79	33.1
รู้สึกรัดกั้ววลปานกลาง	65	27.2
รู้สึกรัดกั้ววลมาก	12	5.0
รู้สึกรัดกั้ววลมากที่สุด	8	3.3
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว		
ไม่มีเหตุการณ์วิกฤต	141	59.0
มีเหตุการณ์วิกฤต	98	41.0
มี 1 เหตุการณ์วิกฤต	71	29.7
มี 2 เหตุการณ์วิกฤต	19	7.9
มี 3 เหตุการณ์วิกฤต	7	2.9
มี 4 เหตุการณ์วิกฤต	1	0.4
เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว (มีได้มากกว่า 1 เหตุการณ์)		
มีสมาชิกเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล	66	27.6
มีสมาชิกตกงาน	21	8.8
มีสมาชิกถูกขโมยทรัพย์สิน	20	8.4
มีสมาชิกเสียชีวิต	15	6.3
มีสมาชิกพิการต้องดูแล	12	5.0
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเองไม่มีภาระผูกพันเป็นหนี้สิน	110	46.0
บ้านของตนเองอยู่ในระหว่างเช่าซื้อ/ผ่อน	79	33.1
บ้านของบิดา/มารดา ไม่ต้องเช่า	36	15.1
บ้านของผู้อื่น/เช่าอยู่	8	3.3
บ้านพักสวัสดิการของหน่วยงานราชการ	6	2.5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงาน และความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความเครียดจากการทำงานในด้านความต้องการจากงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.7 ($\bar{x} = 3.03, S.D. = 0.48$) เมื่อแยกรายองค์ประกอบพบว่า

ความกดดันด้านเวลา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.13, S.D. = 0.61$) รองลงมาเป็นด้าน ความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 3.07, S.D. = 0.47$) และด้านภาระงาน ($\bar{x} = 2.92, S.D. = 0.69$)

ความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.5 ($\bar{x} = 3.76, S.D. = 0.43$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน ($\bar{x} = 4.04, S.D. = 0.47$) มีค่าสูงกว่าการมีอำนาจในการตัดสินใจในงาน ($\bar{x} = 3.47, S.D. = 0.51$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของปัจจัยความเครียดจากการทำงาน (n =239)

ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน	ระดับ		Mean	S.D.	Min-Max
	ต่ำ	สูง			
ความต้องการจากงาน	113 (47.3)	126 (52.7)	3.03	0.479	1.71- 4.35
ภาระงาน	132 (55.2)	107 (44.8)	2.92	0.691	1.00-4.50
ความกดดันด้านเวลา	77 (32.2)	162 (67.8)	3.13	0.614	1.00-4.80
ความขัดแย้งในบทบาท	81 (33.9)	158 (66.1)	3.07	0.474	1.50-4.50
ความสามารถในการควบคุมงาน	6 (2.5)	233 (97.5)	3.76	0.433	2.50-4.88
การมีอำนาจในการตัดสินใจในงาน	30 (12.6)	209 (87.4)	3.47	0.514	1.50-4.88
การมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน	1 (0.4)	238 (99.6)	4.04	0.468	2.88-5.00

เมื่อนำตัวแปรความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงานมาพิจารณาแยกกลุ่มตามแนวคิดของคาราเสค พบว่าพยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มขยันขันแข็ง ร้อยละ 51.5 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความเครียดต่ำ ร้อยละ 48.5 และกลุ่มที่มีความเครียดสูง ร้อยละ 6 ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกกลุ่มตามแนวคิดของคาราสก (n = 239)

กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดระดับสูง (High-strain)	6	4.8
ความเครียดระดับต่ำ (Low-strain)	113	48.5
ขยันขันแข็ง (Active)	120	51.5

การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.0 ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.72) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการให้ข้อมูลข่าวสารสูงสุด ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.73) รองลงมาเป็นด้านอารมณ์สังคม ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.77) และด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.84)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.9 ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.64) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์สังคมสูงสุด ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.64) รองลงมาเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.70) และด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.77) ตามลำดับ ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคม จากงาน (n=239)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ			Mean	S.D.	Min-Max
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
จากหัวหน้างาน	14 (5.8)	96 (40.2)	129 (54.0)	3.65	0.722	1.43-5.00
ด้านอารมณ์ สังคม	16 (6.7)	97 (40.6)	126 (52.7)	3.62	0.766	1.22-5.00
ด้านข้อมูลข่าวสาร	9 (3.8)	55(23.0)	175 (73.2)	3.88	0.732	1.00-5.00
ด้านทรัพยากร	22 (9.2)	101 (42.3)	116 (48.5)	3.48	0.836	1.17-5.00
จากเพื่อนร่วมงาน	5 (2.1)	74 (31.0)	160 (66.9)	3.86	0.642	1.19-5.00
ด้านอารมณ์ สังคม	3 (1.3)	59 (24.7)	177 (74.1)	3.94	0.643	1.33-5.00
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5 (2.1)	63 (26.4)	171 (71.5)	3.88	0.697	1.00-5.00
ด้านทรัพยากร	8 (3.3)	86 (36.0)	145 (60.7)	3.72	0.772	1.17-5.00

ความผาสุกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.1 ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความผาสุกในครอบครัว พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างครอบครัว ($\bar{x} = 4.15, S.D. = 0.56$) มีคะแนนความผาสุกด้านภาวะความเครียดในครอบครัวสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.37, S.D. = 0.76$) รองลงมาเป็นด้านแรงสนับสนุนภายในครอบครัว ($\bar{x} = 4.31, S.D. = 0.65$) ต่ำที่สุดเป็นความผาสุกด้านการปรับตัวของครอบครัว ($\bar{x} = 3.68, S.D. = 0.82$)

องค์ประกอบที่ 2 การดำเนินบทบาทในครอบครัว ($\bar{x} = 4.07, S.D. = 0.52$) มีความผาสุกด้านการมีส่วนร่วมในการกระทำบทบาท ($\bar{x} = 4.23, S.D. = 0.63$) สูงที่สุด รองลงมาเป็น การเตรียมความพร้อมในบทบาท ($\bar{x} = 4.13, S.D. = 0.71$) ต่ำที่สุดด้านความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.79$)

องค์ประกอบที่ 3 ความเปราะบางในครอบครัว ($\bar{x} = 4.17, S.D. = 0.60$) มีความผาสุกในด้านอาการทางกายที่มีผลจากจิต ($\bar{x} = 4.31, S.D. = 0.69$) สูงกว่าความพึงพอใจในชีวิต ($\bar{x} = 4.05, S.D. = 0.66$) รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับของความผาสุกในครอบครัว (n=239)

ความผาสุกในครอบครัว	ระดับความผาสุก				Mean	S.D.	Min-Max
	ไม่มี	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
โครงสร้างครอบครัว							
ภาวะเครียดในครอบครัว	1 (0.4)	11 (4.6)	76 (31.8)	151 (63.2)	4.15	0.560	1.75-5.00
ความพึงพอใจในครอบครัว	4 (1.7)	13 (5.4)	63 (26.4)	159 (66.5)	4.37	0.759	1.33-5.00
แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	3 (1.3)	25 (10.5)	71 (29.7)	140 (58.6)	4.23	0.757	1.67-5.00
ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว	1 (0.4)	14 (5.9)	76 (31.8)	148 (61.9)	4.31	0.652	1.50-5.00
การปรับตัวของครอบครัว	2 (0.8)	22 (9.2)	109 (45.6)	106 (44.4)	4.00	0.660	2.00-5.00
การดำเนินบทบาทในครอบครัว							
ความขัดแย้งในบทบาท	11 (4.6)	58 (24.3)	113 (47.3)	57 (23.8)	3.68	0.816	1.00-5.00
บทบาทหนักเกินไป	0 (0)	8 (3.3)	90 (37.7)	141 (59.0)	4.07	0.523	2.16-5.00
ความคลุมเครือในบทบาท	6 (2.5)	34 (14.2)	115 (48.1)	84 (35.1)	3.83	0.790	1.00-5.00
การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท	10 (4.2)	35 (14.6)	78 (32.6)	116 (48.5)	3.98	0.895	1.00-5.00
การเตรียมความพร้อมในบทบาท	1 (0.4)	8 (3.3)	107 (44.8)	123 (51.5)	4.08	0.559	1.83-5.00
ความเปราะบางในครอบครัว	1 (0.4)	12 (5.0)	76 (31.8)	150 (62.8)	4.23	0.631	1.20-5.00
อาการทางกายที่มีผลจากจิต	1 (0.4)	27 (11.3)	97 (40.6)	114 (47.7)	4.13	0.709	1.00-5.00
ความพึงพอใจในชีวิต	2 (0.8)	14 (5.9)	69 (28.9)	154 (64.4)	4.17	0.603	1.64-5.00
โดยรวม	2 (0.8)	15 (6.3)	57 (23.8)	165 (69.0)	4.31	0.687	1.40-5.00
โดยรวม	3 (1.3)	17 (7.1)	93 (38.9)	126 (52.7)	4.05	0.663	1.40-5.00
โดยรวม	0 (0)	9 (3.8)	72 (30.1)	158 (66.1)	4.12	0.505	2.28-5.00

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัวที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาล สาธารณสุข สังกัดอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ Independent t-test พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีจะมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาตรี

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.458, p\text{-value} = 0.008$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาล สาธารณสุขที่มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	n	mean	S.D.	t-value	df	p-value
การมีโรคประจำตัว						
มีโรค	116	4.14	0.511	-0.547	237	0.293
ไม่มีโรค	123	4.10	0.500			
ระดับการศึกษา						
สูงกว่าปริญญาตรี	208	4.10	0.519	1.646	237	0.051
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาตรี	31	4.26	0.369			
การฝึกอบรมเพิ่มเติม						
ได้รับ	82	4.01	0.518	2.458*	237	0.008
ไม่ได้รับ	157	4.18	0.490			
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	139	4.12	0.500	-0.111	237	0.912
ครอบครัวขยาย	100	4.13	0.514			

* $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ One way ANOVA พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.182, p\text{-value} = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างด้วยวิธีเชฟเฟ้ (Scheffe) พบว่าพยาบาลสาขารวมกลุ่มโสดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 3.77, S.D. = 0.65$) ต่ำกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอยู่บ้านเดียวกัน ($\bar{x} = 4.12, S.D. = 0.49$) และกลุ่มสถานภาพสมรสคู่แต่สามีแยกกันอยู่เพราะการทำงาน ($\bar{x} = 4.43, S.D. = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.698, p\text{-value} = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างโดยวิธีเชฟเฟ้ (Scheffe) พบว่าพยาบาลสาขารวมกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเก็บสะสมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 4.21, S.D. = 0.43$) สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ($\bar{x} = 3.90, S.D. = 0.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้สึกรู้สึกต่อภาระในครอบครัวที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.910, p\text{-value} = <0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างโดยวิธีเชฟเฟ้ (Scheffe) พบว่า กลุ่มที่ไม่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 4.23, S.D. = 0.49$) สูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.64$) และกลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 4.24, S.D. = 0.44$) สูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับมาก ($\bar{x} = 3.72, S.D. = 0.57$) และระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการปฏิบัติงานในหน้าที่ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($F = 1.398, p\text{-value} = 0.235$) รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาล
 สาธารณสุข จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่ต่างกัน โดยใช้
 สถิติ One way ANOVA

ตัวแปร	n	Mean (S.D.)	F-Ratio	p-value	Scheffe	Mean diff. (p-value)
สถานภาพสมรส			5.182*	0.001		
โสด	(1) 22	3.77 (0.650)			(1) – (2)	-0.35 (0.047)
คู่ (สามีอยู่บ้านเดียวกัน)	(2) 167	4.12 (0.485)			(1) – (3)	-0.66 (0.001)
คู่ (สามีแยกเพราะทำงาน)	(3) 23	4.43 (0.330)				
หม้าย	(4) 10	4.22 (0.443)				
หย่า	(5) 17	4.13 (0.471)				
การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน			1.398	0.235		
หัวหน้าพยาบาล	23	4.22 (0.534)			-	-
พยาบาลครอบครัว	139	4.09 (0.541)				
พยาบาลอนามัยโรงเรียน	27	4.00 (0.442)				
พยาบาลห้องปฏิบัติการ	25	4.20 (0.391)				
พยาบาลคลินิกพิเศษ	25	4.27 (0.398)				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว			5.698*	0.001		
เพียงพอ/มีเก็บสะสม	(1) 158	4.21(0.427)			(1) – (4)	0.32 (0.036)
เพียงพอ/ไม่มีเก็บสะสม	(2) 51	3.99 (0.621)				
ไม่เพียงพอ/ไม่มีหนี้สิน	(3) 6	3.78 (0.395)				
ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	(4) 24	3.90 (0.583)				
ความรู้สึกต่อภาระในครอบครัว			6.910*	<0.001		
ไม่รู้สึกรีดกั่วงวล	(1) 75	4.23 (0.493)			(1) – (4)	0.50 (0.025)
รู้สึกรีดกั่วงวลน้อย	(2) 79	4.24 (0.439)			(2) – (3)	0.27 (0.029)
รู้สึกรีดกั่วงวลปานกลาง	(3) 65	3.98 (0.482)			(2) – (4)	0.52 (0.019)
รู้สึกรีดกั่วงวลมาก	(4) 12	3.72 (0.566)				
รู้สึกรีดกั่วงวลมากที่สุด	(5) 8	3.75 (0.640)				

* p < 0.05

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียด จากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากงานกับความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความผาสุกในครอบครัว พบว่าอายุ ($r = 0.145$, $p\text{-value} = 0.013$) ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข ($r = 0.157$, $p\text{-value} = 0.008$) จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ($r = 0.172$, $p\text{-value} = 0.004$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว ($r = -0.112$, $p\text{-value} = 0.042$) จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ($r = -0.202$, $p\text{-value} = 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความผาสุกในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	ความผาสุกในครอบครัว			รวม
	ด้านโครงสร้าง	ด้านการดำเนินบทบาท	ด้านความเปราะบาง	
	Pearson Correlation (p-value)			
อายุ	0.100 (0.061)	0.145* (0.013)	0.154* (0.009)	0.145* (0.013)
ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข	0.117* (0.035)	0.136* (0.018)	0.188* (0.002)	0.157* (0.008)
จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย	0.147* (0.012)	0.179* (0.003)	0.136* (0.018)	0.172* (0.004)
จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาต่อเดือน	-0.073 (0.130)	-0.035 (0.296)	-0.063 (0.165)	-0.061 (0.173)
จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว	-0.089 (0.085)	-0.108* (0.048)	-0.109* (0.046)	-0.112* (0.042)
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว	-0.163* (0.006)	-0.170* (0.004)	-0.232* (<0.001)	-0.202* (0.001)

* $p < 0.05$

ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ประกอบด้วย ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผูกพันในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.309, p\text{-value} = <0.001$) ส่วนความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.350, p\text{-value} = <0.001$)

การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน ($r = 0.274, p\text{-value} = <0.001$) และจากเพื่อนร่วมงาน ($r = 0.313, p\text{-value} = <0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานกับความผูกพันในครอบครัว

ตัวแปร	ความผูกพันในครอบครัว			รวม
	ด้านโครงสร้าง	ด้านการดำเนินบทบาท	ด้านความเปราะบาง	
	Pearson Correlation (p-value)			
ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน				
ความต้องการจากงาน	-0.271* (<0.001)	-0.253* (<0.001)	-0.335* (<0.001)	-0.309* (<0.001)
ความสามารถในการควบคุมงาน	0.307* (<0.001)	0.316* (<0.001)	0.338* (<0.001)	0.350* (<0.001)
การสนับสนุนทางสังคม				
จากหัวหน้างาน	0.273* (<0.001)	0.214* (<0.001)	0.267* (<0.001)	0.274* (<0.001)
จากเพื่อนร่วมงาน	0.334* (<0.001)	0.238* (<0.001)	0.289* (<0.001)	0.313* (<0.001)

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาล สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การศึกษาคั้งนี้ตัวแปรตาม คือ ความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ซึ่ง
มีลักษณะของตัวแปรในการวัดระดับอัตราภาค (Interval scale) และตัวแปรอิสระที่จะทำนายความ
ผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข คือ อายุ จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวน
ชั่วโมงทำงานนอกเวลา จำนวนสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว
ความต้องการจากงาน ความสามารถในการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งมีลักษณะของตัวแปรระดับอัตราภาค (Interval
scale) แต่สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติหน้าที่ปัจจุบัน การ
ฝึกอบรมเพิ่มเติม ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความรู้สึกต่อภาระใน
ครอบครัวมีลักษณะเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ซึ่งต้องแก้ไขตัวแปรระดับนาม
บัญญัติด้วยวิธีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy-Coding Variables) ดังตารางภาคผนวกที่ 5 และเมื่อ
พิจารณาตัวแปรอิสระที่นำมาทำนาย พบว่าตัวแปร อายุ และประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการ
สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กันเองสูง คือ $r = 0.805$ จึงตัดตัวแปรอายุออกจากการนำเข้ามาในการ
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน เพื่อป้องกันการเกิด Multicollinearity ซึ่งต้องไม่มี
ตัวแปรอิสระใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (r มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80) ดังตาราง 13

ตาราง 13 เมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. อายุ	1	.021	.324*	-.082	.380*	.805*	.338*	.320*	-.093	.114*	-.198*	-.098	-.109	.012	-.121*	.105	.040	-.044	.145*
2. สถานภาพสมรส		1	-.008	.104	-.045	.085	.091	.038	.014	.152*	-.031	-.129*	-.098	-.137*	.001	.014	-.017	.088	.136*
3. การมีโรคประจำตัว			1	-.114*	.183*	.264*	.074	.124*	-.040	.027	-.054	.153*	.084	.134*	-.054	.022	-.137*	-.069	-.037
4. ระดับการศึกษา				1	.043	-.060	.200*	.138*	.101	-.004	.026	.066	-.034	.151*	.116	.164*	.049	.106	.106
5. การปฏิบัติงานหน้าที่					1	.411*	.236*	.433*	-.059	.081	-.104	-.094	-.054	.073	-.147*	.117*	-.016	.004	.064
6. ประสิทธิภาพการทำงานในศูนย์ฯ						1	.365*	.326*	-.032	.041	-.211*	-.128*	-.125*	-.006	-.154*	.152*	.046	.020	.157*
7. การฝึกอบรมเพิ่มเติม							1	.332*	.008	.125*	-.120*	-.113*	-.109	-.034	-.044	.172*	.091	.144*	.158*
8. จำนวนหน้าที่พิเศษ								1	-.153*	.132*	-.077	.009	-.083	.162*	-.098	.290*	.055	.189*	.172*
9. จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลา									1	-.280*	.077	-.046	.062	-.024	.074	.071	.112*	.104	-.061
10. ความพึงพอใจของรายได้										1	-.088	-.055	-.130*	-.130*	-.068	.083	-.060	.042	.188*
11. ลักษณะครอบครัว											1	.388*	.208*	.159*	.035	.079	.055	.021	.007
12. จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว												1	.250*	.368*	.138*	.071	-.015	.034	-.112*
13. การะในครอบครัว													1	.205*	.084	-.011	-.030	-.027	-.142*
14. จำนวนเหตุการณ์วิกฤต														1	.145*	-.046	-.058	-.089	-.202*
15. ความต้องการจากงาน															1	-.263*	-.113*	-.158*	-.309*
16. ความสามารถในการควบคุมงาน																1	.403*	.429*	.350*
17. แรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน																	1	.515*	.274*
18. แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน																		1	.313*
19. ความผูกพันในครอบครัว																			1

* p < 0.05

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์การทำนายสหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

ขั้นตอนที่	ตัวแปรที่เข้าสมการ	R	R^2	R^2 change	F
1	16	0.350	0.123	0.123	33.108*
2	16,15	0.416	0.173	0.050	24.682*
3	16,15,18	0.449	0.201	0.029	19.767*
4	16,15,18,10	0.473	0.224	0.022	16.841*
5	16,15,18,10,14	0.490	0.240	0.016	14.712*

* $p < 0.05$

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขตามลำดับขั้น มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการอันดับแรก คือ ความสามารถในการควบคุมงาน สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 12.3 ($R^2 = 0.123$)

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความต้องการจากงานเข้าไป สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.0 (R^2 change = 0.050)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.8 (R^2 change = 0.028)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.3 (R^2 change = 0.023)

ขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปรจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.6 (R^2 change = 0.016) ดังตาราง 14

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ความสามารถในการควบคุมงาน	0.239	0.076	0.205	3.157*	0.002
ความต้องการจากงาน	-0.210	0.063	-0.199	-3.323*	0.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.139	0.050	0.176	2.778*	0.006
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	0.203	0.088	0.133	2.307*	0.022
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว	-0.083	0.037	-0.131	-2.244*	0.026
ค่าคงที่ = 3.195	$R^2 = 0.240$				
F = 14.712*	p-value = <0.001				

* p < 0.05

ดังนั้นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนความพึงพอใจในครอบครัวได้ร้อยละ 24.0 ($R^2 = 0.240$, $F = 14.712$, $p = <0.001$) เมื่อพิจารณานำหนักและทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เป็นบวก คือ ความสามารถในการควบคุมงาน (Beta = 0.205) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (Beta = 0.176) และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (Beta = 0.133) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เป็นลบ คือ ความต้องการจากงาน (Beta = -0.199) และจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว (Beta = -0.131) ดังตาราง 15 โดยมีสมการ ดังนี้

ความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข = 3.195 + 0.239 (ความสามารถในการควบคุมงาน) - 0.210 (ความต้องการจากงาน) + 0.139 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน) + 0.203 (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว) - 0.083 (จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาล
สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเสนอการอภิปรายผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว ข้อดีของการศึกษานี้ คือสามารถศึกษาปัจจัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาสำหรับการตอบสนองมาตรฐานได้หลายปัจจัยพร้อมกัน สามารถดำเนินการได้โดยสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย แต่ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล (Daniel, 2005) ได้จำนวน 204 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เป็น 245 คน การเลือกตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมดของกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง จึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ โดยการเลือกจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับจำนวนพยาบาลสาธารณสุขทั้งหมดในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข รวมได้จำนวนพยาบาลสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 250 คน จากทั้งหมด 507 ราย จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเรียบร้อยครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้จำนวนประชากรตัวอย่างจำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 95.6 ซึ่งจำนวนดังกล่าวไม่น้อยไปกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงสามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ และมีขนาดที่เหมาะสมในงานวิจัยครั้งนี้

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (Self report) แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ประสิทธิภาพการทำงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ ความพึงพอใจของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว ภาระในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) ตามแนวคิด Demand-Control Model ของการาราสค (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) แปลเป็นไทยโดย อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (Buapetch, 2008) แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ ด้านความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน จำนวน 33 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากการทำงาน = 0.83 ในด้านความต้องการจากงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.70 และด้านความสามารถในการควบคุมงานได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ วราภรณ์ อมรเพชรกุล ตามแนวคิดของ ธอยส์ (Thoits, 1986) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร จำนวน 21 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน = 0.96 และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.95

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกในครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถาม

ความเครียดในครอบครัวที่เขาสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นไทยโดย บุญหา ภูษะคราม (2533) แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านโครงสร้างของครอบครัว ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว และด้านความเปราะบางของครอบครัว มีจำนวน 46 ข้อ แบบสอบถามความผาสุกในครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.94 ด้านโครงสร้างครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.87 ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.82 และด้านความเปราะบางของครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.83

แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด มีการนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเนื้อหาของความเป็นปรนัยโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แล้วพบว่าแบบสอบถามบางข้อมีค่าความสัมพันธ์ระดับต่ำ จึงนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยศึกษาจากความสอดคล้องภายในของข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนโดยรวมตามขั้นตอนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจึงมีคุณภาพเพียงพอในการวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ทำให้คำตอบที่ได้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากขึ้น

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสาธารณสุข จึงสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถามได้เป็นอย่างดี และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอ่านทำความเข้าใจสาระของข้อคำถามด้วยตนเอง และตอบจากความรู้สึกที่แท้จริงโดยไม่จำกัดเวลา มีอิสระในการตอบทำให้ปราศจากอคติ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และคลาดเคลื่อนน้อย

1.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

เปรียบเทียบความผาสุกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวต่างกัน ในกรณีที่ตัวแปรอิสระมี 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test ในกรณีที่ตัวแปรอิสระมีมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe)

ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ด้วย

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) เนื่องจากตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรที่มีค่าคะแนนเป็นเชิงปริมาณ การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน ทำให้ทราบถึงขนาดความสัมพันธ์และทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม

หาค่าความสามารถในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้ค่าคะแนนดิบในการคำนวณเนื่องจากมีค่าคะแนนระดับอัตราภาค (Interval scale) ในส่วนของข้อมูลที่เป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) จะทำการแก้ไขตัวแปรโดยวิธีสร้างตัวแปร (Dummy-Coding Variables) แล้วนำเข้าสมการ จึงทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้อย่างครอบคลุม โดยมีการเลือกตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจากขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับ ดังนั้นการพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตัวแปรที่เข้าสมการจึงควรเรียงตามลำดับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดก่อนจนถึงน้อยที่สุดตามลำดับ

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 51.9 โดยเฉลี่ย 46.3 ปี แตกต่างจากการศึกษาของ กรรณิการ์ คูประสิทธิ์ (2550) ที่พบช่วงอายุของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.7 โดยเฉลี่ย 35.6 ปี และการศึกษาของ ทิพากร สายเพชร (2551) ศึกษาพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ที่พบกลุ่มอายุมากที่สุด คือ 30-39 ปี ร้อยละ 49.7 เช่นเดียวกับ มณีกานต์ สุภาเส (2551) ศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง พบกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 56.7 โดยเฉลี่ย 36.94 ปี ทั้งนี้เนื่องจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครไม่มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายมาสำนักอนามัย (ร้อยละ 84.9) โดยจำนวนปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 1-7 ปี ร้อยละ 40.2 จึงทำให้พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มากกว่างานวิจัยอื่น

สถานภาพสมรสมากกว่าครึ่งเป็นคู่และสามีอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 69.9 ส่วนสถานภาพสมรสคู่แต่สามีแยกกันอยู่อาศัยเพราะต้องไปทำงานต่างจังหวัด ร้อยละ 9.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เชี่ยวศิริถาวร (2546) และ กรรณิการ์ คุประสิทธิ์ (2550) พบผู้มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 61.0 และ 53.3 แตกต่างจากการศึกษาของ กัญญาวิณ์ สุวิทย์วรกุล (2550) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบผู้มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด ร้อยละ 56.4 ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัยส่วนใหญ่สมรสแล้วและต้องการมีเวลาการทำงานตรงกับสมาชิกในครอบครัว จึงทำเรื่องโอนย้ายมาปฏิบัติงานในสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงพบกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากกว่างานวิจัยอื่น

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.6 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาขั้นต่ำของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน และการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เชี่ยวศิริถาวร (2546) มณีกานต์ สุภาเส (2551) และ ทิพากร สายเพชร (2551) พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานพยาบาล ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 48.1 โดยเฉลี่ย 22.8 ปี ถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะความชำนาญและมีการสั่งสมประสบการณ์ในการทำงานพอสมควร เมื่อมีปัญหาจึงมีข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ มีความสามารถในการวิเคราะห์และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และมีอิสระในการทำงานโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของตน

การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลครอบครัว ร้อยละ 58.2 รองลงมา เป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 11.3 น้อยที่สุดคือ หัวหน้าพยาบาล ร้อยละ 9.6 ทั้งนี้เนื่องจากงานของศูนย์บริการสาธารณสุขจะเน้นในการทำงานเชิงรุก ที่มีจำนวนพยาบาลครอบครัวมากกว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่อื่นๆ ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลครอบครัวมากที่สุด การฝึกอบรมเพิ่มเติมส่วนใหญ่พบว่าเคยได้รับ ร้อยละ 65.7 เนื่องจากปัจจุบันผู้บริหารมีการสนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาต่อเนื่องหรือการฝึกอบรมทางวิชาการมากขึ้น โดยเป็นการศึกษาเฉพาะทางมากที่สุด ร้อยละ 29.3

หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ส่วนใหญ่จะได้รับ ร้อยละ 81.6 โดยพบว่าเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 57.3 เนื่องจากสำนักอนามัยได้นำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานการบริการศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Center Accreditation: HCA) มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยเริ่มดำเนินการนำร่องในศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 10 แห่ง (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2548) และมีการขยายใช้มาตรฐานการบริการศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2551 จึงพบว่าบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดของศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับมอบหมายหน้าที่โดยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด ส่วนจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ส่วนใหญ่จะได้รับมอบหมาย จำนวน 1-2 คณะ ร้อยละ 56.9 ที่น้อยที่สุด จำนวน 7-8 คณะ ร้อยละ 0.4 ซึ่งจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนประสบการณ์การทำงานที่อยู่ภายในศูนย์บริการสาธารณสุข

การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 85.4 และปฏิบัติงานภายในสำนักอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 79.5 มีส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการทั้งภายในและภายนอกสำนักอนามัย ร้อยละ 4.6 ส่วนจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานนอกเวลาต่อเดือน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระหว่าง 2-16 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 49.4 รองลงมาปฏิบัติงาน จำนวนระหว่าง 17-32 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 25.1

รายได้ส่วนบุคคล ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.9 (\bar{x} = 31,643.8, S.D. = 8,824.5) รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,001 – 60,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.3 (\bar{x} = 68,898.9, S.D. = 42700.7) ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสม ร้อยละ 66.1 มีส่วนน้อยที่มีความคิดเห็นว่ารำได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สินร้อยละ 2.5 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 50.2 โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.8 รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 11.7 ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กูประสิทธิ์ (2550) ที่พบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีโรคประจำตัวร้อยละ 49.0 แตกต่างจากการศึกษาของ ทิพากร สายเพชร (2551) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก พบกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.0 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของสำนักอนามัย มีอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.4 ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากขึ้น (จุฑามาศ จันทร, 2543) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่างานวิจัยอื่น

ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.2 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4 - 6 คน ร้อยละ 64.9 โดยเฉลี่ย จำนวน 4.1 คน

การมีสมาชิกป่วยในครอบครัว พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีคนป่วยในครอบครัว ร้อยละ 61.1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี โดยจะมีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกายในทางที่เสื่อมลง และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้น (Eliopoulos, 1997) จึงพบว่ามีครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกป่วย โดยครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกป่วย ระหว่าง 1 - 2 คน ร้อยละ 54.0 ในด้านความรู้สึกรู้สึกต่อภาระในครอบครัว ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลระดับน้อย ร้อยละ 33.1

เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว พบว่าไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 59.0 ส่วนอีกร้อยละ 41.0 มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ซึ่งเหตุการณ์วิกฤตที่ครอบครัวส่วนใหญ่เผชิญ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คือ การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 27.6 รองลงมามีสมาชิกตกงาน ร้อยละ 8.8 ส่วนจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 29.7 น้อยที่สุดคือ จำนวน 4 เหตุการณ์ ร้อยละ 0.4

ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองไม่มีภาระผูกพันเป็นหนี้สิน ร้อยละ 46.0 รองลงมาเป็นบ้านของตนเองอยู่ในระหว่างเช่าซื้อหรือผ่อน ร้อยละ 33.1

2.2 ตัวแปรอิสระ

2.2.1 ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน พิจารณาจาก 2 องค์ประกอบ ดังนี้

2.2.1.1 ความต้องการจากงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง
 ร้อยละ 52.7 ($\bar{x} = 3.03, S.D. = 0.48$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขเป็นอาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพและชีวิตผู้อื่น มีความรับผิดชอบในงานสูง และมีภาระงานที่หนัก โดยมีการทำงานที่กดดันด้านเวลาสูง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าความต้องการจากงานเป็นตัวแปรสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานและตัวบุคคล ซึ่ง เอสคริบา-แอคเกอร์ และเปอร์เรส-โฮยอส (Escriba-Aguir & Pérez-Hoyos, 2007) ศึกษาพบว่าความต้องการจากงานที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้

เมื่อแยกแยะด้านพบว่า ความต้องการจากงานด้านความกดดันด้านเวลามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.13, S.D. = 0.61$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขต้องให้บริการทั้งเชิงรับ และเชิงรุกออกสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องมีการออกหน่วยปฐมพยาบาล การจัดโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการรณรงค์เพื่อควบคุมโรคระบาดต่างๆ เพื่อไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายจนเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งงานดังกล่าวต้องมีการตอบสนองอย่างเร่งด่วน นอกจากนั้นยังมีงานตามนโยบายเร่งด่วนต่างๆ ที่สั่งการลงมา เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขจะเป็นหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ในพื้นที่ โดยมีกองต่างๆ ที่ทำงานด้านวิชาการของสำนักอนามัยเป็นหน่วยงานคิดค้นงานและนโยบาย ซึ่งต้องผ่านหลายขั้นตอนกว่าคำสั่งต่างๆ จะมาถึงศูนย์บริการสาธารณสุขก็ใช้เวลานาน จึงพบว่าเหลือระยะเวลาในการทำงานสั้นลง จะเห็นได้จากคำถาม ท่านเร่งรีบ

ปฏิบัติงานเพื่อให้เสร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ในแผน ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.88) ท่านมีเวลาเหลือที่จะทำงานด้านอื่น ($\bar{x} = 2.28$, S.D. = 1.06) และท่านมีเวลาเพียงพอในการทำงานที่รับผิดชอบ ($\bar{x} = 2.93$, S.D. = 1.04) หรืออาจเนื่องมาจากลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานและไม่สามารถบริหารเวลาที่จะใช้ในการทำงานแต่ละเรื่องให้สำเร็จตามเป้าหมาย จึงต้องทำงานอย่างเร่งรีบจนไม่เหลือเวลาทำงานด้านอื่นๆ รองลงมาเป็นความต้องการจากงานด้านความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 3.07$, S.D. = 0.47) เพราะถึงแม้คำถามการกำหนดบทบาทหน้าที่ในองค์กรชัดเจน ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.90) จะอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการที่สำนักอนามัยมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อให้อผ่านการรับรองคุณภาพ (HCA) จึงทำให้มีความชัดเจนในเรื่องนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงาน มีการจัดทำมาตรฐานต่างๆ ของงานบริการพยาบาลมากขึ้น จึงทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพงานทั้งด้านความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีตามมา แต่ขณะเดียวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขก็ทำให้พยาบาลสาธารณสุขมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานด้านเอกสาร และการเป็นคณะกรรมการต่างๆ ที่จะทำให้องค์กรบรรลุถึงเป้าหมาย จะเห็นได้จากคำถามท่านไม่ต้องทำงานอื่นนอกเหนือจากงานที่ท่านรับผิดชอบ ($\bar{x} = 1.98$, S.D. = 0.93) และคำถามท่านได้รับมอบหมายงานนอกเหนือจากงานที่ท่านรับผิดชอบ ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.90) ส่วนความต้องการจากงานด้านที่น้อยที่สุด คือด้านภาระงาน ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 0.69) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ รัตนา เชื้อศิริถาวร (2546) พบว่าภาระงานมีค่าเฉลี่ย 3.60 แต่เมื่อแยกคำถามรายชื่อด้านภาระงาน พบว่าชื่อที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง คือปริมาณงานที่ทำมีมากจนไม่รู้จะเริ่มทำอะไรก่อน ($\bar{x} = 3.19$, S.D. = 1.06) และรู้สึกว่างงานที่ทำมีมากจนเกินความสามารถที่มีอยู่ ($\bar{x} = 3.18$, S.D. = 1.10) จนต้องทำงานมีดค้ำ หรือนำกลับมาทำที่บ้าน ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 1.30) นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับปริมาณงาน จะเห็นได้จากคำถามว่างงานที่ท่านทำมีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน ($\bar{x} = 2.49$, S.D. = 1.03) อย่างไรก็ตามดังที่ คาราเสกและธีโอเรล (Karasek & Theorell, 1990) กล่าวว่า ปัจจัยด้านความต้องการจากงานแต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถตัดคืนความเครียดจากการทำงานได้ ยังมีปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุมงานที่ร่วมในการตัดคืนความเครียดจากการทำงานด้วย

2.2.1.2 ความสามารถในการควบคุมงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ

97.5 ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.43) สูงกว่าการศึกษาของ รัตนา เชื้อศิริถาวร (2546) มีค่าเฉลี่ย 3.69 ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานยาวนาน จึงทำให้ความสามารถในการควบคุมงานสูง โดยเฉพาะในการใช้ทักษะการพยาบาล ซึ่งพยาบาลได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาโดยตลอด

เมื่อแยกรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน ($\bar{x} = 4.04, S.D. = 0.47$) มีค่าสูงกว่าการมีอำนาจตัดสินใจในงาน ($\bar{x} = 3.47, S.D. = 0.51$) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน โดยในด้านการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงานมีค่าคะแนนสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารได้สนับสนุนให้พยาบาลพัฒนาสร้างสรรค์ผลการปฏิบัติงาน มีอิสระ มีโอกาสในการปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร และจากนโยบายของศูนย์บริการสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยเน้นให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ตลอดจนสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขต้องใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่รวมถึงการมีอิสระในการปฏิบัติงานที่มีความสอดคล้องกับความรู้ทางวิชาชีพ จะเห็นได้จากคำถาม ท่านต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ($\bar{x} = 4.16, S.D. = 0.77$) งานที่ท่านทำต้องใช้ทักษะและความชำนาญสูง ($\bar{x} = 4.13, S.D. = 0.74$) ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน ได้ตามบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{x} = 3.95, S.D. = 0.82$) และท่านไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลด้วยวิจรรณญาณของตนเอง ($\bar{x} = 1.77, S.D. = 0.88$) ซึ่งการที่พยาบาลมีอิสระในการใช้ทักษะทำงานจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานในวิชาชีพได้อย่างเต็มศักยภาพ (Catalano, 1994) ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงควมมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตน นอกจากนี้ในด้านการมีอำนาจตัดสินใจในงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารของหน่วยงานจะให้ความสำคัญกับตัวบุคคลในองค์กรมากขึ้น จึงเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจและมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้จากคำถามรายชื่อ ท่านมีอำนาจตัดสินใจว่าจะทำงานโดยวิธีใด ($\bar{x} = 3.71, S.D. = 0.90$) ท่านมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นในการพิจารณาเกี่ยวกับนโยบายขององค์กร ($\bar{x} = 3.20, S.D. = 1.00$) และท่านไม่มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน ($\bar{x} = 2.15, S.D. = 0.92$) จึงพบว่าพยาบาลสาธารณสุขมีความสามารถในการควบคุมงานสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ โคฟเนอร์และคณะ (Kovner et al., 2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่าการมีอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลมีประสิทธิภาพ

เมื่อนำตัวแปรความต้องการจากงานและความสามารถในการควบคุมงานมาพิจารณาแยกกลุ่มตามแนวคิดของคาราสค พบว่าพยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มขยันขันแข็ง ร้อยละ 51.5 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความเครียดระดับต่ำ ร้อยละ 48.5 และกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 4.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี (Lee, 2003) พบว่าพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิประเทศฮ่องกง มีความเครียดระดับต่ำถึงปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของ ทิพากร สายเพชร พบว่าพยาบาล

วิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 41.8 (2551) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีอายุเฉลี่ยต่างกัน โดยพยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัยเป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า ซึ่งการมีอายุมากย่อมมีประสบการณ์ในการตัดสินใจสูงกว่ากลุ่มคนอายุน้อย นอกจากนั้นจากแนวคิดของ คาราเสก ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงาน (Job strain hypothesis) และทฤษฎีการเรียนรู้ในเชิงรุก (Active learning hypothesis) โดยทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงาน จะแบ่งบุคคลเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเครียดต่ำ และกลุ่มที่มีความเครียดสูง สำหรับทฤษฎีการเรียนรู้ในเชิงรุก จะแบ่งบุคคลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉื่อยชา และกลุ่มขยันขันแข็ง สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะพบว่าพยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มขยันขันแข็ง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความต้องการจากงาน และความสามารถควบคุมการทำงานระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ คาราเสกและธีโอเรล (Karasek & Theorell, 1990) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขยันขันแข็ง

2.2.2 การสนับสนุนทางสังคม พิจารณาจาก 2 แหล่ง ดังนี้

2.2.2.1 การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน

จากการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลข่าวสารมีค่าคะแนนสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.73) โดยพบข้อคำถามที่หัวหน้างานให้การสนับสนุนในระดับสูง ได้แก่ การสนับสนุนให้ได้รับการอบรม ประชุมวิชาการและศึกษาเพิ่มเติม การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาในการทำงาน การให้ข้อมูลแก่ผู้ได้บังคับบัญชาในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพเพื่อความก้าวหน้า การวิเคราะห์ปัญหาในการทำงานร่วมกัน และการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ทันต่อเหตุการณ์และเป็นประโยชน์ ส่วนข้อคำถามที่ให้การสนับสนุนในระดับปานกลาง คือ การแนะแหล่งประโยชน์ในการค้นคว้าข้อมูลเพื่อทำงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สังคม ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.77) มีคะแนนรองลงมา โดยข้อคำถามที่หัวหน้างานให้การสนับสนุนในระดับสูง ได้แก่ การยกย่องให้เกียรติ การให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง มีการซื้อของฝากเมื่อเดินทางไปต่างถิ่น และการรับฟังความคิดเห็นในการทำงาน รวมถึงการแสดงความคิดเห็นเมื่อทำในสิ่งที่ถูกต้อง และให้อภัยเมื่อผู้ได้บังคับบัญชาทำงานผิดพลาด ส่วนคำถามที่หัวหน้างานให้การสนับสนุนในระดับปานกลาง คือ การแสดงความห่วงใยโดยสนใจซักถามถึงปัญหาในการทำงาน การให้กำลังใจเมื่อมีปัญหาในเรื่องส่วนตัว และการนัดพบปะสังสรรค์กันในโอกาสพิเศษต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีค่าคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.48, S.D. = 0.84$) โดยข้อคำถามที่หัวหน้างานให้การสนับสนุนในระดับสูง ได้แก่ การจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการทำงาน การจัดมุมทำงานให้เป็นส่วนตัว และการดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ได้บังคับบัญชาเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ ส่วนข้อคำถามที่หัวหน้างานให้การสนับสนุนในระดับปานกลาง ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือในด้านแรงงานเมื่อขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน การแบ่งเบาภาระงาน และการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

แต่อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.0 ($\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.72$) สอดคล้องกับการศึกษาของเจนกินส์และอิลเลียต (Jenkins & Elliott, 2004) พบว่าในกลุ่มพยาบาลมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 49.80 ทั้งนี้เนื่องจากระบบการบริหารภายในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีลำดับชั้นการบริหารงานที่สั้นและชัดเจน ทำให้หัวหน้างานสามารถติดตามและคอยช่วยเหลือการปฏิบัติงานของพยาบาลได้รวดเร็ว การติดต่อประสานงานกันได้ง่ายและทั่วถึง โดยหัวหน้างานจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาที่เฝ้าดูการปฏิบัติงาน เมื่อผู้ปฏิบัติงานต้องการทราบทิศทางหรือการสนับสนุนก็สามารถให้คำปรึกษาชี้แนะให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เอื้อต่อคุณภาพของงาน รวมถึงประสบการณ์การทำงานของพยาบาลภายในศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเฉลี่ย 15.6 ปี จึงทำให้สัมพันธภาพกับหัวหน้างานมีความแน่นแฟ้นเกิดเป็นความไว้วางใจและเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน จึงได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานในระดับสูง

2.2.2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สังคมสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.94, S.D. = 0.64$) โดยข้อคำถามที่เพื่อนร่วมงานให้การสนับสนุนในระดับสูง ได้แก่ การยกย่องให้เกียรติ การให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง การซื้อของฝากเมื่อเดินทางไปต่างถิ่น การรับฟังความคิดเห็นในการทำงาน การแสดงความห่วงใยโดยสนใจซักถามถึงปัญหาในการทำงาน การให้กำลังใจเมื่อมีปัญหาในเรื่องส่วนตัว การแสดงความชื่นชมเมื่อทำในสิ่งที่ถูกต้อง และการให้อภัยเมื่อเพื่อนร่วมงานทำงานผิดพลาด ส่วนการสนับสนุนในระดับปานกลาง คือ การนัดพบปะสังสรรค์กันในโอกาสพิเศษต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 3.88, S.D. = 0.70$) มีคะแนนรองลงมา โดยข้อคำถามทุกข้อในด้านนี้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับสูงทั้งหมด ได้แก่ การสนับสนุนให้ได้รับการอบรม ประชุมวิชาการและศึกษาเพิ่มเติม การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาในการทำงาน การให้ข้อมูลในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ

เพื่อความก้าวหน้า การวิเคราะห์ปัญหาในการทำงานร่วมกัน การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ทันต่อเหตุการณ์และเป็นประโยชน์ การแนะแหล่งประโยชน์ในการค้นคว้าข้อมูลเพื่อทำงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.77) โดยข้อคำถามที่เพื่อนร่วมงานให้การสนับสนุนในระดับสูง ได้แก่ การจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการทำงาน การจัดมุมทำงานให้เป็นส่วนตัว การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ การช่วยเหลือด้านแรงงานเมื่อขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน การแบ่งเบาภาระงาน ส่วนการสนับสนุนในระดับปานกลาง คือ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

แต่อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.9 ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.64) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลต้องมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จึงได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงาน และพยาบาลสาธารณสุข ของสำนักอนามัย ไม่ได้ทำงานเพียงคนเดียวแต่มีการทำงานเป็นทีม ซึ่งอาจเป็นทีมพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน จึงทำให้พยาบาลได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน คอยเป็นกำลังใจเพื่อนำไปสู่การลดภาวะเครียดในการทำงาน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมจากการทำงานที่มีส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเผชิญกับความต้องการจากงานได้มากขึ้น (Johnson, 1998) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานจะช่วยให้ทำงานได้อย่างมีความสุข เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บรรเทาความเครียดในชีวิต โดยทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นคนที่รักของผู้อื่น มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนร่วมงานทำให้ไม่สามารถผสมผสานงานในความรับผิดชอบได้ ขาดผู้ให้คำปรึกษาที่เข้าใจและมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความเครียด (Cooper, 1987) รวมถึงประสบการณ์การทำงานภายในศูนย์บริการสาธารณสุข ของพยาบาลสาธารณสุขโดยเฉลี่ย 15.6 ปี จึงทำให้สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานมีความแน่นแฟ้นเกิดเป็นความไว้วางใจและเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน จึงได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับสูง

2.3 ตัวแปรตาม

จากคำถามการวิจัยที่กำหนดไว้ในบทที่ 1 ว่าความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย สังกัดกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความพึงพอใจในครอบครัว พบว่า ด้านความเปราะบางในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 0.60) แสดงว่าครอบครัวมีความ

เปราะบางต่ำ ซึ่งหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้จากคำถามด้านอาการทางกายที่มีผลจากจิต ได้แก่ การมีปัญหานอนหลับยาก อาการปวดศีรษะ รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร รู้สึกกระสับกระส่าย หงุดหงิด และรู้สึกปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและไหล่ รวมถึงความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ที่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่มีความเครียด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากครอบครัวมีระดับโครงสร้างซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัวดี จึงสามารถทำให้ความเครียดในครอบครัวบรรเทาเบาบางลง อาการทางกายเนื่องมาจากจิตใจจึงไม่รุนแรง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวด้านโครงสร้างของครอบครัว ($\bar{x} = 4.15, S.D. = 0.56$) สูงรองมาจากด้านความเปราะบางในครอบครัว อธิบายได้ว่าครอบครัวมีแรงสนับสนุนในครอบครัว ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัว ความรักใคร่ห่วงใยกัน ตลอดจนการพึ่งพาอาศัยในครอบครัว หากสมาชิกคนใดคนหนึ่งได้รับความทุกข์ ประสบความเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นจะรู้สึกได้รับผลกระทบและรู้สึกเป็นทุกข์ด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากข้อคำถามที่ทำให้มีความพึงพอใจในระดับสูง เช่น เมื่อมีปัญหาสมาชิกในครอบครัวจะพุดจากกันโดยไม่ใช้ความรุนแรง สมาชิกในครอบครัวแสดงความยินดีกับความสำเร็จในอาชีพของพยาบาล สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือและเป็นปากเสียงแทนเมื่อมีปัญหากับบุคคลภายนอก สมาชิกให้ความช่วยเหลือภาระงานภายในบ้าน และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีเมื่อมีคนเจ็บป่วยในครอบครัว ส่วนในด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัวมีคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{x} = 4.07, S.D. = 0.52$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลสาธารณสุขต้องบริหารจัดการบทบาทของตนทั้งในงานและครอบครัว จึงรู้สึกว่าบทบาทนั้นมีมากเกินไป และเกิดความขัดแย้งในบทบาท จะเห็นได้จากคำถามที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง เช่น ความคิดของท่านและครอบครัวแตกต่างกันในสิ่งที่ท่านคิดว่าควรจะทำแต่ครอบครัวคิดว่าไม่ควรทำ สมาชิกในครอบครัวคาดหวังให้ท่านแสดงบทบาทที่ดีกว่านี้ และครอบครัวคาดหวังให้ท่านทำสิ่งต่างๆ ในบ้านที่มากกว่าที่ท่านสามารถทำได้ สำหรับด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัวแม้จะพบว่าความขัดแย้งในบทบาทและบทบาทหนักเกินไปมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างกลับมีคะแนนการมีส่วนร่วมในบทบาท และการเตรียมพร้อมในบทบาทมีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะรู้สึกขัดแย้งในบทบาท แต่ก็มีการเตรียมพร้อมในการกระทำบทบาท และมีส่วนร่วมในการกระทำบทบาทในครอบครัวแต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ค่าคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวด้านการดำเนินบทบาทจะต่ำกว่าด้านอื่นๆ แต่เกณฑ์คะแนนก็ยังคงอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในครอบครัวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.1 ($\bar{x} = 4.12, S.D. = 0.51$) สอดคล้องกับการศึกษาของเจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) พบว่าผู้หญิงที่ทำงานมีความพึงพอใจในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 66.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ

30.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของธิติยา อุปมา (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการปฏิบัติงานกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลร้อยละ 57.3 มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2551) พบว่าบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 52.76 และจุฑารัตน์ เต็งรัตนประเสริฐและคณะ (2547) พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีความสุขเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 47.6 อธิบายได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพในการให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นผู้มีความรู้ในการจัดการกับความเครียดที่จะส่งผลถึงความผาสุกในครอบครัวได้ดี จึงสามารถแยกความสำคัญของงานที่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวได้

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.145, p\text{-value} = 0.013$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี อุณหวารากร (2549) พบว่าช่วงอายุ 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขมากกว่าช่วงอายุ 15-40 ปี อธิบายได้ว่าผู้ที่อายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิตสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย (Maslach, 1982) และยังช่วยทำให้ความสามารถในการควบคุมงานได้ดี ความเครียดจากการทำงานจึงน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า (Smet et al., 2005) นอกจากนี้บุคคลที่อายุมากจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาได้มากกว่าคนอายุน้อย จึงมีความสามารถในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกกลวิธีในการเผชิญปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นจึงพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความผาสุกในครอบครัวก็จะเพิ่มขึ้นด้วย

2. สถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.182, p\text{-value} = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe) พบว่าพยาบาลสาธารณสุขที่เป็นโสดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกในครอบครัว

($\bar{x} = 3.77$, S.D. = 0.650) ต่ำกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่บ้านเดียวกัน ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.485) และกลุ่มสถานภาพสมรสคู่แต่แยกกันอยู่เพราะการทำงาน ($\bar{x} = 4.43$, S.D. = 0.330) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ คิมและแมคเคนรี (Kim & McKenry, 2002) และอรุณี อุณหะวารกร (2549) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสุขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อธิบายได้ว่าบุคคลที่สมรสแล้วจะมีคนช่วยแบ่งเบาปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ช่วยให้การจัดการกับปัญหาและความขัดแย้งในจิตใจ และช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ หากบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสและบุตร เมื่อมีปัญหาที่จะมีบุคคลที่สามารถระบายให้ฟังได้ ได้รับกำลังใจ ได้รับความรักความห่วงใย และช่วยส่งเสริมกันในทุกด้าน (Diener, 2000) นอกจากนี้ผู้ที่มีครอบครัวกับคนโสดจะให้ความสำคัญของงานและครอบครัวแตกต่างกัน ผู้ที่มีครอบครัวจะไม่ทุ่มเทและยึดงานเป็นสาระสำคัญของชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่มีความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัวด้วย (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) โดยผู้ที่สมรสแล้วจะสามารถผสมผสานงานและครอบครัวให้สอดคล้องกันได้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความสุขในครอบครัวแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มโสดจะมีความสุขในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่บ้านเดียวกัน และกลุ่มสถานภาพสมรสคู่แต่แยกกันอยู่เพราะการทำงาน

3. การมีโรคประจำตัวจะมีความสุขในครอบครัวต่ำกว่าการไม่มีโรคประจำตัว

จากการศึกษาพบว่าการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวของพยาบาลสาธารณสุขจะมีความสุขในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($t = -0.547$, $p\text{-value} = 0.293$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการศึกษาคัดแย้งกับการศึกษาของ บังปอนด์ รักอำนวยกิจ และ พิริยะ ผลพิรุฬห์ (2550) ศึกษาความสุขกายสบายใจของคนเมืองพบว่าการมีสุขภาพร่างกายที่ดีจะทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้น และ จุฑารัตน์ เทพพรบริสุทธิ (2546) ศึกษาพบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงมีความรู้ในการดูแลรักษาตนเองจากการเจ็บป่วยได้ การมีโรคประจำตัวจึงไม่ส่งผลกระทบต่อหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต จึงมีความสุขในครอบครัวไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังที่ เซย์มัวร์ (Seymour, 2003) กล่าวว่า ความสุขมีอิทธิพลมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ รวมทั้งความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต แม้ว่าบุคคลจะมีปัญหาทางสุขภาพ แต่ถ้าสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญกับภาวะโรคได้ก็จะทำให้เกิดความสุขได้ ดังนั้นจึงพบว่าการมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวของพยาบาลสาธารณสุขจะมีความสุขในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

4. ระดับการศึกษาสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำ

จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($t = 1.646, p\text{-value} = 0.051$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ วิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาความสุขของครอบครัวไทย พบว่าผู้นำครอบครัวที่มีการศึกษาสูงทำให้ความสุขของครอบครัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง(Homogenous group) คือ ร้อยละ 87.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่ระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 13.0 ซึ่งเป็นข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับการศึกษา ทำให้ข้อมูลมีการกระจายไม่เพียงพอที่จะแยกให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความผาสุกในครอบครัว จึงพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพิศ สามะศิริ (2550) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงาน และการศึกษาของ สุดฉวีล สืบสายพรหม (2544) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้จะมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

5. การปฏิบัติงานในหน้าที่ปัจจุบันที่แตกต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ปัจจุบันที่ต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($F = 1.398, p\text{-value} = 0.235$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี (Lee, 2003) ศึกษาพยาบาลที่ทำงานในหน่วยปฐมภูมิ พบว่าพยาบาลที่มีตำแหน่งงาน และพื้นที่ทำงานที่แตกต่างกันจะมีความเครียดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ประพิศ สามะศิริ (2550) พบว่าแผนกที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทุกวัย โดยเฉพาะวัยแรงงานที่ต้องรับบทบาทในชีวิตหลายบทบาท จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ยืดหยุ่นกับบทบาทที่ได้รับ สามารถแยกความรับผิดชอบระหว่างงานและครอบครัวไม่ให้อึดอัดซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าลักษณะงานพยาบาลตามหน้าที่ต้องเผชิญกับความเครียด แต่ก็สามารถมีความผาสุกในครอบครัวได้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

6. ประสพการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.157, p\text{-value} = 0.008$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกุล จันทุม (2543) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน เช่นเดียวกับ สุดฉวีล สืบสายพรหม (2544) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าประสพการณ์การทำงานที่แตกต่างกันจะทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขแตกต่างกัน อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานจะมีเพื่อนสนิทมาก และมีความรู้สึกผูกพันทางจิตใจมากขึ้น (Huselid & Day, 1991) และมีความเครียดจากการทำงานน้อยกว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย (Wheeler, 1997) ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ทำงานระยะเวลานานจะเกิดการเรียนรู้และมีประสพการณ์มากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี และมีการนำประสพการณ์ที่สั่งสมมาใช้แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว ดังนั้นจึงพบว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีประสพการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นระยะเวลานานจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงขึ้นด้วย

7. การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ($\bar{x} = 4.18, S.D. = 0.490$) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ($\bar{x} = 4.01, S.D. = 0.518$) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.458, p\text{-value} = 0.008$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ มาลานิตย์ (2542) พบว่าการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นสามารถช่วยในการตัดสินใจ วางแผนงานช่วยลดความเครียดจากการทำงานได้ และการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสมพร เตรียมชัยศรี (2546) พบว่าการมีโอกาสพัฒนาตนเองทำให้มีความผาสุกในครอบครัว แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ภัทธา เผือกพันธ์ (2545) พบว่าการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน อธิบายได้ว่าการฝึกอบรมเป็น

กระบวนการที่จะช่วยพัฒนาความคิด พฤติกรรมและการกระทำที่เหมาะสมในการทำงาน ทำให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และสมรรถภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความคิด การกระทำ ความชำนาญ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี (พยอม วงศ์สารศรี, 2537) การมีความรู้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความกดดันในการทำงาน (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้นั้นเป็นการอบรมเฉพาะเรื่องที่ตรงกับงานก็จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (Booyen, 1993) และช่วยให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ แยกแยะได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดได้ดีขึ้น (ภัทรา เผือกพันธ์, 2545) ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม มีความพอใจในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม

8. จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพอใจในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพอใจในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.172$, $p\text{-value} = 0.004$) ซึ่งเป็นในทางตรงข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าการมีหน้าที่พิเศษโดยเป็นคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นอกเหนือจากงานการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ถึงแม้จะถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นมา แต่ก็หมายถึงการมีอำนาจบารมีมากขึ้นเนื่องจากมีอำนาจในการตัดสินใจในการทำงานจากการเป็นคณะกรรมการมากขึ้น ดังที่ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) กล่าวว่าความพึงพอใจของบุคคลเกิดจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานและการมีอำนาจในงานที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงพบว่าการมีจำนวนหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นจะทำให้ความพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย

9. จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพอใจในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการไม่มีความสัมพันธ์กับความพอใจในครอบครัว ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ โรวิก และคณะ (Rovik et al., 2007) และ คินนูนเนและมูโน (Kinnunen & Mauno, 1998) ศึกษาความเครียดจากการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัว พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวเพิ่มขึ้น

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลูและคณะ (Lu et al., 2006) พบว่าชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว นอกจากนี้ ฟลาย และ บรีอจ (Frye & Breugh, 2004) ยังพบว่าเวลาทำงานสามารถเป็นตัวแปรเพื่อทำนายความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวได้ อธิบายได้ว่าถึงแม้พยาบาลสาธารณสุขจะทำงานนอกเวลาราชการแต่ก็สามารถแบ่งแยกระหว่างการทำงานและครอบครัวได้ และเนื่องจากการปฏิบัติงานนอกเวลาในช่วงเย็นของพยาบาลสาธารณสุขเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ที่สามารถกำหนดตารางเวลาของตนเองได้จึงจะสมัครทำงานในส่วนนี้ ดังนั้นจึงพบว่า การปฏิบัติงานนอกเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว

10. การมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการมีรายได้ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ

จากการศึกษาพบว่าความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่แตกต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.698, p\text{-value} = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างโดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe) พบว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกในครอบครัว ($\bar{x} = 4.21, S.D. = 0.427$) สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ($\bar{x} = 3.90, S.D. = 0.583$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) และ เซดลิวสกี (Zedlewski, 2002) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว เช่นเดียวกับแจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงที่ทำงาน นอกจากนี้ วิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาความสุขของครอบครัวไทย พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้ความสุขของครอบครัวเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย การสันทนาการ และฐานะทางสังคมได้ดี (Palmore & Luikart (1972) และจะช่วยลดการรับรู้ต่อภาวะความเครียดและเพิ่มระดับความผาสุกด้วย (Kinnunen & Mauno, 1998; Jacobs & Gerson, 2001) เพราะหากรายได้ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว จนต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เพิ่มเติม ทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินบทบาทภายในงานและครอบครัว จึงส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว (Swanberg, 2005) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ถือว่าสอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันที่ทุกคนมุ่งหารายได้เพื่อจุนเจือครอบครัวให้เพียงพอกับรายจ่าย ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

เกตุกราย, 2550) จึงมีภาระในครอบครัวเพิ่มขึ้นจนส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในครอบครัว ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวมากจะมีความพึงพอใจในครอบครัวต่ำ

13. การมีภาระในครอบครัวน้อยจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าการมีภาระในครอบครัวมาก

จากการศึกษาพบว่าภาระในครอบครัวที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.910, p\text{-value} = <0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างโดยวิธีเชฟเฟ้ (Scheffe) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขที่ไม่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 4.23, S.D. = 0.493$) สูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.640$) กลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{x} = 4.24, S.D. = 0.439$) สูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับมาก ($\bar{x} = 3.72, S.D. = 0.566$) และระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.640$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ ภูริปริษา (2548) จิราภรณ์ แพร่ต่วน (2543) และศิริรัตน์ อัจฉานนัสสิริ (2545) พบว่าบุคคลที่มีภาระครอบครัวมากจะมีระดับความเครียดสูงกว่าบุคคลที่มีภาระครอบครัวน้อยกว่า นอกจากนี้ จุฑารัตน์ สุคันธรัตน์ (2541) ได้ศึกษาความเครียดของบุคลากร ในโรงพยาบาลตากสิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาระทางครอบครัวต่างกันมีระดับความเครียดแตกต่างกัน อธิบายได้ว่าความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือทางด้านการอุปการะเลี้ยงดูและการเงินของบุคคลต่อครอบครัว ทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลและส่งผลให้เกิดความเครียด ดังที่ คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) กล่าวว่า หากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น ก็หมายถึงมีความพึงพอใจในครอบครัวลดลง ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวระดับน้อยจะมีความพึงพอใจในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวระดับน้อย

14. จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.202, p\text{-value} = 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่รบกวนหรือเปลี่ยนแปลงกลไกของครอบครัวจนทำให้ครอบครัวต้องเสียสมดุล หยุดชะงัก หรือเสียหาย (Boss, 2002) ดังที่ แมคคับบิน และแพทเทอร์สัน (McCubbin & Patterson, 1983) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตของ

ครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความรุนแรงนั้นจะมีสาเหตุจากปัจจัยสถานการณ์มากระตุ้นให้ครอบครัวรู้สึกเครียด อาจเป็นสาเหตุจากภายในหรือภายนอกครอบครัว และเมื่อเกิดขึ้นแล้วครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะกระทบถึงความผาสุกภายในครอบครัว ดังนั้นจึงพบว่าเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวถ้ามีจำนวนมากขึ้นจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวลดต่ำลง

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดย

1. ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.309$, $p\text{-value} = <0.001$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีความต้องการจากงานสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวต่ำ ทั้งนี้ความต้องการจากงานมีองค์ประกอบดังนี้คือ ภาระงาน ความกดดันด้านเวลา และความขัดแย้งในบทบาท อธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีความต้องการจากงานสูง โดยมีภาระงานมาก ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ รวมถึงการทำงานที่ต้องมีการประสานงานกับผู้อื่นหลากหลาย จนบางครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตน ส่งผลให้พยาบาลสาธารณสุขรู้สึกเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ เอสคริบา-แอคเกอร์ และเปอร์เรส-โฮยอส (Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007) ศึกษาผลของงานกับความผาสุกทางใจระหว่างแพทย์และพยาบาล ที่ทำงานในประเทศสเปน พบว่า ความต้องการจากงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่นเดียวกับชอย และเชน (Choi & Chen, 2006) พบว่า ความต้องการจากงานสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มพยาบาลพบว่า ภาระจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ (Walters et al., 1997; รัตนา เขียวศิริถาวร, 2546) และฮ็อก (Hoge, 2009) ได้ศึกษาในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ความกดดันด้านเวลามีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ซึ่งพยาบาลสาธารณสุขเป็นเพศหญิงที่ต้องรับผิดชอบในบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ของผู้หญิงที่หลากหลายทั้งบทบาทในการทำงานที่มีภาวะเครียดและบทบาทอื่นๆ อีกภายในครอบครัว ดังนั้นจึงอาจมีความขัดแย้งทางบทบาทได้ โดยจากการศึกษาของ บาชาราชและคณะ (Bacharach et al., 1991) และ โบยาร์และคณะ (Boyar et al., 2003) พบว่าความขัดแย้งทางบทบาทเป็นสาเหตุสำคัญของความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว (Proost et al., 2004; Grzywacz & Butler, 2005; Voydanoff, 2005; Montgomery et al., 2006; Boyar et al., 2008;

Heponiemi et al., 2008) ซึ่งเมื่อความต้องการจากงานของพยาบาลสาธารณสุขสูงจนส่งผลกระทบต่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว จะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพอร์โรนและคณะ (Perrone et al., 2006) และ ลูและคณะ (Lu et al., 2006) พบว่าความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มสมรสของ เมโยและคณะ (Mayo et al., 2008) พบว่าความต้องการจากงานของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระงานภายในครอบครัวของกลุ่มสหภาพภาระงานภายในครอบครัวของกลุ่มสมรสลดลงจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งความพึงพอใจในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 1988) ดังนั้นจึงพบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

2. ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ($r = 0.350$, $p\text{-value} = <0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีความสามารถในการควบคุมงานสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เชี่ยวศิริถาวร (2546) ศึกษาความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับ วอลเตอร์ส และคณะ (Walters et al., 1997) และเอสคริบา-แอคเกอร์ และเปร์เรส-โฮยอส (Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007) พบว่า ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก นอกจากนั้นยังมีการศึกษาสนับสนุนว่าความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความราบรื่นระหว่างงานและครอบครัว (Grzywacz & Butler, 2005) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับงานที่กระทบต่อครอบครัว (Heponiemi et al., 2008; De Witte et al., 2004) ซึ่งการมีความขัดแย้งของงานที่กระทบต่อครอบครัวจะทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวลดลง (Burke & Vinnicombe, 2005) สอดคล้องกับ เพอร์โรนและคณะ (Perrone et al., 2006) ศึกษาพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว ซึ่งความพึงพอใจในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 1988) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาในกลุ่มสมรสของ เมโยและคณะ (Mayo et al., 2008) พบว่าความสามารถในการควบคุมงานของผู้บริหารโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระงานภายในครอบครัวของกลุ่มสมรส หากภาระงานภายในครอบครัวของ

กลุ่มผลลดลงจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น ดังที่ มิลเลอร์ (Miller, 1971) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย สรุปได้ว่าการใช้ชีวิตระหว่างงานและครอบครัวเป็นไปด้วยความราบรื่นจะเป็นฐานที่ดีสำหรับการใช้ชีวิตด้านอื่น เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสุข ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนว่าความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขในครอบครัว

สมมุติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1. การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.274$, $p\text{-value} = <0.001$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานสูงจะมีความสุขในครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์รี่และคณะ (Terry et al., 1993) วอลเตอร์สและคณะ (Walters et al., 1997) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในงานจะช่วยเพิ่มความสนุกสนานทางใจ ดังที่พล็อตนิค (Plotnik, 1989) กล่าวว่า แรงสนับสนุนเป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทางที่ดี ระดับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยหาหนทางที่ช่วยเพิ่มการควบคุมทางอารมณ์ และการควบคุมความเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอสคริบา-แอคเกอร์ และเปร์เรส-โฮยอส (Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007) ฟิมพ์ทอง แจ็กจันทิก (2542) ลินโฮล์ม (Lindholm, 2006) และพาร์ค (Park, 2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและความสุข นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจในครอบครัว (Carlson & Perrewé, 1999; Frye & Breugh, 2004; Karatepe & Uludag, 2008) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยให้พยาบาลสามารถควบคุมงานและปัญหาทางครอบครัวได้ (Thomas & Ganster, 1995) และยังช่วยเพิ่มการรับรู้การทำหน้าที่ในครอบครัวได้อีกด้วย (Thompson, Kirk & Brown, 2005) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขในครอบครัว

2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.313, p\text{-value} = <0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าพยาบาลสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานระดับสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหงและคณะ (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานต่ำจะส่งผลให้มีภาวะวิกฤตชีวิตยิ่งสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ คิมและคณะ (Kim et al., 2005) ทอมป์สันและคาวาลลาโร (Thompson & Cavallaro, 2007) ซีเกอร์ และไวส์ (Seiger & Wiese, 2009) และพรุสต์และคณะ (Proost et al., 2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานจะช่วยลดความเครียดและความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวในผู้หญิงทำงาน ดังที่ แคปแลน (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวพันในสังคม ซึ่งเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุกขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากงานสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาเมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว โดยสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 24.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.712, p\text{-value} = <0.001$) โดยมีสมการ ดังนี้

ความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข = $3.195 + 0.239$ (ความสามารถในการควบคุมงาน) $- 0.210$ (ความต้องการจากงาน) $+ 0.139$ (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน) $+ 0.203$ (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว) $- 0.083$ (เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว)

อธิบายได้ว่าความสามารถในการควบคุมงาน มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในครอบครัวมากที่สุด โดยเมื่อความสามารถในการควบคุมงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.239 รองลงมาเป็นความต้องการจากงาน โดยเมื่อความต้องการจากงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวลดลง 0.210 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.139 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.203 และเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 เหตุการณ์ จะทำให้คะแนนความพึงพอใจในครอบครัวลดลง 0.083 ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุงตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ โดยส่งเสริมความสามารถในการควบคุมงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน ปรึบลดความต้องการจากงาน โดยเฉพาะความกดดันด้านเวลา รวมถึงการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อลดภาวะเครียดของบุคคลและส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในครอบครัว



ตาราง 16 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของ
พยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย	ผลการทดสอบ สมมติฐาน
สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	
1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว	สนับสนุน
2. สถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน	สนับสนุน
3. การมีโรคประจำตัวจะมีความผาสุกในครอบครัวต่ำกว่าการไม่มีโรคประจำตัว	ปฏิเสธ
4. ระดับการศึกษาสูงจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำ	ปฏิเสธ
5. การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบันที่ต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน	ปฏิเสธ
6. ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกในครอบครัว	สนับสนุน
7. การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับ การฝึกอบรมเพิ่มเติม	สนับสนุน
8. จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก ในครอบครัว	ปฏิเสธ
9. จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลาต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก ในครอบครัว	ปฏิเสธ
10. การมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการมีรายได้ ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ	สนับสนุน
11. ลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีความผาสุกในครอบครัวแตกต่างกัน	ปฏิเสธ
12. จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว	สนับสนุน
13. การมีภาระในครอบครัวมากจะมีความผาสุกในครอบครัวต่ำกว่าการมีภาระ ในครอบครัวน้อย	สนับสนุน
14. จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก ในครอบครัว	สนับสนุน

ตาราง 16 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของ
พยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัย	ผลการทดสอบ สมมติฐาน
<p>สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว 2. ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว 	<p>สนับสนุน</p> <p>สนับสนุน</p>
<p>สมมติฐานข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 	<p>สนับสนุน</p> <p>สนับสนุน</p>
<p>สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และ การสนับสนุนทางสังคมจากงานสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีปัจจัยที่ร่วมทำนาย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความสามารถในการควบคุมงาน 2. ความต้องการจากงาน 3. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน 4. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว 5. เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว 	<p>ร่วมทำนาย</p> <p>ร่วมทำนาย</p> <p>ร่วมทำนาย</p> <p>ร่วมทำนาย</p> <p>ร่วมทำนาย</p>

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล (Daniel, 2005) ได้จำนวน 204 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เป็น 245 คน การเลือกตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมดของกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง โดยมีพยาบาลสาธาณสุขกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 95.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว ภาระในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) ตามแนวคิด Demand-Control Model ของ คาราเสก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) แปลเป็นไทยโดย อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (Buapetch, 2008) แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ ด้านความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานและจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ วราภรณ์ อมรเพชรกุล (2543) ตามแนวคิดของ ทรอยส์ (Thoits, 1986) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกในครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความผาสุกในครอบครัวของ คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) แปลเป็นไทยโดย บุญงา ภูษะคราม (2533) แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านโครงสร้างของครอบครัว ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว และด้านความเปราะบางของครอบครัว มีจำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความผาสุกในครอบครัวด้วยสถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) และหาค่าการทำนายความผาสุกในครอบครัว ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 51.9 รองมาอายุระหว่าง 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.5 กลุ่มที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 25 - 30 ปี ร้อยละ 2.9 ($\bar{x} = 46.3$, S.D. = 7.0) พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 69.9 รองมามีสถานภาพสมรสคู่แต่แยกกันอยู่อาศัยเพราะสามีไปทำงานต่างจังหวัด ร้อยละ 9.6

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีวุฒิกการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.6 โดยหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลครอบครัว ร้อยละ 58.2 รองลงมา เป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 11.3 น้อยที่สุดคือ หัวหน้าพยาบาล ร้อยละ 9.6

ประสบการณ์การทำงานพยาบาลมากที่สุดระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 48.1 ($\bar{x} = 22.8$, S.D. = 7.3) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายมาสำนักอนามัย ร้อยละ 84.9 โดยจำนวนปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนโอนย้ายอยู่ในระหว่าง 1-7 ปี ร้อยละ 40.2 และอยู่ในช่วง 15-22 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 8.8 พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขระหว่าง 15 - 21 ปี ร้อยละ 30.1 ($\bar{x} = 15.6$, S.D. = 8.6)

การฝึกอบรมเพิ่มเติมพบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับ ร้อยละ 65.7 โดยเป็นการศึกษาเฉพาะทางมากที่สุด ร้อยละ 29.3

หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายส่วนใหญ่จะได้รับ ร้อยละ 81.6 โดยพบว่าเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 57.3 รองลงมา เป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการเงิน ร้อยละ 28.0 ส่วนจำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ส่วนใหญ่จะได้รับมอบหมาย จำนวน 1-2 คณะ ร้อยละ 56.9 ที่น้อยที่สุด จำนวน 7-8 คณะ ร้อยละ 0.4

การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 85.4 และปฏิบัติงานภายในสำนักอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 79.5 รองลงมาปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกสำนักอนามัย ร้อยละ 4.6 ส่วนจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานนอกเวลาต่อเดือน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานจำนวนระหว่าง 2-16 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 49.4 รองลงมาปฏิบัติงาน จำนวนระหว่าง 17-32 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 25.1

รายได้ส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.9 ($\bar{x} = 31,643.8$, S.D. = 8,824.5) การมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.2 โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรกระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.8 รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 11.7

รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,001 – 60,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.3 ($\bar{x} = 68,898.9$, S.D. = 42700.7) ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสม ร้อยละ 66.1 ส่วนรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 2.5

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 58.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 64.9 โดยเฉลี่ย จำนวน 4.1 คน มีจำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1-2 คน ร้อยละ 54.0 มีจำนวนบุคคลที่เป็นภาระในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 49.8 โดยเฉลี่ย 1 คน ความรู้สึกต่อภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลระดับน้อย ร้อยละ 33.1

เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 59.0 มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 41.0 ซึ่งเหตุการณ์วิกฤตของครอบครัวที่พบในระยะเวลา 1 ปี

ที่ผ่านมา คือ การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 27.6 รองลงมา มีสมาชิกตกงาน ร้อยละ 8.8 ส่วนจำนวนเหตุการณ์วิกฤตที่ครอบครัวส่วนใหญ่เผชิญ มีจำนวน 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 29.7 น้อยที่สุดคือ จำนวน 4 เหตุการณ์ ร้อยละ 0.4

ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองไม่มีภาระผูกพันเป็นหนี้สิน ร้อยละ 46 รองลงมาเป็นบ้านของตนเองอยู่ในระหว่างเช่าซื้อหรือผ่อน ร้อยละ 33.1

2. ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน

ความเครียดจากการทำงานในด้านความต้องการจากงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.7 ($\bar{x} = 3.03$, S.D. = 0.48) เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่าความกดดันด้านเวลามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.13$, S.D. = 0.61) รองลงมาเป็นด้านความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 3.07$, S.D. = 0.47) และด้านภาระงาน ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 0.69)

ความสามารถในการควบคุมงานระดับสูง ร้อยละ 97.5 ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.43) เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.47) มีค่าสูงกว่าการมีอำนาจในการตัดสินใจในงาน ($\bar{x} = 3.47$, S.D. = 0.51)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานระดับสูง ร้อยละ 54.0 ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.72) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการให้ข้อมูลข่าวสารสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.73) รองลงมาเป็นด้านอารมณ์สังคม ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.77) และด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.84)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานระดับสูง ร้อยละ 66.9 ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.64) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์สังคมสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.64) รองลงมาเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.70) และด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.77) ตามลำดับ

4. ความผาสุกในครอบครัว

ความผาสุกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.1 ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความผาสุกในครอบครัว พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างครอบครัว ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.56) มีคะแนนความผาสุกด้านความเครียดในครอบครัวสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = 0.76) รองลงมาเป็นด้านแรงสนับสนุนภายในครอบครัว ($\bar{x} = 4.31$, S.D. = 0.65) ต่ำที่สุดเป็นความผาสุกด้านการปรับตัวของครอบครัว ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = 0.82)

องค์ประกอบที่ 2 การดำเนินบทบาทในครอบครัว ($\bar{x} = 4.07, S.D. = 0.52$) มีความผาสุกด้านการไม่มีส่วนร่วมในการกระทำบทบาท ($\bar{x} = 4.23, S.D. = 0.63$) สูงที่สุด รองลงมาเป็นการเตรียมความพร้อมในบทบาท ($\bar{x} = 4.13, S.D. = 0.71$) ต่ำที่สุดด้านความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.79$)

องค์ประกอบที่ 3 ความเปราะบางในครอบครัว ($\bar{x} = 4.17, S.D. = 0.60$) มีค่าเฉลี่ยอาการทางกายที่มีผลจากจิต ($\bar{x} = 4.31, S.D. = 0.69$) สูงกว่าความพึงพอใจในชีวิต ($\bar{x} = 4.05, S.D. = 0.66$)

5. การเปรียบเทียบความผาสุกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่าง

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ Independent t-test พบว่า พยาบาลสาธารณสุขที่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัว การมีวุฒิการศึกษาต่างกัน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการหรือไม่ได้ปฏิบัติ และลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือขยาย จะมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ส่วนพยาบาลสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ One way ANOVA พบว่ากลุ่มโสดมีความผาสุกในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่บ้านเดียวกัน) และกลุ่มสถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่เพราะการทำงาน) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพบว่า กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเก็บสะสมจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ความรู้สึกต่อภาระการดูแลพบว่า กลุ่มที่ไม่มีรู้สึกวิตกกังวลจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับมาก และกลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับน้อยจะมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกวิตกกังวลระดับปานกลางและระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความผาสุกในครอบครัว พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับ

มอบหมาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.145, r = 0.157, r = 0.172$ ตามลำดับ) จำนวนสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.112, r = -0.202$ ตามลำดับ) ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ประกอบด้วย ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.309, p\text{-value} = <0.001$) ส่วนความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.350, p\text{-value} = <0.001$)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.274, p\text{-value} = <0.001; r = 0.313, p\text{-value} = <0.001$ ตามลำดับ)

7. ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนความผาสุกในครอบครัวได้ร้อยละ 24.0 ($R^2 = 0.240$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านองค์กร

องค์กรเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรไม่เกิดความเครียดจากการทำงาน ดังนั้นควรให้การสนับสนุนบุคลากร เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานของบุคลากรอย่างมีความสุข อันจะส่งผลไปถึงความผลึกในครอบครัวโดยการส่งเสริมในด้านต่อไปนี้

1. ด้านความสามารถในการควบคุมงาน เนื่องจากเป็นปัจจัยทำนายที่เข้าสมการเป็นอันดับแรก

1.1 ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความสามารถในงานที่สำคัญ ท้าทายความสามารถ มีอิสระในการตัดสินใจทำงาน มีการใช้ทักษะและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน

1.2 ควรปรับปรุงรูปแบบการบริหารให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงานมากขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นและยอมรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับ

2. ด้านความต้องการจากงาน เนื่องจากเป็นปัจจัยทำนายที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สอง

2.1 ควรจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอกับปริมาณงานและความเร่งด่วนของงาน เพื่อให้เกิดความสมดุลของปริมาณงานกับจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน

2.2 ควรหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในการปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการที่มีลักษณะงานแตกต่างกัน เพื่อลดภาระหน้าที่ที่จะส่งผลให้เกิดความเครียดในงานต่างกัน

2.3 ควรกำหนดนโยบายการบริหารงานขององค์กร และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร (Job description) ให้ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการมอบหมายงาน โดยคำนึงถึงการกระจายงานอย่างทั่วถึง

3. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากการทำงาน เนื่องจากเป็นปัจจัยทำนายที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สาม

3.1 ควรสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ควรสร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันภายในองค์กร เพื่อเป็นการลดสถานการณ์ที่สร้างความเครียดแก่บุคลากร โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมในหน่วยงาน เช่น การจัดการแข่งขันกีฬาสร้างสามัคคี การจัดงานสังสรรค์ภายในองค์กร

3.2 ควรให้ความเสมอภาคในการทำงานแก่บุคลากรทุกระดับ หัวหน้างาน

ควรสร้างบรรยากาศในการทำงานให้เป็นกันเองสามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานและไม่เกี่ยวข้องกับงาน และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดจนการทำงานเป็นทีม

3.3 ควรยกย่องชมเชยผู้ที่ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จให้บุคลากรอื่นๆ ในองค์กรได้รับรู้ ซึ่งอาจนำเสนอผลงานที่ประสบความสำเร็จโดยการประกาศยกย่องชมเชย หรือการประกาศเป็นบุคลากรดีเด่นประจำปี เป็นต้น

4. ด้านความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยทำนายที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สี่ ดังนั้นองค์กรควรพิจารณาเพิ่มเงินค่าตอบแทน เงินค่าทำงานล่วงเวลา หรือเงินโบนัสให้บุคลากรตามผลงานที่ทำได้ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานและทำให้บุคลากรมีรายได้เพิ่มขึ้น เพราะรายได้ที่เพียงพอจะทำให้ความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

5. อายุ และประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในครอบครัว หัวหน้างานควรให้ความสนใจผู้ที่อายุน้อย และผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย โดยควรมีการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความเครียดในการทำงาน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือต่อไป

6. ควรสนับสนุนโดยให้ออกาสในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะใหม่ๆ โดยเฉพาะการฝึกอบรมเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้มีความรู้ในการปฏิบัติงานและช่วยลดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากการฝึกอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในครอบครัว

7. ปัจจัยในครอบครัว เช่น การมีสมาชิกป่วย ผู้ที่มีภาระครอบครัวมาก ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในครอบครัว ดังนั้นหัวหน้างานควรแสดงความเห็นใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อให้บุคลากรสามารถเผชิญกับปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

8. ด้านความเครียดจากการทำงาน

8.1 ควรสำรวจกระบวนการทำงานที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงาน โดยร่วมกันในการแก้ไขสาเหตุของปัญหา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลสาธารณสุขเพื่อลดความเครียดจากการทำงาน

8.2 ควรจัดการอบรม และให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องความเครียดจากการทำงาน และการจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกอบรมทักษะจัดการความเครียด เพื่อลดความรุนแรงของความเครียด เช่น จัดทำโครงการพัฒนาความคิดทางบวก การนวดคลายเครียด การฝึก

สมาธิเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต หรือส่งเสริมให้มีมุมมองคลายความเครียดจากการทำงาน อาทิ ห้องส่งเสริมสุขภาพ ห้องออกกำลังกาย ห้องสมุด ห้องสวดมนต์

8.3 ควรติดตามประเมินความเครียดจากการทำงานเป็นระยะ เพราะหากบุคลากรมีความเครียดจากการทำงาน สะสมอยู่นาน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพและประสิทธิภาพการทำงาน

ด้านบุคลากร

1. ควรปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือทัศนคติของตนเองที่มีต่อการทำงาน ขอมรับ และเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าความต้องการจากงานทำให้ความผาสุกในครอบครัวลดลง ซึ่งความต้องการจากงานเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงปริมาณงานมากหรือน้อย ความกดดันด้านเวลาในการทำงาน และความขัดแย้งในบทบาทของตนในการทำงาน

2. ควรจัดสรร แบ่งเวลา หรือจัดแบ่งภาระงานเป็นงานย่อยๆ และเรียงลำดับตามความสำคัญของงาน และความเร่งด่วนของงาน เนื่องจากคำถามในงานวิจัยพบว่าพยาบาลสาธารณสุขรู้สึกว่ามีงานมากจนไม่รู้อะไรจะเริ่มทำก่อนและต้องเร่งรีบเพื่อให้งานเสร็จตามเวลาที่กำหนด

2. ควรพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการทำงานอยู่เสมอ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการควบคุมงานทำให้ความผาสุกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งความสามารถในการควบคุมงาน ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้ทักษะปฏิบัติงาน และความสามารถในการตัดสินใจทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย

3. ควรรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่น สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เป็นมิตรและเป็นกันเองกับเพื่อนร่วมงาน ให้การยอมรับนับถือหัวหน้างานและให้ความสำคัญต่อบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวได้ และยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวด้วย

4. หากเกิดความเครียดทั้งสาเหตุจากครอบครัวหรือจากงาน ควรรู้จักผ่อนคลายความเครียดระบายหรือปรึกษาบุคคลในครอบครัวเพื่อให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ/รับรู้ปัญหาและร่วมกันแก้ไข รวมถึงการปรึกษากับหัวหน้างาน/เพื่อนร่วมงานที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการเผชิญความเครียดหรือปัญหาจากการทำงาน

5. ควรจัดสรรรายรับและรายจ่ายของตนเองให้มีเงินเหลือเพียงพอไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน เพื่อลดภาวะเครียดในครอบครัว เนื่องจากความเพียงพอรายได้ครอบครัวสามารถทำนายความ ผาสุกในครอบครัวได้

6. ควรจัดสรรเวลาของการทำงานกับเวลาที่ให้กับครอบครัวให้สมดุล เพื่อลด ความเครียดจากงานที่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว และทำให้เกิดความสมดุลของชีวิตการทำงาน กับชีวิตครอบครัว เนื่องจากคำถามในการวิจัยพบว่าพยาบาลสาธารณสุขมีปริมาณงานมากจนต้อง ทำงานมีดค้ำหรือนำกลับมาทำที่บ้านซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความผาสุกในครอบครัวในบุคลากรสายงานอื่นๆ ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา งานธุรการ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเนื่องจาก ลักษณะการทำงานแตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานใน โรงพยาบาล หรือสังกัดอื่นๆ ที่มีบริบทการทำงานแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผลการศึกษา สามารถนำไปใช้อ้างอิงกลุ่มประชากรได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์หาองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีผลต่อความผาสุกในครอบครัว ของบุคลากร เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ การเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความอดทนต่อความยากลำบาก

4. ควรมีการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขที่มีความเครียดจากการทำงาน เพื่อดูปัจจัย เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน

5. ควรมีการศึกษาการรับรู้ความผาสุกในครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างพยาบาล สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

FACTORS RELATED TO FAMILY WELL-BEING AMONG PUBLIC HEALTH NURSES IN THE DEPARTMENT OF HEALTH UNDER BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

อรรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์ 5037008 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี, Ph.D.,
พิมสุภาวี่ จันทนะโสทธิ, Ph.D., แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานของมนุษย์ที่อบรมเลี้ยงดู พัฒนาหล่อหลอมบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผาสุกจะสามารถพัฒนาบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม ภาวะเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวไทยด้านการทำบทบาทหน้าที่และสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยพบว่าดัชนีชี้วัดครอบครัวอบอุ่นของประเทศไทยได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 67.9 เป็นร้อยละ 63.4 และ 58.8 ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) และยังพบว่าอัตราการจดทะเบียนหย่าของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.4 คู่ต่อพันครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 4.8 คู่ต่อพันครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2548 และ 4.9 คู่ต่อพันครัวเรือนในปี พ.ศ. 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ผลของการหย่าร้างทำให้สตรีเปลี่ยนบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 27.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2548 และร้อยละ 31.0 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงอายุ

15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 26.5 ล้านคน เป็นผู้ทำงานนอกบ้านถึงร้อยละ 63.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

พยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นสตรีที่ต้องทำงานนอกบ้าน แต่อีกด้านหนึ่งก็เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ต้องมีบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ตามบทบาทของผู้หญิงที่มีความรับผิดชอบสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย การทำงานบ้าน และดูแลความเรียบร้อยภายในครอบครัว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) จากบทบาทที่หลากหลายที่ต้องรับภาระทั้งงานในครอบครัวและงานในอาชีพ บางครั้งการทุ่มเทให้กับการทำงานอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดความกดดัน บางคนต้องลาออกจากงานเพื่อกลับมาดูแลครอบครัวอย่างเดียว ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Grzywacz, Thomas & Antonio, 2007) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบงานและความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นแหล่งที่มาของความเครียด ที่จะส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้หญิงที่ทำงาน โดยโดบีและแคปแลน (Doby & Caplan, 1995) พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลจากงานและครอบครัวจะทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง และผู้ที่มีความเครียดสูงอย่างเรื้อรังในการทำงานจะสัมพันธ์กับการเกิดความไม่พอใจในครอบครัว

ความพอใจในครอบครัว (Family well-being) เป็นกระบวนการดำเนินไปของชีวิตครอบครัวที่เป็นพลวัต มีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความพอใจ ทั้งนี้คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) กล่าวว่าหากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น ก็หมายถึงมีความพอใจในครอบครัวลดลง จากการศึกษาของซาการาและอิโต (Sagara & Ito, 2006) พบว่าหากภรรยาทำงานนอกบ้านแบบเต็มเวลา สามีจะมีความพอใจน้อยกว่าสามีที่มีภรรยาทำงานนอกบ้านแบบล่วงเวลา สอดคล้องกับ มิลเลอร์ (Miller, 1971) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย ซึ่งการวัดความพอใจในครอบครัวนั้นคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ได้จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้างของครอบครัว ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว และด้านความเปราะบางของครอบครัว โดยอดัม, กอร์ฟฟี และซุซันสกี (Adam, Gyroffy & Susanszky, 2008) พบปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัวประกอบด้วย ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน

ปัจจัยในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิดของคาราเสก (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) ประกอบด้วย ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน ซึ่งคาราเสกเชื่อว่าการเรียนรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ใช้ความสามารถของตนทำงานอย่างเต็มที่ ดังนั้นถึงแม้งานจะมีความต้องการจากงานสูงแต่เมื่อบุคคลสามารถควบคุม

การทำงานของตนเองได้ก็จะทำให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงาน มีสุขภาพกายและจิตที่ดี นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงานก็จะช่วยลดระดับความเครียดจากการทำงาน (Carlson & Perrewé, 1999) และลดความขัดแย้งของงานที่กระทบกับครอบครัว (Frye & Breugh, 2004) และเพิ่มการรับรู้การทำหน้าที่ภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความผูกพันกันและไม่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นภายในครอบครัว (Thompson, Kirk & Brown, 2005) ทำให้ครอบครัวเกิดความผาสุกจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลพบว่าภาระงานของพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง (Lee, 2003; Yildirim & Aycan, 2003; Parikh, Taukari & Bhattacharya, 2004; Lindholm, 2006; Chu, Lee & Hsu, 2006; สิริภรณ์ หันพงศักรัตติกุล, 2542; ธิดิยา อุปมา, 2546) แต่ยังไม่พบการศึกษาในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากงาน กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการสนับสนุนหรือส่งเสริมปัจจัยในการทำงานที่จะช่วยให้พยาบาลสาธารณสุขเกิดความผาสุกในครอบครัว และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปรับปรุงตนเองให้มีความผาสุกในครอบครัว เพราะหากบุคลากรขององค์กรมีความผาสุกในครอบครัวก็จะส่งผลให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานและสามารถเพิ่มผลผลิตหรือคุณภาพในการบริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

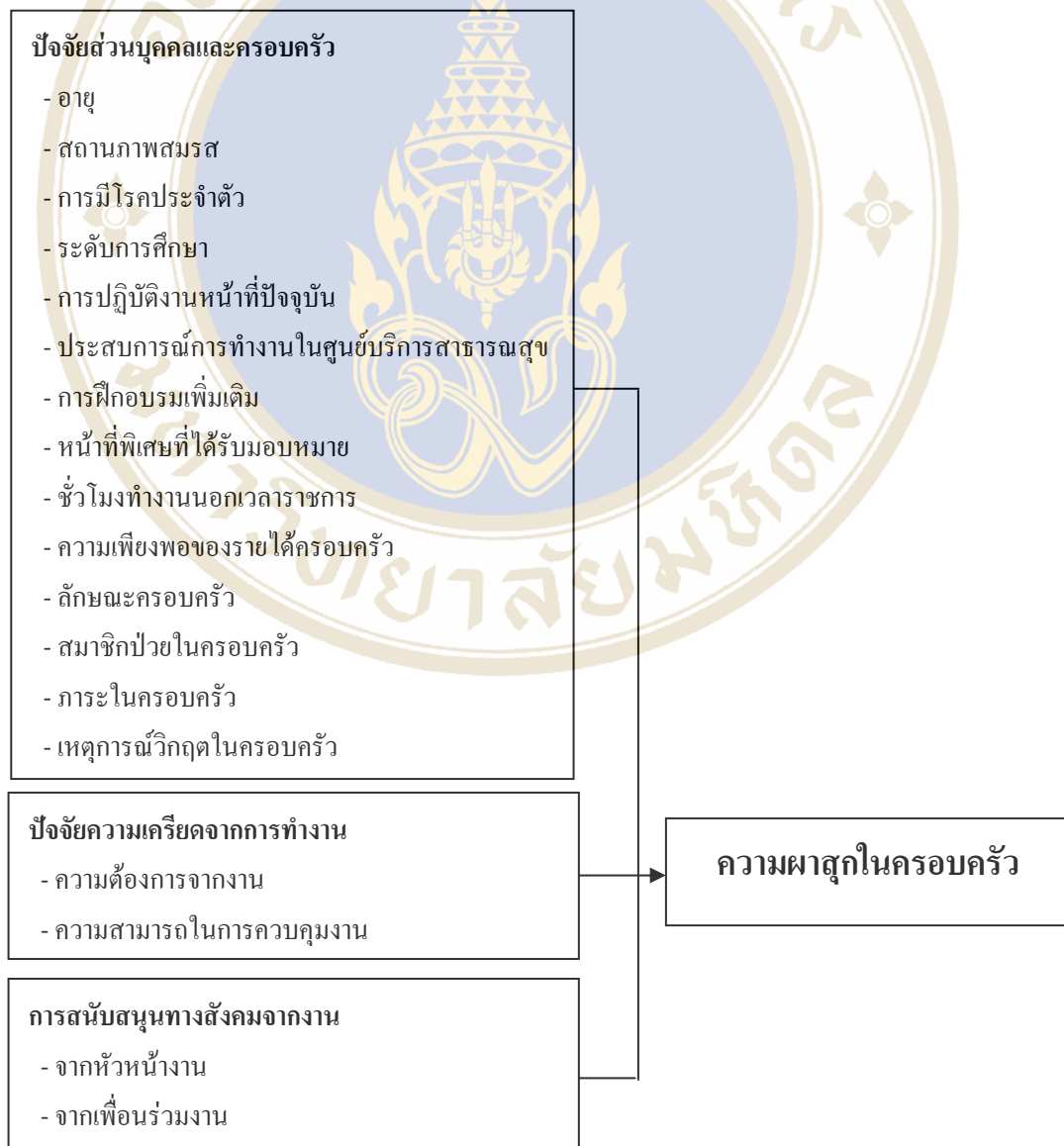
สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัว ภาวะในครอบครัว และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากงานหัวหน้างานและจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากงานสามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



แผนภาพ 3 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล (Daniel, 2005) ได้จำนวน 204 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เป็น 245 คน การเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับจำนวนพยาบาลสาธารณสุขทั้งหมดในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่ง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รวมได้จำนวนพยาบาลสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 250 คน มีแบบสอบถามที่ตอบกลับและมีความสมบูรณ์ จำนวน 239 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข การฝึกอบรมเพิ่มเติม หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว ภาวะในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากการทำงาน โดยพัฒนาจากแบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) ตามแนวคิด Demand-Control Model ของการาสেক (Karasek, 1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) แปลเป็นไทยโดย อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (Buapetch, 2008) และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลสาธารณสุข ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 33 ข้อ โดยมี 2 องค์ประกอบ คือ ความต้องการจากงาน และความสามารถในการควบคุมงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงาน โดยพัฒนาจากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของวราภรณ์ อมรเพชรกุล (2543) ตามแนวคิดของธอยส์ (Thoits, 1986) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร

และ ด้านทรัพยากร ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงาน = 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผาสุกในครอบครัว โดยพัฒนาจากแบบสอบถามวัดความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) แปลเป็นไทยโดยบุหงา ภูษะคราม (2533) และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลสาธารณสุข ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 46 ข้อ ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้างของครอบครัว การดำเนินบทบาทในครอบครัว และความเปราะบางของครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจาก ประธานคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาการพิทักษ์สิทธิ์ในการเก็บข้อมูลในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา และก่อนการทำแบบสอบถามได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เปรียบเทียบความผาสุกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัวต่างกัน ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติ One-way ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด ช่วงอายุที่พบส่วนใหญ่คือระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 51.9 ($\bar{x} = 46.3$, S.D. 7.0) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 69.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.6 โดยมีประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 21 ปี ร้อยละ 30.1 ($\bar{x} = 15.6$, S.D. 8.6) หน้าที่ที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลครอบครัว ร้อยละ 58.2 รองลงมาเป็นพยาบาลอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 11.3 น้อยที่สุดคือ หัวหน้าพยาบาล ร้อยละ 9.6 การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลส่วนใหญ่เคยได้รับ ร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่จะมีหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 81.6 มีการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 85.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเก็บสะสม ร้อยละ 66.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 50.2 โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรกระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.8 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.2 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลต่อภาระในครอบครัวระดับน้อยร้อยละ 33.1 ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 59.0 และมีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว ร้อยละ 41.0 ซึ่งเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คือ การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 27.6

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ศึกษา

2.1 ความเครียดจากการทำงานด้านความต้องการจากงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.7 ด้านความสามารถในการควบคุมงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.5

2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานส่วนใหญ่มีระดับสูง ร้อยละ 54.0 สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่มีระดับสูง ร้อยละ 66.9

2.3 ความพอใจในครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับสูง ร้อยละ 66.1 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยความเครียดจากการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในครอบครัว (n =239)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดจากการทำงาน		
ความต้องการจากงาน		
ต่ำ (1.00-2.99)	113	47.3
สูง (3.00-5.00)	126	52.7
$\bar{x} = 3.03, S.D. = 0.479, \text{Min} = 1.71, \text{Max} = 4.35$		
ความสามารถในการควบคุมงาน		
ต่ำ (1.00-2.99)	6	2.5
สูง (3.00-5.00)	233	97.5
$\bar{x} = 3.76, S.D. = 0.433, \text{Min} = 2.50, \text{Max} = 4.88$		
แรงสนับสนุนทางสังคม		
จากหัวหน้างาน		
ต่ำ (1.00-2.33)	14	5.8
ปานกลาง (2.34-3.66)	96	40.2
สูง (3.67-5.00)	129	54.0
$\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.722, \text{Min} = 1.43, \text{Max} = 5.00$		
จากเพื่อนร่วมงาน		
ต่ำ (1.00-2.33)	5	2.1
ปานกลาง (2.34-3.66)	74	31.0
สูง (3.67-5.00)	160	66.9
$\bar{x} = 3.86, S.D. = 0.642, \text{Min} = 1.19, \text{Max} = 5.00$		
ความพึงพอใจในครอบครัว		
มีความพึงพอใจในครอบครัวระดับต่ำ (2.01-3.00)	9	3.8
มีความพึงพอใจในครอบครัวระดับปานกลาง (3.01-4.00)	72	30.1
มีความพึงพอใจในครอบครัวระดับสูง (4.01-5.00)	158	66.1
$\bar{x} = 4.12, S.D. = 0.505, \text{Min} = 2.28, \text{Max} = 5.00$		

3. การเปรียบเทียบความพึงพอใจในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะส่วนบุคคล และครอบครัวที่ต่างกัน

กลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มักมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าผู้ที่โสด ความพึงพอใจของรายได้ครอบครัวที่ต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกัน ความรู้สึกต่อภาระในครอบครัวที่ต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวแตกต่างกัน

สำหรับตัวแปรการมี/ไม่มีโรคประจำตัว การมีระดับการศึกษาต่างกัน การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบันต่างกัน และลักษณะครอบครัวเดี่ยว/ขยายจะมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2-3)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุขที่มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่ต่างกันโดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	n	mean	S.D.	t-value	df	p-value
การมีโรคประจำตัว						
มีโรค	116	4.14	0.511	-0.547	237	0.293
ไม่มีโรค	123	4.10	0.500			
ระดับการศึกษา						
สูงกว่าปริญญาตรี	208	4.10	0.519	1.646	237	0.051
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาตรี	31	4.26	0.369			
การฝึกอบรมเพิ่มเติม						
ได้รับ	82	4.01	0.518	2.458*	237	0.008
ไม่ได้รับ	157	4.18	0.490			
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	139	4.12	0.500	-0.111	237	0.912
ครอบครัวขยาย	100	4.13	0.514			

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ one way ANOVA

ตัวแปร	n	Mean (S.D.)	F-Ratio	p-value	Scheffe	Mean diff. (p-value)
สถานภาพสมรส			5.182*	0.001		
โสด	(1) 22	3.77 (0.650)			(1) – (2)	-0.35 (0.047)
คู่ (สามีอยู่บ้านเดียวกัน)	(2) 167	4.12 (0.485)			(1) – (3)	-0.66 (0.001)
คู่ (สามีแยกเพราะทำงาน)	(3) 23	4.43 (0.330)				
หม้าย	(4) 10	4.22 (0.443)				
หย่า	(5) 17	4.13 (0.471)				
การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบัน			1.398	0.235		
หัวหน้าพยาบาล	23	4.22 (0.534)			-	-
พยาบาลครอบครัว	139	4.09 (0.541)				
พยาบาลอนามัยโรงเรียน	27	4.00 (0.442)				
พยาบาลห้องปฏิบัติการ	25	4.20 (0.391)				
พยาบาลคลินิกพิเศษ	25	4.27 (0.398)				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว			5.698*	0.001		
เพียงพอ/มีเก็บสะสม	(1) 158	4.21(0.427)			(1) – (4)	0.32 (0.036)
เพียงพอ/ไม่มีเก็บสะสม	(2) 51	3.99 (0.621)				
ไม่เพียงพอ/ไม่มีหนี้สิน	(3) 6	3.78 (0.395)				
ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	(4) 24	3.90 (0.583)				
ความรู้สึกต่อภาระในครอบครัว			6.910*	<0.001		
ไม่รู้สึกรัดกั้วล	(1) 75	4.23 (0.493)			(1) – (4)	0.50 (0.025)
รู้สึกรัดกั้วลน้อย	(2) 79	4.24 (0.439)			(2) – (3)	0.27 (0.029)
รู้สึกรัดกั้วลปานกลาง	(3) 65	3.98 (0.482)			(2) – (4)	0.52 (0.019)
รู้สึกรัดกั้วลมาก	(4) 12	3.72 (0.566)				
รู้สึกรัดกั้วลมากที่สุด	(5) 8	3.75 (0.640)				

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาล

สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ประกอบด้วย ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานกับความพึงพอใจในครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	ความพึงพอใจในครอบครัว			
	ด้านโครงสร้าง	ด้านการดำเนินบทบาท	ด้านความเปราะบาง	รวม
	Pearson Correlation (p-value)			
ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว				
อายุ	0.100	0.145*	0.154*	0.145*
ประสบการณ์การทำงานในศูนย์ฯ	0.117*	0.136*	0.188*	0.157*
จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย	0.147*	0.179*	0.136*	0.172*
จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาต่อเดือน	-0.073	-0.035	-0.063	-0.061
จำนวนสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว	-0.089	-0.108*	-0.109*	-0.112*
จำนวนภาวะวิกฤตในครอบครัว	-0.163*	-0.170*	-0.232*	-0.202*
ความเครียดจากการทำงาน				
ความต้องการจากงาน	-0.271*	-0.253*	-0.335*	-0.309*
ความสามารถในการควบคุมงาน	0.307*	0.316*	0.338*	0.350*
แรงสนับสนุนทางสังคม				
จากหัวหน้างาน	0.273*	0.214*	0.267*	0.274*
จากเพื่อนร่วมงาน	0.334*	0.238*	0.289*	0.313*

5. ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

ตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนความผาสุกในครอบครัวได้ร้อยละ 24.0 โดยมีสมการ ดังนี้

ความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข = 3.195 + 0.239 (ความสามารถในการควบคุมงาน) - 0.210 (ความต้องการจากงาน) + 0.139 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน) + 0.203 (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว) - 0.083 (จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	p-value
ความสามารถในการควบคุมงาน	0.239	0.076	0.205	3.157*	0.002
ความต้องการจากงาน	-0.210	0.063	-0.199	-3.323*	0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.139	0.050	0.176	2.778*	0.006
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	0.203	0.088	0.133	2.307*	0.022
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว	-0.083	0.037	-0.131	-2.244*	0.026
ค่าคงที่ = 3.195	$R^2 = 0.240$	$F = 14.712^*$	p-value = <0.001		

การอภิปรายผล

1. ตัวแปรความผาสุกในครอบครัว

ความผาสุกในครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับสูง ร้อยละ 66.1 สอดคล้องกับการศึกษาของแจนและมาซูด (Jan & Masood, 2008) ศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของผู้หญิงที่ทำงาน พบว่ามีความพึงพอใจในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 66.7 และธิตยา อุปมา (2546) ศึกษาพบว่าพยาบาล ร้อยละ 57.3 มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพในการให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นผู้มีความรู้ในการจัดการกับความเครียดที่จะส่งผลถึงความผาสุกในครอบครัวได้ดี จึงสามารถแยกความสำคัญของงานที่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวได้

2. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข

2.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี อุณหวารกร (2549) ช่วงอายุ 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขมากกว่า

ช่วง อายุ 15-40 ปี อธิบายได้ว่าบุคคลที่อายุมากจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาได้มากกว่าคนอายุน้อย จึงมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงสามารถคิด ไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกกลวิธีในการเผชิญปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) จึงพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความพึงพอใจในครอบครัวก็จะเพิ่มขึ้นด้วย

2.2 สถานภาพสมรสคู่มีความพึงพอใจในครอบครัวมากกว่ากลุ่มโสด
สอดคล้องกับการศึกษาของคิมและแมคเคนรี (Kim & McKenry, 2002) และอรุณี อุณหวารกร (2549) พบว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่มีความสุขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อธิบายได้ว่าบุคคลที่สมรสแล้วจะมีคนช่วยแบ่งเบาปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาและความขัดแย้งในจิตใจ นอกจากนี้ผู้ที่ไม่มีครอบครัวจะไม่ทุ่มเทและยึดงานเป็นสาระสำคัญของชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่มีความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัวด้วย (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551: 33) ดังนั้นผู้ที่สมรสแล้วจึงสามารถผสมผสานงานและครอบครัวให้สอดคล้องกันได้

2.3 การมี/ไม่มีโรคประจำตัวมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน
อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงมีความรู้ในการดูแลรักษาตนเองจากการเจ็บป่วยได้ การมีโรคประจำตัวจึงไม่ส่งผลกระทบต่อหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต จึงมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังที่ เซย์มัวร์ (Seymour, 2003) กล่าวว่า ความพึงพอใจมีอิทธิพลมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ รวมทั้งความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต แม้ว่าบุคคลจะมีปัญหาทางสุขภาพ แต่ถ้าสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญกับภาวะโรคได้ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจได้

2.4 ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน
สอดคล้องกับการศึกษาของประพิศ สามะศิริ (2550) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับสุดฉวีล สืบสายพรหม (2544) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogenetic group) คือ ร้อยละ 87.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่ระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 13.0 จึงทำให้มุมมองทางด้านความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกันมาก

2.5 การปฏิบัติงานหน้าที่ปัจจุบันที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในครอบครัวไม่แตกต่างกัน
ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลี (Lee, 2003) พบว่าพยาบาลที่มีตำแหน่งงาน และพื้นที่ทำงานที่แตกต่างกันจะมีความเครียดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ป่วยทุกวัย โดยเฉพาะวัยแรงงานที่ต้องรับบทบาทในชีวิตหลายบทบาท จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ยืดหยุ่นกับบทบาทที่ได้รับ สามารถแยกความรับผิดชอบระหว่างงานและครอบครัวไม่ให้ก้าวถ่างซึ่งกันและกัน จึงพบว่าถึงแม้ลักษณะงานพยาบาลตามหน้าที่ต้องเผชิญกับความเครียด แต่ก็สามารถมีความสุขในครอบครัวได้

2.6 ประสบการณ์การทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในครอบครัว อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานจะมีเพื่อนสนิทมาก และมีความรู้สึกผูกพันทางจิตใจมากขึ้น (Huselid & Day, 1991) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ทำงานมานานจะมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการทางคลินิก ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์มากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาได้ดี ทำให้มั่นใจในการตัดสินใจทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว

2.7 การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมมีความสุขในครอบครัวสูงกว่าการไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ทั้งนี้พบว่าหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้นั้นเป็นการอบรมเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องงานเป็นการเพิ่มประสบการณ์ในการทำงาน (Booyen, 1993) และช่วยให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ แยกแยะได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดได้ดีขึ้น (ภัทรา เฝือกพันธ์, 2545) ดังนั้นจึงเกิดความผูกพันในครอบครัว

2.8 จำนวนหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในครอบครัว อธิบายได้ว่ากรณีหน้าที่พิเศษโดยเป็นคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นอกเหนือจากงานพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ถึงแม้จะถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นมา แต่ก็หมายถึงการมีอำนาจมากขึ้น เนื่องจากมีอำนาจในการตัดสินใจในการทำงานจากการเป็นคณะกรรมการมากขึ้น ดังที่เฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) กล่าวว่าความพึงพอใจของบุคคลเกิดจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานและการมีอำนาจในงานที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงพบว่าการมีจำนวนหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้ความผูกพันในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย

2.9 จำนวนชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในครอบครัว อธิบายได้ว่าถึงแม้พยาบาลสาธารณสุขจะทำงานนอกเวลาราชการแต่ก็สามารถแบ่งแยกระหว่างการทำงานและครอบครัวได้ และเนื่องจากการปฏิบัติงานนอกเวลาในช่วงเย็นของพยาบาลสาธารณสุขเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ที่สามารถกำหนดตารางเวลาของตนเองได้จึงจะสมัครทำงานในส่วนนี้ ดังนั้นการปฏิบัติงานนอกเวลาจึงไม่กระทบต่อความผูกพันในครอบครัว

2.10 ครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เทียนถาวร (2542) ศึกษาความสุขของครอบครัวไทย พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้ความสุขของครอบครัวเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานในชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย การสันทนาการ และฐานะทางสังคมได้ดี (Palmore & Luikart (1972)) และจะช่วยลดการรับรู้ต่อภาวะความเครียดและเพิ่มระดับความผาสุกด้วย (Jacobs & Gerson, 2001; Kinnunen & Mauno, 1998)

2.11 ลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจำลองลักษณ์ จามรโชติ อรอินทร์ ขำคม ขนิษฐา ศรีเรือนทอง (2550) ลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีความสุขไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าสภาพครอบครัวของสังคมไทยถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ก็มีการติดต่อกับคนในครอบครัวเดิมที่แยกจากมา โดยยังมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุนส่งเสริมกัน และสัมพันธ์ภาพยังดีเช่นเดิม จึงพบว่าไม่ว่าครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายความผาสุกในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

2.12 จำนวนสมาชิกป่วยในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการมีสมาชิกป่วยในครอบครัวจะกระทบต่อการดำเนินบทบาทซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความผาสุกในระบบครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความขัดแย้งในบทบาท และบทบาทที่มากเกินไป (Neundorfer, 1991) และเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยย่อมทำให้ความต้องการภายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น การที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลในระบบครอบครัวได้ จากความต้องการที่สูงขึ้นของสมาชิกในครอบครัวและจากบทบาทที่แสดงออกอยู่นั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดความตึงเครียด (Caldwell, 1988) จึงทำให้การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลงและส่งผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวได้

2.13 การมีภาระในครอบครัวน้อยมีความผาสุกในครอบครัวสูงกว่าการมีภาระในครอบครัวมาก สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงศ์ ภูริปริชา (2548) จิราภรณ์ แพร่ต่วน (2543) และ ศิริรัตน์ อัจฉานันต์ศิริ (2545) พบว่าบุคคลที่มีภาระครอบครัวน้อยกว่า อธิบายได้ว่าความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือทางด้านการอุปการะเลี้ยงดูและการเงินของบุคคลต่อครอบครัว ทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวลและส่งผลให้เกิดความเครียด ดังที่คาลด์เวลล์(Caldwell, 1988) กล่าวว่า หากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้น ก็หมายถึงมีความผาสุกในครอบครัวลดลง เมื่อมีความเครียดมากก็หมายถึงความผาสุกในครอบครัวลดน้อยลง

2.14 ภาวะวิกฤตในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว อธิบายได้ว่าภาวะวิกฤตในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่รบกวนหรือเปลี่ยนแปลงกลไกของครอบครัวจนทำให้ครอบครัวต้องเสียสมดุล หยุตชะงัก หรือเสียหาย (Boss, 2002) ดังที่แมคคับบิน และแพทเตอร์สัน (McCubbin & Patterson, 1983) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตของครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความรุนแรงนั้นจะมีสาเหตุปัจจัยสถานการณ์มากระตุ้นให้ครอบครัวรู้สึกเครียด อาจเป็นสาเหตุจากภายในหรือภายนอกครอบครัว และเมื่อเกิดขึ้นแล้วครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะกระทบถึงความผาสุกภายในครอบครัว

3. ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3.1 ความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว อธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีความต้องการจากงานสูง โดยมีภาระงานมาก ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ เป็นงานที่ต้องมีการประสานงานกับผู้อื่นหลากหลาย จนบางครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตน ส่งผลให้พยาบาลสาธารณสุขรู้สึกเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอสคริบา-แอกเกอร์ และเปอร์เรส-โฮยอส (Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007) พบว่า ความต้องการจากงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่นเดียวกับชอย และเชน (Choi & Chen, 2006) พบว่า ความต้องการจากงานสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิต การศึกษาของเกรซีแวกซ์ และบัทเลอร์ (Grzywacz & Butler, 2005) พบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ซึ่งเมื่อความต้องการจากงานของพยาบาลสาธารณสุขสูงจนส่งผลกระทบต่อความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว จะทำให้ความพึงพอใจในครอบครัวลดลง ดังเช่นการศึกษาของเพอร์โรน เวบบ์ และบลาลอค (Perrone, Webb & Blalock, 2006) และ ลู กิลมัวร์ โคว และฮวง (Lu, Gilmour, Kao & Huang, 2006) พบว่า ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว ดังนั้นจึงพบว่าความต้องการจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

3.2 ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของเอสคริบา-แอกเกอร์ และเปอร์เรส-โฮยอส (Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007) พบว่า ความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับงานที่กระทบต่อครอบครัว (Heponiemi et al., 2008) นอกจากนั้นเพอร์โรน เวบบ์ และบลาลอค (Perrone, Webb & Blalock, 2006) ศึกษาพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในครอบครัว ซึ่งความพึง

พอใจในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความผาสุกในครอบครัว (Caldwell, 1988) ดังนั้นจึงพบว่าความสามารถในการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของคาราเทป และอูลูเดก (Karatepe & Uludag, 2008) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะเครียด ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว เช่นเดียวกับโทมัส และแกนสเตอร์ (Thomas & Ganster, 1995) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานจะช่วยให้พยาบาลสามารถควบคุมงานและปัญหาทางครอบครัวได้ และทอมป์สัน เคิร์ก และบราวน์ (Thompson, Kirk & Brown, 2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานช่วยลดความเครียดจากการทำงาน และเพิ่มการรับรู้การทำหน้าที่ในครอบครัวของตำรวจหญิงในประเทศออสเตรเลีย ดังนั้นจึงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน พบว่าหากการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานต่ำ จะส่งผลให้มีภาวะวิกฤตชีวิตยิ่งสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคิม โซ ลี มาเรียน และคิม (Kim, Cho, Lee, Marion & Kim, 2005) ทอมป์สัน และคาวาลลาโร (Thompson & Cavallaro, 2007) ซีเกอร์ และไวส์ (Seiger & Wiese, 2009) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานจะช่วยลดความเครียดและความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวในผู้หญิงทำงาน ดังที่แคปแลน (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวพันในสังคม ซึ่งเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุกขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมงาน ความต้องการจากงาน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว สามารถทำนายได้ร้อยละ 24.0 โดยความสามารถในการควบคุมงาน มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัวมากที่สุด โดยเมื่อความสามารถในการควบคุมงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความผาสุกใน

ครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.239 รองลงมาเป็นความต้องการจากงาน โดยเมื่อความต้องการจากงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวลดลง 0.210 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.139 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.203 และเมื่อมีจำนวนเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 เหตุการณ์ จะทำให้คะแนนความผาสุกในครอบครัวลดลง 0.083 ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุงตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ โดยส่งเสริมความสามารถในการควบคุมงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน ปรับลดความต้องการจากงาน โดยเฉพาะความกดดันด้านเวลา รวมถึงการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านองค์กร ควรให้การสนับสนุนบุคลากร เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานของบุคลากรอย่างมีความสุข อันจะส่งผลไปถึงความผาสุกในครอบครัวโดยการส่งเสริมในด้านต่อไปนี้

1. ด้านความสามารถในการควบคุมงาน ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความสามารถในงานที่ทำทลายความสามารถ มีอิสระในการตัดสินใจทำงาน มีการใช้ทักษะและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน
2. ด้านความต้องการจากงาน ควรประเมินภาระงานและจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอกับปริมาณงานและความเร่งด่วนของงาน
3. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากการทำงาน ควรสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ควรสร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันภายในองค์กร เพื่อเป็นการลดสถานการณ์ที่สร้างความเครียดของบุคลากร โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมในหน่วยงาน เช่น การจัดการแข่งขันกีฬาสร้างสามัคคี การจัดงานสังสรรค์ภายในองค์กร
4. ด้านความเพียงพอของรายได้ ควรพิจารณาเพิ่มเงินค่าตอบแทน เงินค่าล่วงเวลา หรือเงินโบนัสให้บุคลากรตามผลงานที่ทำได้ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน และเพื่อให้บุคลากรมีรายได้เพิ่มขึ้น เพราะรายได้ที่เพียงพอจะทำให้ความผาสุกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

ด้านบุคลากร

1. ควรพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการทำงานอยู่เสมอ
2. ควรรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่น

3. หากเกิดความเครียดทั้งสาเหตุจากครอบครัวหรือจากงาน ควรรู้จักผ่อนคลาย ความเครียดระยะยาวหรือปรึกษาบุคคลในครอบครัวเพื่อให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ/รับรู้ปัญหาและ ร่วมกันแก้ไข รวมถึงการปรึกษากับหัวหน้างาน/เพื่อนร่วมงานที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจใน การเผชิญความเครียดหรือปัญหาจากการทำงาน

4. ควรจัดสรรรายรับและรายจ่ายของตนเองให้มีเงินเหลือเพียงพอไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน เพื่อลดภาวะเครียดในครอบครัว

5. ควรจัดสรรเวลาของการทำงานกับเวลาที่ให้กับครอบครัวให้สมดุล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวในบุคลากรสายงานอื่นๆ ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา งานธุรการ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเนื่องจาก มีลักษณะการทำงานแตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในครอบครัว ของบุคลากร เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ การเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขที่มีความเครียดจากการทำงาน เพื่อดูปัจจัย เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่จะก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน

FACTORS RELATED TO FAMILY WELL-BEING AMONG PUBLIC HEALTH NURSES IN THE DEPARTMENT OF HEALTH UNDER BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

ORAWAN LIKITPORNSWAN 5037008 PPHP/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMPORN KANTHARADUSSADEE
 TRIAMCHAISRI, Ph.D., PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.,
 ANN JIRAPONGSUWAN, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of Problems

The family unit is the fundamental institution for rearing and developing family members as well as shaping their personalities and behaviors. Family well-being can develop well-adjusted family members. At present, social and economic fluctuations have affected family's roles and relationships. It was found from the index indicator that family's warmth in Thailand had continued to decrease from the year 2001 at 67.9 percent to 63.4 percent and 58.8 percent in 2004 and 2006, respectively (Office of the National Economic and Social Development Board, 2007). More findings also indicated that the divorce rate among Thai people had been risen from 4.4 couples per 1,000 households in 2001 to 4.8 couples per 1,000 households in 2006 and 4.9 couples per 1,000 households in 2007 (National Statistical Office, 2007). As a result, more women had become household leaders from 27.9 percent in 2004 to 29.7 percent in 2005 and 31.0 percent in 2007. Furthermore, women over 15 years old total 26.5 million who work outside their homes at 63.5 percent.

Public health nurses of Public Health Center, Bangkok Metropolitan Administration must work outside, at the same time having important family roles in child rearing, taking care of sick family members and maintaining family well-being

(Jintana Unipun, 1999). Quite often overlapping between family and occupational roles could create heavy stress for some woman until she had to resign from her job to take care the family only which made a woman lost her sense of pride (Grzywacz, Thomas & Antonio, 2007). The correlations between work and family responsibilities caused stress which in turn affected working women's roles. According to Doby & Caplan (1995), it was found that those facing with job strain and family anxieties had high level of stress and severe chronic stress from working cause unhappiness in family.

Family well-being is the dynamic family process with connection between stress and happiness. Caldwell (1988) mentioned that increasing family stress could lead to reducing family well-being. The study by Sagara and Ito (2006) indicated that a husband whose wife working full time felt less happiness than those with part-time working. This finding coincided with the statement by Miller (1971) that family represented interacting social system. If there are changes with any family members, changes would affect the rest of family members as well. Measuring family well-being, according to Caldwell (1988) is done with family structure, family roles, and family vulnerability. Adam, Gyorffy & Susanszky (2008) found the cause of job strains were psychological job demand and job control.

Karasek (1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) also found that factors creating stress at work were psychological job demand and job control (decision latitude). He believed that the individual could learn well when he was working at full potential. Even with high psychological demands of the job, if the worker's decision latitude in the task is high, then he would be able to perform with efficiency and reduce job strain, having healthy and well-being. Furthermore, social support from the superior and co-worker would reduce job strain (Carlson & Perrewé, 1999) and family conflict (Frye & Breugh, 2004). It also increased family roles perception and family bonding with the absence of family conflict, leading to family well-being (Thompson, Kirk & Brown, 2005).

The study of relevant researches suggested that nurses were loaded with works that affected pressure, made them depressed and high stress (Lee, 2003; Yildirim & Aycan, 2003; Parikh, Taukari & Bhattacharya, 2004; Lindholm, 2006; Chu, Lee & Hsu, 2006; Siriporn Hunpongkittikul, 1999; Thitiya Oppama, 2003)

However, there have not been any studies in the correlations between job strain, social support from work and family well-being among public health nurses which should help management to encourage pleasant work environment, leading to family well-being. This should be the guideline for nursing personnel to work towards family well-being. If organization's personnel are members of well-being family, they would work diligently while increasing their production with better services, becoming good members of the organization and valuable assets of the society and nation.

Research Objective

To study family well-being and related factors among public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration.

Research Hypotheses

1. Individual and family factors such as age, marital status, individual sickness, educational level, position, work experience in Public Health Center, additional training, extra assignments, number of overtime working hours, sufficient family incomes, family type, numbers of sick family members, family burden and family crisis correlated with family well-being of public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration.
2. Job strain such as psychological job demand and job control correlated with family well-beings of public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration.
3. Social support from the supervisor and co-worker correlated with family well-being of public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration.
4. Individual and family factors, job strain, and social support at work could predict family well-being of public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration.

Research Design

This research was done as the Descriptive Research.

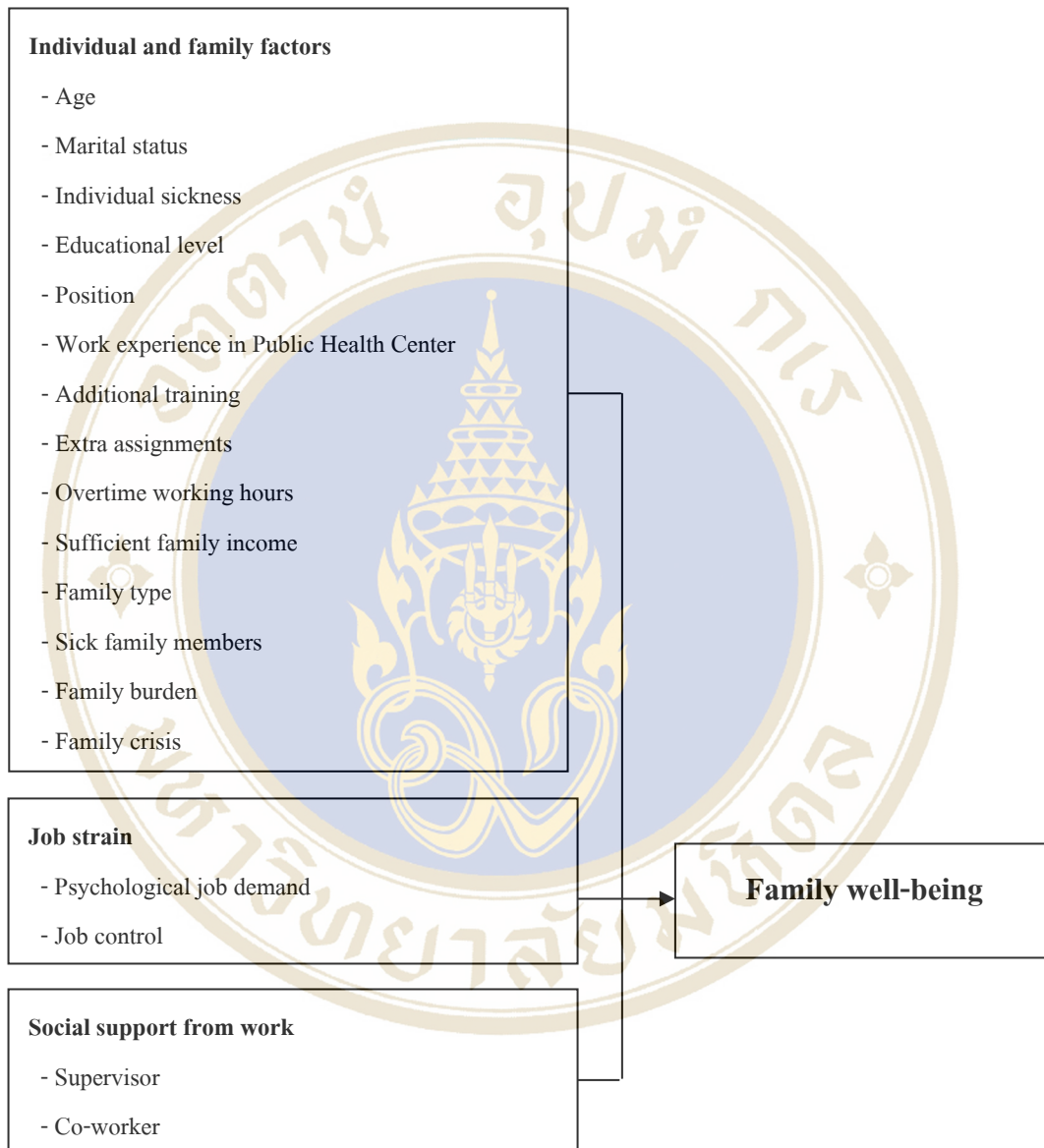


Figure 1 Conceptual Framework

Population and Samples

Samples were selected from public health nurses, Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration and calculated numbers with the formula by Daniel (2005). Total 204 samples were first picked, but to avoid errors from data

collection, 20 percent of total samples were added on, making final total of 245 samples. Simple Random Sampling was used for selecting samples in proportion with number of all public health nurses in 68 Public Health Centers. Total public health nurses were 250 and completed returning questionnaires totaled to 239 sets or 95.6 percent.

Research Tools

Tools for collecting data are separated into 4 parts as follows:

Part 1: Individual and Family Data which consisted of age, marital status, individual sickness, educational level, position, work experience in Public Health Center, additional training, extra assignments, overtime work, family type, sufficient family income, family members' data, family burden, family crisis and household features.

Part 2: Job Content Questionnaire based on Demand-Control Model of Karasek (1979 cited in Karasek & Theorell, 1990) translated into Thai by Arpornthip Buapetch (2008) and amended to match a group of sample public health nurses. The questionnaire included 33 questions answered on 5-level rating scales with consideration in 2 components, namely and job control. Reliability value using Cronbach's Alpha Coefficient was 0.83.

Part 3: Questionnaire on social support from the supervisor and co-worker adapted from social support questionnaire of Varaporn Amornpetchkul (2000) cited 3 concepts of Thoits (1986) in socioemotional aid, information aid and instrumental aid. The questionnaire included 21 questions answered on 5-level rating scales. Reliability value using Cronbach's Alpha Coefficient was 0.96 and 0.95 Respectively.

Part 4: Questionnaire on family well-being developed from family well-being of Caldwell (1988) translated into Thai by Bunga Puchangam (1990) and amended questions to match a group of public health nurses. The questionnaire included 46 questions answered on 5-level rating scales in 3 components, namely, family structure, family roles and family vulnerability. Reliability value using Cronbach's Alpha Coefficient was 0.94.

Data Collection

Data were collected by the researcher after receiving approval from the Ethics Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University and the Ethics Committee For Researches Involving Human Subjects, The Bangkok Metropolitan Administration, to collect data for consideration in individual's right to disclose information by sending a request document to the Public Health Center Director as well as contacting the Head Nurse at Public Health Center to notify them the objectives of the study and samples. Voluntary samples were informed of research objectives and signed their names in the consent forms. After examining the completion of returned questionnaires, acquired data were taken for further statistical analysis.

Data Analysis

The statistics used in this study were descriptive statistics including percentage, distribution arithmetic mean and standard deviation. Inferential statistics included Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients and using Stepwise multiple regression analysis to analyze predictability in family well-being among public health nurses. The statistical significance level set at 0.05.

Research Outcomes

1. Individual and Family Data

Samples selected for this study were all women. Mostly aged between 41-50 years old at 51.9 percent ($\bar{x} = 46.3$, S.D. 7.0), and being married couples living in the same house 69.9 percent, graduated with Bachelor degree or equivalence 86.6 percent. Majorities or 30.1 percent ($\bar{x} = 15.6$, S.D. 8.6) had 15-21 years work experience in the Public Health Center. Most samples or 58.2 percent worked as family nurses followed by 11.3 percent school nurses. The least number or 9.6 percent were head nurses whereas 65.7 percent received additional training and 29.3 percent had specialized study. Majorities or 81.6 percent were assigned extra duties and mostly or 85.4 percent work overtime. Regarding incomes, most samples or 43.9 percent earned between 30,001-40,000 baht monthly. Majorities or 50.2 percent had

individual sickness whereas 13.8 percent had problems with bones, joints and muscles. As for family types, 58.2 percent were single family and 41.8 percent of extended family. Total 33.1 percent showed minor concern in family burden and most families or 59.0 percent had never encountered any crisis whereas 41.0 percent had encountered some. Most crisis found in the family 27.6 percent within the past 1 year were family member must be hospitalized. Only 1 major incident found in most families or 29.7 percent and only 0.4 percent of minor incident.

2. Variables

2.1 Job strain: Most samples faced stress from high psychological job demand 52.7 percent. Job control was at high level or 97.5 percent.

2.2 Social Support: Total 54.0 percent received high social support from supervisor. As for social support from co-worker, it was also high at 66.9 percent

2.3 Family Well-being in most families were high at 66.1 percent, as shown in Table 1.

Table 1 Number, Percentage, Mean and Standard Deviation of variables.

Variables	Number	percentage
Job Strain		
psychological job demand		
Low (1.00-2.99)	113	47.3
High (3.00-5.00)	126	52.7
$\bar{x} = 3.03, S.D. = 0.479, Min = 1.71, Max = 4.35$		
Job control		
Low (1.00-2.99)	6	2.5
High (3.00-5.00)	233	97.5
$\bar{x} = 3.76, S.D. = 0.433, Min = 2.50, Max = 4.88$		
Social Support		
Social support from supervisor		
Low (1.00-2.33)	14	5.8
Moderate (2.34-3.66)	96	40.2
High (3.67-5.00)	129	54.0
$\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.722, Min = 1.43, Max = 5.00$		

Table 1 Number, Percentage, Mean and Standard Deviation of variables. (Cont.)

Variables	Number	percentage
Social support from co-worker		
Low (1.00-2.33)	5	2.1
Moderate (2.34-3.66)	74	31.0
High (3.67-5.00)	160	66.9
$\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.642, Min = 1.19, Max = 5.00		
Family well-being		
Low (2.01-3.00)	9	3.8
Moderate (3.01-4.00)	72	30.1
High (4.01-5.00)	158	66.1
$\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.505, Min = 2.28, Max = 5.00		

3. Comparison of family well-being among samples with in different individual and family factors

Public health nurses received additional trainings would have more family well-being than those without. Public health nurse are married would have more family well-being than single, whereas different sufficient family incomes affected differences in family well-being, and different feeling towards family burden differences in the family well-being.

As for variables such as having or not having individual sickness, different educational levels, different current position and family types as single or extended families did not affect different family well-being, as shown in Table 2-3.

Table 2 Comparison of family well-being by different variables (Independent t-test)

variables	n	mean	S.D.	t	df	p-value
Individual sickness						
no	116	4.14	0.511	0.547	237	0.585
yes	123	4.10	0.500			
Educational level						
Lower or equivalent bachelor degree	208	4.10	0.519	-1.646	237	0.101
Higher bachelor degree	31	4.26	0.369			
Additional training						
no	82	4.01	0.518	-2.458*	237	0.015
yes	157	4.18	0.490			
Family type						
single	139	4.12	0.500	-0.111	237	0.912
extended	100	4.13	0.514			

Table 3 Comparison of family well-being by different variables. (one way ANOVA)

variables	n	Mean (S.D.)	F-Ratio	p-value	Scheffe	Mean diff. (p-value)
Marital status			5.182*	0.001		
single	(1) 22	3.77 (0.650)			(1)-(2)	-0.35 (0.047)
married (together)	(2) 167	4.12 (0.485)			(1)-(3)	-0.66 (0.001)
married (separate)	(3) 23	4.43 (0.330)				
widow	(4) 10	4.22 (0.443)				
divorce	(5) 17	4.13 (0.471)				
Position			1.398	0.235		
Head nurses	23	4.22 (0.534)			-	-
Family nurses	139	4.09 (0.541)				
School nurses	27	4.00 (0.442)				
Clinical nurses	25	4.20 (0.391)				
Special clinical nurses	25	4.27 (0.398)				
Sufficient family income			5.698*	0.001		
Sufficient/collect	(1) 158	4.21(0.427)			(1)-(4)	0.32 (0.036)
Sufficient/no collect	(2) 51	3.99 (0.621)				
Insufficient/no debt	(3) 6	3.78 (0.395)				
Insufficient/ debt	(4) 24	3.90 (0.583)				
Family burden			6.910*	<0.001		
No concern	(1) 75	4.23 (0.493)			(1)-(4)	0.50 (0.025)
Low concern	(2) 79	4.24 (0.439)			(2)-(3)	0.27 (0.029)
Moderate concern	(3) 65	3.98 (0.482)			(2)-(4)	0.52 (0.019)
Much concern	(4) 12	3.72 (0.566)				
Most concern	(5) 8	3.75 (0.640)				

4. Correlations between individual and family factors, job strain, and social support with family well-being of public health nurses.

It was found that age, work experience in Public Health Center, Extra assignments, job control, supervisor support and co-worker support had positive correlations with family well-being of public health nurses with statistical significances. Also, number of sick family members, number of family crisis and psychological job demand had negative correlations with family well-being, having statistical significance. As for number of overtime working hours had not correlated with family well-being of public health nurses.

Table 4 Pearson’s product moment correlation of the studied variables with Family well-being.

variables	Family well-being			
	structure	role	vulnerability	total
Pearson Correlation (p-value)				
Individual and family factors				
Age	0.100	0.145*	0.154*	0.145*
Work experience in PHC.	0.117*	0.136*	0.188*	0.157*
Extra assignments	0.147*	0.179*	0.136*	0.172*
Overtime working hours	-0.073	-0.035	-0.063	-0.061
Number of sick family members	-0.089	-0.108*	-0.109*	-0.112*
Family crisis	-0.163*	-0.170*	-0.232*	-0.202*
Job strain				
Psychological job demand	-0.271*	-0.253*	-0.335*	-0.309*
Job control	0.307*	0.316*	0.338*	0.350*
Social support				
supervisor	0.273*	0.214*	0.267*	0.274*
co-worker	0.334*	0.238*	0.289*	0.313*

5. Influenced factors in the prediction of family well-being in public health nurses.

Variables for predicting family well-being of public health nurses were job control, psychological job demand, and social support from co-worker, sufficient family incomes and number of family crisis which explained family well-being at 24.0 percent from calculation with the following equation:

$$\text{Family well-being of public health nurses} = 3.195 + 0.239 (\text{Job control}) - 0.210 (\text{Psychological job demand}) + 0.139 (\text{Social support from co-worker}) + 0.203 (\text{Sufficient family Incomes}) - 0.083 (\text{family Crisis})$$

Table 5 Stepwise Multiple Regression for predicting Family well-being.

Variables	B	Std. Error	Beta	t	p-value
Job control	0.239	0.076	0.205	3.157*	0.002
Psychological job demand	-0.210	0.063	-0.199	-3.323*	0.001
Co-worker support	0.139	0.050	0.176	2.778*	0.006
Sufficient family income	0.203	0.088	0.133	2.307*	0.022
Family crisis	-0.083	0.037	-0.131	-2.244*	0.026
Constant = 3.195	F = 14.712*	R ² = 0.240	p-value = <0.001		

Results Discussion

1. Family Well-being Variable

Most families had their well-being at high level 66.1 percent which coincided with the study of Jan and Masood (2008) in family satisfaction among working women that family satisfactions were at high level 66.7. In the study by Titiya Oppama (2003), she found that married nurses 57.3 percent maintained good marriage relationship, perhaps resulted from having important roles in providing health services to patients and families. By knowing how to avoid stress that may interfere with family well-being, they could detect the shortcomings.

2. Correlations between individual and family factors with family well-being among public health nurses in the Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration

2.1 Ages correlated positively with family well-being which coincided with the study of Arunee Unhawarakorn (2006) which indicated happiness mean scores during 41-60 years higher than those from 15-40 years. This explained why older people had more experiences in coping with problems than younger people as well as having higher emotional stability, enable them to think and choose how to cope with problems well (Lazarus & Folkman, 1984). As a matter of fact, family well-being seems to increase along with age increase.

2.2 Public health nurses are married would have more family well-being than single which coincided with the findings of Kim and McKenry (2002) and Arunee Unhawarakorn (2006) that married couples was happier than other groups. This explained that couples could share burden or stress from dealing with problems and conflicts. Furthermore, a person with family would not dedicate only to his job as main life essence, but also desire success in family life (Kanokeporn Jaikaew, 2008: 33). Therefore married person could blend well between work and family.

2.3 Having/not having individual sickness affected no differences in family well-being. It could explain that samples in this study were health personnel who knew how to treat themselves when became sick. Individual sickness had not affected or interfered with their daily livings. Then, their families' well-being had not differed from families without individual sickness. According to Seymour (2003), well-being was influenced by person's thought and feeling resulted

from learning ability, including ability to cope with changes in life. Even with health problems, if one learned how to self-care and cope with sickness well, one could create happiness.

2.4 Different educational levels affected no differences in family well-being. According to Prapit Samasiri (2550), educational levels had not correlated with job performance. This finding was coincided with the study of Sudthawil Saebsaiprom (2001) who found that different educational had not made any differences on emotional intelligence, perhaps from being Homogenetic group as high as 87.0 percent that had education lower or equivalence to Bachelor degree. Only 13.0 percent were slightly higher than Bachelor degree which made no differences in family well-being.

2.5 Different position made no differences in family well-being which coincided with the study of Lee (2003) who found that the nurses assigned with different position and responsibilities had no different in job strain, perhaps from having health knowledge and being trained to take care the patients of all ages. For those who had to deal with roles diversities, they must adapt to their assigned roles and able to differentiate between job and family responsibilities by trying to avoid overlapping. Even nature of nursing often affected job strain; family could still maintain well-being.

2.6 Work experience in Public Health Center correlated positively with family well-being which could be explained that when a person stay working in the same place for long time , they would develop bonding and have more close friends (Huselid and Day, 1991). Then, nurses who worked more were likely to develop better skills and expertise in clinical practices which increased their knowledge and experiences so they could understand problems thoroughly and gain confidence to make their own decisions regarding both jobs and individual matters.

2.7 Public health nurses received additional trainings would have more family well-being than those without.. It was found that if nurses received additional training, especially on subject directly related to work, they would increase their work experiences even more (Booyen, 1993) which could help them to assess and differentiate the situation for working better and reducing stress (Pattru Puekpun, 2002), leading to family well-being.

2.8 Number of extra assignments had positive correlation with family well-being which could be explained that they were assigned as being the committees to fulfill other duties beyond their regular nursing duties to accomplish organizational goals. Even with more responsibilities, they saw it as more authority to make decisions. According to Herzberg (1959), a person's satisfaction resulted from being assigned job responsibilities and full authorities. Therefore, more responsibilities also increased family well-being.

2.9 Number of overtime working hours made no correlation with family well-being which could be explained that even working beyond regular office hour, public health nurses could differentiate between work and family. Most outside works were done voluntarily during the evening hours to fit their schedules. Therefore, overtime working had not affected family well-being.

2.10 Different family types made no differences in family well-being which coincided with the study of Jumlongluk Jamorncho, Ornin Kumkhom, and Kanittha Sriluenthong (2007) that emphasized on Thai family type as a single family, but still maintained close tie with the original family with caring and supporting each other, having good relationship. Therefore, no differences were found between single family and extended family.

2.11 Sufficient family incomes have greater family well-being than insufficient family incomes which coincided with the study of Vichai Thientavorn (1999) in Happiness among Thai Families. He found good economic status increased family happiness. This could be explained that sufficient income allowed a person to fulfill his basic needs in life necessities, namely foods, shelters, safety, recreation and social status (Palmore & Luikart (1972)) as well as reducing his perception on stress and also increasing level of well-being (Jacobs & Gerson, 2001; Kinnunen & Mauno, 1998)

2.12 Number of sick family members correlated negatively with family well-being due to sickness in the family usually disrupted family well-being, especially roles conflicts and heavy responsibilities (Neundorfer, 1991). With family's member being sick, family demand increased even more. Balancing family system when members' demand kept increasing which may not agree with their

desires could create family stress (Caldwell, 1988). Therefore, family relationship could decrease and affect family well-being.

2.13 Lower family burden have greater family well-being than higher family burden which coincided with the study of Nattapong Puripreecha (2005), Jiraporn Praetuan (2003) and Sirirat Ujanamanasiri (2002) who found that a person with heavy family burden had higher stress than those with fewer burdens. This could be explained that a person worried and felt more stress when given financial responsibility towards family members. According to Caldwell (1988), when family stress increased, family well-being would decrease. The more the family stresses, the less family well-being.

2.14 Family crisis affected negative correlations with family well-being which could explain family crisis as the disturbed incident that might alter family mechanism until losing its equilibrium or becoming damage (Boss, 2002). According to McCubbin and Patterson (1983), family crisis affected psychological effect. Its severity which might cause family stress could originate inside or outside the family. If the family was unable to adjust to its stress, family well-being may be disrupted.

3. Job Strain correlated with family well-being of public health nurses

3.1 Psychological job demand correlated negatively with family well-being which explained high psychological job demand in nursing with heavy workload that must be done quickly and require liaison with others until creating roles conflicts and stress. This finding is coincided with the study of Escribà-Agüir and Pérez-Hoyos (2007) who found that increasing psychological job demand caused psychological problems and the study of Choi and Chen (2006) in the association between psychological job demand and life stress. Also, the study of Grzywacz and Butler, (2005) revealed that psychological job demand correlated positively with work-family Conflict. When psychological job demand of public health nurses increased higher until resulting in conflicts between work and family, family satisfaction would decrease which coincided with the study of Perrone, Webb and Blalock (2006) and Lu, Gilmour, Kao and Huang (2006) who found that work-family conflict correlated negatively with family satisfaction. Then, psychological job demand was found having negative correlation with family well-being

3.2 Job control correlated positively with family well-being which coincided with the finding of Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos (2007), showing positive correlations between job control and well-being, negative correlation with work schedule that interfere with family (Heponiemi et al., 2008). Furthermore, Perrone, Webb & Blalock (2006) found that the conflicts between work and family had led to negative correlations with family satisfaction, one important component of family well-being (Caldwell, 1988). More findings revealed that job control correlated positively with family well-being.

4. Social support from work correlated positively with family well-being of public health nurses

4.1 Social support from supervisor had positive correlation with family well-being which coincided with the study of Karatepe and Uludag (2008) found social support helped to reduce strain between work and family as well as having positive correlation with family satisfaction. The same finding appeared in the study of Thomas and Ganster (1995) that social support from the supervisor should help the nurse to control job and family problems. Also, Thompson Kirk and Brown (2005) found that social support helped reducing job strain and increasing perception in family roles among police women in Australia. Therefore, it confirmed that social support from the supervisor had affected positive correlation with family well-being.

4.2 Social support from co-worker had correlated positively with family well-being which coincided with the study of Unkinun Intarakumhaeng, Orapin Chuchom and Atchara Sukarom (2007) in the factors relevant with life crisis of married middle-age Thai females who had been working in the State Enterprises and Private Companies. It was found that low support from co-worker would increase life crisis even more which coincided with the study of Kim, Cho, Lee, Marion and Kim (2005), Thompson and Cavallaro (2007), Seiger & Wiese (2009), those who found social support from co-worker helped to reduce strains and conflicts between work and families among women workers. According to Caplan (1974), social support helped individual to maintain self-value by knowing that he was loved and taken care of, given social responsibilities which could promote well-being. Therefore, it was found that social support from co-worker had correlated positively with family well-being.

5. Predictable factors for family well-being of public health nurses such as job control, psychological job demand, and social support from co-worker, sufficient family incomes, and numbers of family crisis could predict as much as 24 percents.

Job control had influenced family well-being the most. When work control increased 1 point, family well-being would increase 0.239 point, followed by increasing psychological job demand by 1 point tended to reduce family well-being 0.210 point whereas increasing social support from co-worker 1 point would increase family well-being 0.139. Regarding sufficient family income increased family well-being 0.203. For 1 addition family crisis, family well-being score would decrease 0.083. Therefore, these factors must be taken into consideration to amend based on priority of variables for the formula by promoting job control, reducing job demand, especially time constraint, including increasing social support from co-worker to promote family well-being.

Recommendations from Research Outcomes

For organization: There should be more personnel support in the following areas to promote pleasant work environment so that they could be happy with their jobs which should lead to family well-being.

1. In job control, opportunity must be presented to the personnel so they can reveal their ability in dealing with challenging job as well as giving them freedom to make their own decisions and apply skills and be creative while working.
2. Regarding psychological job demand, workload assessment should be done and sufficient numbers of personnel should be assigned to correspond to workload and priority.
3. For social support from work, pleasant atmosphere reflecting warm relationship between administrators and staff should be promoted. Making the organization as a single entity could reduce job strain among individuals through such internal social support activities as sport contests and parties.
4. Concerning income adequacy, an increase of emolument in terms of overtime payment or bonus in accordance with the personnel's contribution should be

considered so as to provide them with morale support as well as some additional money. Adequate income certainly affects the family well being.

Personnel

1. They should regularly improve their knowledge and efficiency.
2. They should accept other's opinions and participate in or support team work.
3. If there are stresses caused by either work or family, they should learn how to relieve them. Consulting family members or supervisor or colleague who are willing to help will enable them to cope with the problems.
4. They should allocate their money properly, sparing sufficiently for emergency, to reduce family stresses.
5. They should balance their work schedule with quality family time.

Recommendations for Further Studies

1. There should be the study in family well-being among personnel in different agencies under Bangkok Metropolitan Administration such as social workers, psychologists, administrators to compare results from different type of work.
2. Other factors effecting family well-being should be analyzed as well such as Emotional Quotient, coping with problems, perception of one's problems.
3. Public health nurses under stress from working should be the subject of further studies to find health risk factors that may cause sickness from work.

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ มาลานิตย์. (2542). *การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิการ์ คูประสิทธิ์. (2550). *ลักษณะงาน ความโกรธและความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิชกุล และ พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2542). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. ในพิมพวัลย์ บุญมงคล นิภรณ์ สันหจรียา และสันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ, หน้า 1-12. นครปฐม: เจนเดอร์เพรส.*
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2546). *หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: คัมปาย อิมเมจจิ่ง.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2548). *รายงานสรุปผลการสำรวจการบริการของผู้รับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: อินฟินิตี้.
- กระทรวงมหาดไทย. (2551). *สถิติข้อมูลที่สำคัญกระทรวงมหาดไทย ประจำปี 2551*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย.

- กัญญาวิณี สุวิทย์วรกุล. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงานต่อ ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.* กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- จรรยา เสี่ยงเสนาะ, สุนีย์ ละกะปิ่น และสมพร เตรียมชัยศรี. (2546). *การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่า ในตนเอง และความผาสุกเชิงองค์รวมของคูรักและคู่สมรส. วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 17(2), 47-58.*
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). *ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ. ในพิมพ์วิทย์ บุญมงคล นิกรณั สันหจรียา และศันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับ สุขภาพ, หน้า 14-41. นครปฐม: เจนเดอร์เพรส.*
- จิราภรณ์ แพร่ต่วน. (2543). *ความเครียดและความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- จุฑามาศ จันท. (2543). *ลักษณะทางประชากร ทักษะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเครียดทางสุขภาพต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศ องค์กร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- จุฑารัตน์ สุคันธรัตน์. (2541). *การรับรู้บรรยากาศองค์กรและความเครียดของบุคลากรใน โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- จุฑารัตน์ เทพพรบริสุทธิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพความเป็นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 11(3), 13-33.*

- จุฑารัตน์ เต็งรัตนประเสริฐและคณะ. (2547). *ความเครียดในงานและความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- จำลองลักษณ์ จามรโชติ อรอินทร์ ขำคม และชนิษฐา ศรีเรือนทอง. (2550). สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง (Mental Health in the City). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550*. วันที่ 1 - 3 สิงหาคม 2550. โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชื่นฤดี แก้วบุตร. (2535). *ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรและความผาสุกในครอบครัวของเด็กป่วยกลุ่ม อากาซซึก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตินา ปิงเมือง. (2547). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพงศ์ ภูริปรีชา. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของกำลังพลในสังกัดกรมราชองครักษ์*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงหทัย ทัศณี. (2549). *ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิต ของคู่สมรสที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข พิสมัย เสรีจรกิจเจริญ และ จิตรพรรณ ภูยาภักดีภพ. (2544). *การประเมินความเครียดจากการทำงานของพนักงานผู้ทำงานในสำนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมแหลมบัว อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิพากร สายเพชร. (2552). *ความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนวรรณ รัตนยานนท์. (2545). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุ่มเทในงาน ความทุ่มเทในครอบครัวกับความพึงพอใจในงานของพนักงานหญิงที่มีสถานภาพทางสมรสที่แตกต่างกันในรัฐวิสากิจที่ดี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- ธิดิยา อุปมา. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการปฏิบัติงานกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์ศศทศกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาคอร์ปคร้วและสังคัม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บังอร เทพเทียน ปรีนดา ตาสี ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์ และสุภัทรา อินทร์ไพบูลย์. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับครอบครัวเข้มแข็ง. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6(2), 25-38.
- บุหงา ภูษะคราม. (2533). *แบบแผนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมป์โฟบลาส*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพิศ สามะศิริ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกองการพยาบาล*, 34(3), 22-31.
- ประกา ลิมประสูตร. (2546). *มิติใหม่ของการพยาบาลสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 12 เรื่องบทบาทภารกิจสู่ความสำเร็จในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. วันที่ 27-31 ตุลาคม 2546. ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพมหานคร.
- ประหยัด สายวิเชียร และวาณี เอี้ยวศรีทอง. (2538). *การดำเนินชีวิตในครอบครัวกับความเครียดในการทำงาน*. เชียงใหม่: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปึงปอนด์ รักอานวยกิจ และ พิริยะ ผลพิรุพห์. (2550). *ความสุขกายสบายใจของคนเมืองนครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคัม*.
- ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวของคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผจงจิตต์ พิทักษ์ภากร. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวไทย*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พยอม วงศ์สารศรี. (2534). *การบริหารงานบุคคล*. กรุงเทพมหานคร: พรานนกการพิมพ์.
- พรพิมล จันทนะโสทธิ. (2548). *ความเครียดจากการประกอบอาชีพ: การบริหารจัดการและการเฝ้าระวัง*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 19(2), 66-78.

- พัทน์ย แก้วแพง. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 24 (2), 111-116.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูนสุข ช่วยทอง. (2548). *ครอบครัวและคุณภาพเด็ก*. กรุงเทพฯ: วิฑูรย์การปก.
- พิณทิพย์ สีนุ้ย. (2545). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิทยา จารุพูนผล. (2549). *สถานการณ์ครอบครัวไทย. ในเอกสารการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัว ครั้งที่ 5 ครอบครัวมีสุข ชุมชนเข้มแข็ง เมืองไทยแข็งแรง วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2549 ณ ห้องราชเทวี 2 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: วิฑูรย์การปก.*
- พิมพ์ทอง แจกจันทิก. (2542). *ความเครียดในบทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของสตรีทำงานนอกบ้านเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ผกา รังษิภักดิ์. (2548). *บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน. นิตยสารโรงพยาบาลกลาง*, 37(3), 151-162.
- ไพเราะ ผ่องโชค สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ (2547). *การพยาบาลอนามัยชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- ภัทรา เผือกพันธ์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน ลักษณะงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรกต ศรีสุข. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายกับความมั่นคงของเศรษฐกิจของผู้หญิงในครอบครัวไทย*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- มณีกานต์ สุภาเส. (2551). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสลิน เข็มยิ่งพานิช. (2539). *ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา เขียวศิริถาวร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระจากงาน ความสามารถในการควบคุมงานกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขต 2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพีพันธ์ ฉายวิมล, แก้วดา คณะวรรณ, วิณี ชิดเชิดวงศ์ และผกา บุญเรือง. (2545). *การสร้างแบบสำรวจความเครียดในอาชีพ*. รายงานการวิจัย. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วรรณภรณ์ โภคภิรมย์. (2545). *การดำรงชีวิตสมรสที่ยั่งยืนในทัศนะของผู้ที่เคยแต่งงานมาแล้ว*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วราภรณ์ อมรเพชรกุล. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล กับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจร ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ แก้วปาน, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสมพร เตรียมชัยศรี. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตในการทำงานกับความผาสุกเชิงองค์รวมของกลุ่มรักคู่สมรสในประเทศไทย*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 17 (3), 51-62.
- วาสนี ชาญศรี. (2551). *ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิชัย เทียนถาวร. (2542). การศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 22(4), 26-39.
- ศิริกุล จันทุม. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารงาน แบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพมหานคร: ชีระฟิล์มและโซเท็กซ์.
- ศิริรัตน์ อัจฉานนัสศิริ. (2545). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. (2545). *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด "ครอบครัวอยู่ดีมีสุข"*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล. (2542). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- สมจิตร ผนวช. (2545). *ปัจจัยที่ทำนายความผาสุกในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร เจริญชัยศรี วรรตมา สุขวัฒนานันท์ พิชราพร เกิดมงคล ปัญญรัตน์ ลาภวงส์วัฒนา และโสทรดา จิตต์เผือก (2546) ศึกษารูปแบบการปกครองบุตรของบิดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา ความรุนแรงในครอบครัว และความผาสุกเชิงองค์รวม: กรณีศึกษาคู่สมรส ในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 17(2), 72-81.
- สมยศ นาวิการ. (2538). *การพัฒนาองค์การและการจูงใจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ดวงกมล.
- สมยศ นาวิการ. (2549). *การบริหารและพฤติกรรมองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: กรุงธนพัฒนา.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2550). *เอกสารประกอบการอบรมโครงการ สิ่งแวดล้อมปลอดภัย การพยาบาลไทยมีคุณภาพ ประชากรราษฎร์เป็นสุข*. วันที่ 16-18 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร.

- สนธิ สมักรการ. (2538). *มีเงินก็นับว่าน่อง มีทองก็นับว่าพี่ ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สาวิตรี นูรณากาญจน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาในครอบครัวกับความผาสุกในครอบครัวชุมชนเมือง เขตสาทร กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริภรณ์ หันพงษ์กิตติกุล. (2542). *แหล่งความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดถวิล สืบสายพรหม. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุธีรา ทอมป์สัน. (2543). *มิติทางเพศ: มุมมองส่วนบุคคล. ในทองกร ชัยรังสี ธนพรรณ ฟองศิริราตรี ศิริศิริตรีรักษ์ วิชา ภวานภรณ์ ศิริวรรณ แซ่โจ้ว และอุมา ภูษิตาภรณ์ (บรรณาธิการ), สรุปรการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- สุพัตรา สุภาพ . (2540). *สังคมวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรีย์พร กลุญเจริญ. (2547). *ความเป็นหญิงชายและมิติทางเพศ : สุขภาพการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- สุลี ทองวิเชียร วันเพ็ญ แก้วปาน และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2549). *ครอบครัวและการทำงานทักษะชีวิตของกลุ่มสมรส*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2537). *เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว “ร่างนโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว”*. วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล.

- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2539). *การพัฒนาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *สถานการณ์ครอบครัวไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสมรสและการหย่าของประชากรไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2*. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- อภิชัย มงคล วัชณี หัตถพนม ณิชกร จำปาทอง สุขุม เฉลยทรัพย์ และไพรวลัย ร่วมชัย. (2551). *การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548*. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.
- อรุณี อุณหวารากร. (2549). *ความสุขจากการเสียสละ*. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาการเศรษฐกิจ, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 13 (1), 15-29.
- อัญชลี ทองมา. (2546). *ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของสตรีสมรสและสตรีโสดที่ทำงานนอกบ้าน : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์.
- _____. (2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- Adam, S., Gyorffy, Z. & Susanszky, E. (2008). Physician Burnout in Hungary A Potential Role for Work–Family Conflict. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 847–856.
- Aryee, S. & Luk, V. (1996). Work and nonwork influences on the career satisfaction of dual-earner couples. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 38-52.
- Auerbach, S.M. & Gramling, S.E. (1998). *Stress Management Psychological Foundations*. New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River.

- Bacharach, S., Bamberger, P. & Conley, S. (1991). Work-Home Conflict Among Nurses and Engineers: Mediating the Impact of Role Stress on Burnout and Satisfaction at Work. *Journal of Organizational Behavior*, 12 (1), 39-53.
- Behnke, A. & MacDermid, S. (2004). *Family well-being, a Sloan Work and Family Encyclopedia entry*. [Online]. Retrieved November 14, 2008, from http://wfnetwork.bc.edu/encyclopedia_entry.php?id=235.
- Booyen, S.W. (1993). General management approach. In S.W. Booyen (Ed.). *Dimensions of nursing management*. p.115-146. Kenwyn: Juta & Co.Ltd.
- Boss, P. (2002). *Family Stress Management: a Contextual Approach*. (2nd ed.). California: Sage Publication.
- Boyar, S.L., Maertz, C.P., Mosley, D.C. & Carr, J.C. (2008) The impact of work/family demand on work-family conflict. *Journal of Managerial Psychology*, 23(3), 215-235.
- Boyar, S.L., Maertz, C.P., Person, A.W. & Keough, S. (2003). Work-family conflict: a model of linkages between work and family domain variables and turnover intentions. *Journal of Managerial Issues*, 15 (2), 175-186.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1981). The PRQ – A social support measurement. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brown, W.B. & Moberg, D.J. (1980). *Organization theory and management : A macro approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Buapetch, A. (2008). *Development of the instrument for measuring psychosocial work environment in Thai garment workers*. Thesis the degree of doctor of public health, major in Public Health Nursing, Faculty of graduate studies Mahidol University.
- Burke, R. & Vinnicombe, S. (2005). Guest editorial advancing women's careers. *Career Development International*, 10(3), 165–167.
- Caldwell, S.M. (1988). _Measuring Family Well-Being : Conceptual Model, Reliability, Validity, and Use . In C.F. Waltz and O.A Strickland (Ed.). *Measurement of Nursing Outcome*. p. 396-422. New York: Springer Publishing Company.
- Caldwell, S.M. (2003). The Family Well-Being Assessment Tool. In O.L. Strickland & C. Dilorio (Ed.). *Measurement of Nursing Outcome*. (2nd ed.). p. 75-88. New York: Springer Publishing Company.

- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental Health*. New York: Behavioral Publications.
- Campbell, A. (1976). Subjective Measures of Well-Being. *American Psychologist*, 31(2), 117-124.
- Carlson, D.S. & Perrewé, P.L. (1999). The Role of Social Support in the Stressor-Strain Relationship: An Examination of Work-Family Conflict. *Journal of Management*, 25(4), 513-540.
- Catalano, J.C. (1994). A survey of educators' activities to empower nurses for practice. *Nursing Outlook*, 42(4), 182-187.
- Choi, J. & Chen, C. (2006). Gender Differences in Perceived Work Demands, Family Demands, and Life Stress among Married Chinese Employees. *Management and organization*, 2(2), 209-229.
- Chu, C.I., Lee, M.S. & Hsu, H.M. (2006). The Impact of Social Support and Job Stress on Public Health Nurses' Organizational Citizenship Behaviors in Rural Taiwan. *Journal of Public Health Nursing*, 23 (6), 496-505.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 34, 300-314.
- Cohen, S. & Willis, T.A. (1985). Stress, Social support and The Buffering Hypothesis. *Psychologica Bullentin*, 98(2), 310-357.
- Cooper, C.L., Dewe, P.J. & O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. California: Sage Publications.
- Cox, F.D. (2006). *Human Intimacy: Marriage, the Family, and Its Meaning*. (10th ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.
- Daniel, W.W. (2005). *Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (8th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43
- Doby, V.J. & Caplan, R.D. (1995). Organizational stress as threat to reputation: Effects on anxiety at work and at home. *Academy of Management Journal*, 38(4), 1105-1123.
- Eliopoulos, C. (1997). *Gerontological nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Escribà-Agüir , V. & Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health, 23*(3), 153-160.
- Feldman, R.S. (1993). *Understanding psychology*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Frone, M.R., Russell, M. & Cooper, M.L. (1992). Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of The Work and Family Interface. *Journal of Applied Psychology, 77*, 65-78.
- Frye, N.K. & Breugh, J.A. (2004). Family-Friendly Policies, Supervisor Support, Work-Family Conflict, Family-Work Conflict, and Satisfaction: A Test of a Conceptual Model.. *Journal of Business and Psychology, 19*(2), 197-220.
- Ganster, D. (1998). Autonomy and Control. In Stellman JM.(Ed.). *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. (4th ed.). pp.34.22-34.25. Geneva: International Labour Office.
- Greenhaus, J.H., Bedeian, A.G. & Mossholder, K.W. (1987). Work experiences, job performance, and feelings of personal and family well-being. *Journal of Vocational Behavior, 31*(2), 200-215.
- Grzywacz, J.G. & Butler, A.B. (2005). Extending the demands-control model: A daily diary study of job characteristics, work-family conflict and work-family facilitation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78*(2), 155-169.
- Grzywacz , J.G., Frone, M.R., Brewer, C.S. & Kovner, C.T. (2006). Quantifying Work-Family Conflict Among Registered Nurses. *Research in Nursing and Health, 29*, 414-426.
- Grzywacz, J.G., Thomas, A. & Antonio, M. (2007) Work-Family Conflict: Experiences and Health Implications Among Immigrant Latinos. *Journal of Applied Psychology, 92* (4), 1119-1130.
- Hellriegel, D., Slocum, J. & Woodman, R. (2001). *Organizational behavior: Work stress*. Ohio: South – Western College Publishing.
- Heponiemi, T, Elovainio, M., Pekkarinen, L., Sinervo, T. & Kouvonen, A. (2008). The effects of job demands and low job control on work-family conflict: the role of fairness in decision making and management. *Journal of Community Psychology, 36*(3), 387-398.

- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B.B. (1959). *The Motivation to Work* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hoge, T. (2009). When work strain transcends psychological boundaries: an inquiry into the relationship between time pressure, irritation, work–family conflict and psychosomatic complaints. *Stress and Health*, 25, 41–51.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley.
- Huselid, M.A. & Day, N.E. (1991). Organizational commitment, Job involvement and turnover: A substantive and methodologic analysis. *Journal of Applied Psychology*. 76(3), 380-391.
- Ivancevich, J.M. & Matteson, M.T. (1990). *Organizational behaviour and management*. (2nd ed.). Boston: Richard Irwin, Homewood.
- Jacobs, J.A. & Gerson, K. (2001). Overworked individuals or overworked families? Explaining trends in work, leisure, and family time. *Work and Occupations: An International Sociological Journal*, 28, 40-63.
- Jacobson, S.F. & McGrath, H.M. (1983). *Nurses Under Stress*. New York : John Wiley & Sons.
- Jan, M. & Masood, T. (2008). An Assessment of Life Satisfaction among Women. *Studies on Home and Community Science*, 2(1), 33-42.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health setting. *Journal of Advanced Nursing*. 48 (6), 622 – 631.
- Jex, S.M. (1998). Role Clarity and Role Overload. In J.M. Stellman (Ed.). *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. (4th ed.). Geneva: International Labour Office.
- Johnson, D.W. (1990). *Anger, Stress and Managing Your Feelings. Reaching out : Interpersonal Effectiveness and Self-Actualization*. (4th ed.). Englewood Cliff, N.J.: Prentice-Hall.
- Johnson, J. (1998). 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, 1339-1342.
- Kalimo, R., El-Batawi, M.A. & Cooper, C.L. (1987). *Psychosocial Factors at work and their relation of health*. Geneva: World Health Organization.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

- Karatepe, O.M. & Hasan, K. (2007). Relationships of Supervisor Support and Conflicts in the Work-Family Interface with the Selected Job Outcomes of Frontline Employees. *Tourism Management*, 28 (1), 238-52.
- Karatepe, O.M. & Uludag, O. (2008). Supervisor Support, Work-Family Conflict, and Satisfaction Outcomes: An Empirical Study in the Hotel Industry. *Journal of Human Resources in Hospitality and Tourism*, 7(2), 115 – 134.
- Kim, G.S., Cho, W. J., Lee, C.Y.I., Marion, L.N. & Kim M.J.(2005). The Relationship of Work Stress and Family Stress to the Self-Rated Health of Women Employed in the Industrial Sector in Korea . *Public Health Nursing*, 22 (5), 389-397.
- Kim, H.K. & McKenry, P.C. (2002). The Relationship Between Marriage and Psychological Well-being. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885-911.
- Kinnunen, U., Feldt, T., Geurts, S. & Pulkkinen, L. (2006). Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47 (2), 149-62.
- Kinnunen, U. & Mauno, S. (1998). Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women & men in Finland. *Human Relations*, 51(2), 157-177.
- Kinnunen, U. & Mauno, S. (1999). The effects of job stressors on marital satisfaction in Finnish dual-earner couples. *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), 879-895.
- Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y. W., Cheng, Y. & Suzuki, M. (2006). Factors Associated With Work Satisfaction of Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 71-79.
- Kristensen, T.S. (1995). The Demand-Control-Support Model: methodological challenges for future. *Research Stress Medicine*, 11, 17–26.
- Langfred, C.W. & Moye, N.A. (2004). Effects of Task Autonomy on Performance: An Extended Model Considering Motivational, Informational, and Structural Mechanisms. *Journal of Applied Psychology*. 89(6),934-945.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lee, J.K. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 86–91.
- Levy, M.R., Dignan M. & Shirreffs, J.H. (1992). *Target wellness: The core*. New York: McGraw-Hill.
- Lindholm, M. (2006) Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers positions. *Journal of Nursing Management*, 14, 300–309.
- Lips, H.M. (1994). *Sex & Gender*. (2nd ed.). Mountain View: Mayfield.
- Locke, E.A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*. Chicago: Rand McNally.
- Lu, L., Gilmour, R., Kao, S.F. & Huang, M.T. (2006). A cross-cultural study of work/family demands, work/family conflict and well-being: the Taiwanese vs British. *Career Development International*, 11(1), 9-2.
- Malloy, C. (1989). *Care of the Family*. Philadelphia: Lippincott.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mayo, M., Pastor, J. C. & Sanz, A.I. (2008). *Enabling Managers to Achieve Work-Family Balance: A Demands-Control Model of Housework Behavior and Family Satisfaction*. Retrieved July, 27, 2009 from <http://ssrn.com/abstract=1138789>.
- McCormick, E. & Ilgen, D.R. (1985). *Industrial and Organizational Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- McCubbin, H.I. & Dahl, B. (1985). *Marriage and family: Individuals and life cycles*. New York: John Wiley & Sons.
- McCubbin, H.I. & Patterson, A. (1983). *Stress and the family, Coping with Normative Transition*. New York: Brunner Mazer.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I. & McCubbin, M.A. (1996). *Family assessment: resiliency, coping and Adaptation-inventories for research and practice*. Wisconsin: University of Wisconsin Publishers.
- Mckeehan, I., Cowling, I.R. & Whykle, M.L. (1986). Cantril self-anchoring ladders: Methodological consideration for nursing science. In P.L., Chinn (Ed.) *Nursing Methodology*. pp. 285-294. Maryland: Aspen.

- Miller, J.C. (1971). Systems theory and family psychotherapy. *Nursing Clinics of North America*, 6(3), 395-406.
- Montgomery, A.J., Panagopolou, E. & Benos, A. (2006). Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health*, 22(3), 203-212.
- Neundorfer M.M. (1991). Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 40(5), 260-265.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. (4th ed.). St. Louis : Mosby.
- Palmore, E.B. & Luikart, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 13(1), 68-80.
- Parikh, P., Taukari, A. & Bhattacharya, T. (2004). Occupational Stress and Coping among Nurses. *Journal of Health Management*, 6(2), 115-127.
- Park, K.O. (2007). Social support for stress prevention in hospital settings. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*; 127(6), 260-264.
- Pelfrene, E., Vlerick, P., Mak, P.R., Smet, D.P., Konitzer, M. & Backer, D.G. (2001). Scale reliability and validity of the Karasek "Job Demand-Control-Support" model in the Belstress study. *Work and Stress*, 15(4), 297-313.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed.). California: Appleton and Lange.
- Perrone, K.M., Webb L.K. & Blalock R.H. (2006). Work-Family Interface: Commitment, Conflict, Coping, and Satisfaction. *Journal of Career Development*, 32(3), 286-300.
- Plotnik, R. (1989). *Introduction to Psychology*. New York: Random House.
- Proost, K., De Witte, H., De Witte, K. & Evers, G. (2004). Burnout among nurses: Extending the Job Demand-Control-Support model with work-home interference. *Psychological Belgica*, 44(4), 269-288.
- Rasgon, N.L, McGuire M.T. & Troisi, A. (2001). Evolutionary concepts of gender differences in depressive disorders. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E, (Ed.). *Mood disorders in women*. pp.35-45. London: Martin Dunitz.
- Robbins, S.P. (1983). *Organizational behavior*. (2nd ed.). Englewoods Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

- Ross, R.R. & Altmaier, E.M. (1994). *Intervention in Occupational Stress: A Handbook of Counselling for Stress at Work*. London: SAGE.
- Rovik, J.O. et al. (2007). Job Stress in Young Physicians with an Emphasis on the Work-Home Interface: A Nine-Year, Nationwide and Longitudinal Study of its Course and Predictors. *Industrial Health*, 45, 662–671.
- Sagara, J. & Ito, Y. (2006). Gender-role attitude and psychological well-being of middle-aged men : Focusing on employment patterns of their wives. *Japanese Psychological Research*, 48(1), 17-26.
- Schag, C.A., Ganz, P.A., Polinsky, M.L., Fred, C., Hirji, K. & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(4),783–793.
- Seiger, C.P. & Wiese, B.S. (2009). Social support from work and family domains as an antecedent or moderator of work–family conflicts. *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), 26-37.
- Seymour, L. (2003). *Nature and psychological well-being*. Peterborough: English Nature.
- Smet, P. et al. (2005). Gender and regional differences in perceived job stress across Europe European. *Journal of Public Health*, 15(5), 536–545.
- Swanberg, J. (2005). Job–Family Role Strain Among Low-Wage Workers. *Journal of Family and Economic Issues*, 26(1), 143-158.
- Tait, D. (1988). *Family Well-being : proceedings of workshop*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Terry, D.J., Nielsen, M. & Perchard, L. (1993). Effects of work stress on psychological well-being and job satisfaction: The stress-buffering role of social support. *Australian Journal of Psychology*, 45(3), 168 – 175.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual Methodological and Theoretical Problem in Studuing Social Support as a Buffer Againts Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 23(10), 145-149.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counsulting and Critical Psychology*. 54(4), 416-423.

- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior. Special No*, 53-79.
- Thomas, L.T. & Ganster, D.C. (1995). Impact of Family-Supportive Work Variables on Work-Family Conflict and Strain : A Control Perspective. *Journal of Applied Psychology*, 80: 6-15.
- Thompson, B.M. & Cavallaro, L. (2007). Gender, work-based support and family outcomes. *Stress and Health*, 23(2), 73-85.
- Thompson, B.M., Kirk, A. & Brown, D.F. (2005). Work based support, emotional exhaustion, and spillover of work stress to the family environment: A study of policewomen. *Stress and Health*, 21(3), 199-207.
- Tilden, V.P. & Weinert, C. (1987) Social support and the chronically ill. *The Nursing Clinics of North America*, 22, 613-620.
- Tobe, S.W., Kiss, A., Sainsbury, S., Jesin, M., Geerts, R. & Baker, B. (2007) The Impact of Job Strain and Marital Cohesion on Ambulatory Blood Pressure During 1 Year: The Double Exposure Study. *American Journal of Hypertension*, 20, 148 – 153.
- Vagg, P.R. , Spielberger, C.D., & Wasala, C.F. (2002). Effects of Organizational Level and Gender on Stress in the Workplace. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 243-261.
- Valcour, M. (2007). Work-based resources as moderators of the relationship between work hours and satisfaction with work-family balance. *Journal of Applied Psychological*, 92(6), 1512-23.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1998). The job demand-control(-support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health*, 13(5), 909 – 936.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13(2), 87 – 114.
- Vinokur, A.D., Pierce, P.F. and Buck, C.L. (1999), Work-family conflicts of women in the Air Force: their influence on mental health and functioning. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 865-78.

- Voydanoff, P. (2005). Work Demands and Work-to-Family and Family-to-Work Conflict *Journal of Family Issues*, 26(6), 707-726.
- Wallace, J.M. (1978). Living with Stress. *Nursing Time*, 74(11), 457-458.
- Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B. & Mayr, J. (1997). The effect of paid and unpaid work on nurses' well-being: the importance of gender. *Sociology of Health and Illness*, 19(3), 328-347.
- Wang, H.H.& Laffrey, S.C. (2001). A predictive model of well-being and self-care for rural elderly woman in Taiwan. *Research in nursing and health*, 24(2), 122-132.
- Wheeler, H.H. & Riding, R.J. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses: 2. *British Journal of Nursing*, 4(3), 160–168.
- Wheeler, H.H. (1997). A Review of nurse occupational stress research 1. *British Journal of Nursing*, 7(4), 226-229.
- Yildirim, D. & Aycan, Z. (2003). Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (9), 1366 - 1378.
- Zedlewski, S.R. (2002). Family economic resources in the post-reform era. *Future of Children*, 12, 121-145.
- Zimmerman, K.W., Skinner, D.A. & Birner, R. (2009). Career Involvement and Job Satisfaction as Related to Job Strain and Marital Satisfaction of Teachers and Their Spouses. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 8(6), 421-427.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพแบบสอบถาม

- 
1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จรวยพร สุภาพ ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 3. รองศาสตราจารย์ พิพัฒน์ ลักขมิจรัตกุล ภาควิชาจุลชีววิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 4. รองศาสตราจารย์ พูนสุข ช่วยทอง ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหิดล




เมื่อวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชумаต จงธรรมกถุณ)
อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา / ผู้ประสานงานรายวิชา

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ พญ. พรรณแข มไหสวริยะ)
อาจารย์ผู้สอน

ภาคผนวก ค

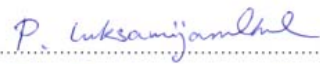
หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล




Documentary Proof of Ethical Clearance
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

Proof Number	MUPH2009-081
Project Title	Factors Related to Family Well-Being among Public Health Nurses under Health Center of Department of Health in Bangkok Metropolitan Administration
Project Number	25/2552
Principal Investigator	Mrs. Orawan Likitpornswan
Official Address	Master of Science (Public Health) Program in Public Health Nursing Faculty of Public Health, Mahidol University 420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.


.....
(Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul)

Chairman of Ethics Committee for Human Research


.....
(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

Date of Approval : 24 April 2009

Date of Expiration : 23 April 2010

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณา
และควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร



No. พ. 55

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Factors Related to Family Well-being among
Public Health Nurses, Public Health Center,
Health Department, Bangkok Metropolitan
Administration

Registered Number : 042.52

Principal Investigator : Mrs. Orawan Likitpornswan

Name of Institution : Health Department

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

K. Kaewnil

..... Chairman

(Mr. Kraichack Kaewnil)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL **12 MAY 2009**

ภาคผนวก จ

หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย

โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อ
เป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลใดๆต่อตัวข้าพเจ้า

ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็น
สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น
ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันที
โดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ภาคผนวก จ
สิ่งที่ค้นพบจากงานวิจัย

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความเครียดในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ
(n=239)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
ความต้องการจากงาน (ภาระงาน)							
1. งานมากไม่รู้อะไรจะเริ่มทำอะไรก่อน (-)	17 (7.1)	37 (15.5)	95 (39.7)	63 (26.4)	27 (11.3)	3.19*	1.059
2. บุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน (+)	43 (18.0)	82 (34.3)	76 (31.8)	30 (12.6)	8 (3.3)	2.49*	1.033
3. งานตรงกับความรู้ความสามารถ (+)	0 (0)	3 (1.3)	46 (19.2)	128 (53.6)	62 (25.9)	4.04	0.709
4. งานที่ทำมากเกินไปกำลังความสามารถ (-)	14 (5.9)	49 (20.5)	88 (36.8)	55 (23.0)	33 (13.8)	3.18*	1.092
5. งานมากต้องทำงานมีค่าน้ำหนักกลับมาทำที่บ้าน (-)	28 (11.7)	48 (20.1)	63 (26.4)	49 (20.5)	51 (21.3)	3.20*	1.302
6. งานมากต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (-)	47 (19.7)	91 (38.1)	56 (23.4)	33 (13.8)	12 (5.0)	2.46	1.107
ความต้องการจากงาน (ความกดดันด้านเวลา)							
7. มีเวลาเพียงพอในการทำงาน (+)	23 (9.6)	58 (24.3)	82 (34.3)	65 (27.2)	11 (4.6)	2.93*	1.041
8. ปฏิบัติงานเสร็จภายในเวลาที่กำหนด (+)	7 (2.9)	25 (10.5)	75 (31.4)	99 (41.4)	33 (13.8)	3.53	0.956
9. เร่งรีบปฏิบัติงานเพื่อให้เสร็จตามเวลา (-)	3 (1.3)	11 (4.6)	49 (20.5)	112 (46.9)	64 (26.8)	3.93*	0.877
10. มีเวลาเหลือทำงานด้านอื่น (+)	63 (26.4)	84 (35.1)	60 (25.1)	25 (10.5)	7 (2.9)	2.28*	1.058

* ข้อ 1-17 เป็นข้อที่มีความต้องการจากงานสูง ข้อ 18-33 เป็นข้อที่มีความสามารถในการควบคุมงานต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความเครียดในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
11. ไม่มีเวลาศึกษางาน (-)	29 (12.1)	98 (41.0)	89 (37.2)	19 (7.9)	4 (1.7)	2.46	0.868
ความต้องการจากงาน (ความขัดแย้งในบทบาท)							
12. บทบาทภายในองค์กรชัดเจน (+)	7 (2.9)	22 (9.2)	83 (34.7)	104 (43.5)	23 (9.6)	3.48	0.897
13. ได้รับมอบหมายงานนอก (-)	5 (2.1)	24 (10.0)	85 (35.6)	98 (41.0)	27 (11.3)	3.49*	0.898
14. เข้าใจบทบาทที่ชัดเจน (+)	1 (0.4)	3 (1.3)	50 (20.9)	126 (52.7)	59 (24.7)	4.00	0.739
15. บทบาทไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง (-)	11 (4.6)	51 (21.3)	92 (38.5)	62 (25.9)	23 (9.6)	2.15	1.012
16. ไม่ต้องทำงานอื่น (+)	84 (35.1)	93 (38.9)	50 (20.9)	7 (2.9)	5 (2.1)	1.98*	0.932
17. มีคนสั่งงานมากกว่า 1 คน (-)	24 (10.0)	44 (18.4)	58 (24.3)	77 (32.2)	36 (15.1)	3.24*	1.208
ความสามารถในการควบคุมงาน (การมีอำนาจตัดสินใจในงาน)							
18. ไม่สามารถกำหนดได้ว่าทำงานอะไร (-)	72 (30.1)	99 (41.4)	53 (22.2)	11 (4.6)	4 (1.7)	2.06	0.926
19. มีอำนาจตัดสินใจทำงาน (+)	6 (2.5)	12 (5.0)	69 (28.9)	111 (46.4)	41 (17.2)	3.71	0.897
20. ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น (-)	39 (16.3)	98 (41.0)	60 (25.1)	30 (12.6)	12 (5.0)	2.49	1.065
21. มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย (+)	13 (5.4)	42 (17.6)	89 (37.2)	75 (31.4)	20 (8.4)	3.20	1.004
22. ตอบได้ว่างานที่ทำมีคุณภาพ (+)	0 (0)	5 (2.1)	60 (25.1)	127 (53.1)	47 (19.7)	3.90	0.724
23. ไม่มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (-)	63 (26.4)	97 (40.6)	63 (26.4)	13 (5.4)	3 (1.3)	2.15	0.916

* ข้อ 1-17 เป็นข้อที่มีความต้องการจากงานสูง * ข้อ 18-33 เป็นข้อที่มีความสามารถในการควบคุมงานต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความเครียดในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
24. ท่านมีอิสระที่จะไม่ทำตามข้อเสนอ (+)	22 (9.2)	66 (27.6)	106 (44.4)	38 (15.9)	7 (2.9)	2.76*	0.930
25. ไม่มีสิทธิเลือกผู้ที่จะทำงาน (-)	24 (10.0)	51 (21.3)	82 (34.3)	45 (18.8)	37 (15.5)	3.08*	1.192
ความสามารถในการควบคุมงาน							
(การมีอิสระในการใช้ทักษะทำงาน)							
26. ไม่สามารถวางแผนปฏิบัติการพยาบาล (-)	78 (32.6)	84 (35.1)	56 (23.4)	17 (7.1)	4 (1.7)	2.10	0.995
27. ต้องใช้ทักษะและความชำนาญสูง (+)	0 (0)	7 (2.9)	31 (13.0)	125 (52.3)	76 (31.8)	4.13	0.742
28. กำหนดเป้าหมายตามบทบาทความรับผิดชอบ ของพยาบาลวิชาชีพ (+)	4 (1.7)	6 (2.5)	44 (18.4)	128 (53.6)	57 (23.8)	3.95	0.821
29. งานซ้ำซาก น่าเบื่อหน่าย (-)	50 (20.9)	77 (32.2)	81 (33.9)	23 (9.6)	8 (3.3)	2.42	1.030
30. ไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล (-)	110 (46.0)	90 (37.7)	25 (10.5)	13 (5.4)	1 (0.4)	1.77	0.877
31. มีโอกาสพัฒนาความสามารถ (+)	3 (1.3)	9 (3.8)	54 (22.6)	118 (49.4)	55 (23.0)	3.89	0.843
32. ไม่ต้องเสาะหาความรู้เพิ่มเติม (-)	137 (57.3)	81 (33.9)	15 (6.3)	6 (2.5)	0 (0)	1.54	0.726
33. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (+)	0 (0)	4 (1.7)	42 (17.6)	105 (43.9)	88 (36.8)	4.16	0.767

* ข้อ 1-17 เป็นข้อที่มีความต้องการจากงานสูง * ข้อ 18-33 เป็นข้อที่มีความสามารถในการควบคุมงานต่ำ

**ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน
จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)**

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
ด้านอารมณ์สังคม							
1. ให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง	6 (2.5)	12 (5.0)	59 (24.7)	106 (44.4)	56 (23.4)	3.81*	0.936
2. ขกข้องและให้เกียรติท่าน	1 (0.4)	8 (3.3)	49 (20.5)	129 (54.0)	52 (21.8)	3.93*	0.770
3. แสดงความชื่นชม	2 (0.8)	12 (5.0)	65 (27.2)	107 (44.8)	53 (22.2)	3.82*	0.861
4. มีการนัดพบปะสังสรรค์	51 (21.3)	46 (19.2)	81 (33.9)	48 (20.1)	13 (5.4)	2.69**	1.172
5. ยอมรับฟังความคิดเห็น	3 (1.3)	11 (4.6)	58 (24.3)	124 (51.9)	43 (18.0)	3.81*	0.828
6. แสดงความห่วงใยท่าน	8 (3.3)	23 (9.6)	60 (25.1)	100 (41.8)	48 (20.1)	3.66**	1.012
7. รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ	20 (8.4)	20 (8.4)	71 (29.7)	90 (37.7)	38 (15.9)	3.44**	1.113
8. มีช่องทางเมื่อเดินทางไปต่างถิ่น	15 (6.3)	17 (7.1)	63 (26.4)	86 (36.0)	58 (24.3)	3.65**	1.112
9. ให้อภัย	2 (0.8)	14 (5.9)	69 (28.9)	105 (43.9)	49 (20.5)	3.77*	0.869
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
10. ได้รับข่าวสารที่ทันเหตุการณ์	3 (1.3)	13 (5.4)	45 (18.8)	125 (52.3)	53 (22.2)	3.89*	0.855
11. ให้อข้อมูลแก่ท่านในการพัฒนาตนเอง	1 (0.4)	17 (7.1)	43 (18.0)	116 (48.5)	62 (25.9)	3.92*	0.871
12. ได้รับการสนับสนุนให้	1 (0.4)	7 (2.9)	35 (14.6)	111 (46.4)	85 (35.6)	4.14*	0.800
13. ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา	2 (0.8)	9 (3.8)	51 (21.3)	116 (48.5)	61 (25.5)	3.94*	0.833

* เป็นข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง **ระดับปานกลาง *** ระดับต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน
จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
14. แนะนำแหล่งประโยชน์ในการค้นคว้าข้อมูล	8 (3.3)	17 (7.1)	72 (30.1)	98 (41.0)	44 (18.4)	3.64**	0.972
15. วิเคราะห์ปัญหาในการทำงาน	6 (2.5)	13 (5.4)	66 (27.6)	109 (45.6)	45 (18.8)	3.73*	0.915
ด้านทรัพยากร							
16. แบ่งเบาภาระงาน	19 (7.9)	16 (6.7)	90 (37.7)	79 (33.1)	35 (14.6)	3.40**	1.071
17. ดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย	15 (6.3)	13 (5.4)	59 (24.7)	98 (41.0)	54 (22.6)	3.68*	1.077
18. จัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้	5 (2.1)	17 (7.1)	72 (30.1)	96 (40.2)	49 (20.5)	3.70*	0.944
19. ให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน	4 (1.7)	26 (10.9)	66 (27.6)	101 (42.3)	42 (17.6)	3.63**	0.952
20. จัดมุมทำงานให้	10 (4.2)	20 (8.4)	56 (23.4)	92 (38.5)	61 (25.5)	3.73*	1.064
21. แนะนำแนวทางเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน	51 (21.3)	44 (18.4)	76 (31.8)	47 (19.7)	21 (8.8)	2.76**	1.239

* เป็นข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง **ระดับปานกลาง *** ระดับต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน
จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
ด้านอารมณ์สังคม							
1. ให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง	0 (0)	2 (0.8)	27 (11.3)	124 (51.9)	86 (36.0)	4.23*	0.675
2. ขกของและใหัเกียรติทำน	0 (0)	4 (1.7)	40 (16.7)	123 (51.5)	72 (30.1)	4.10*	0.726
3. แสดงความชื่นชม	0 (0)	7 (2.9)	58 (24.3)	113 (47.3)	61 (25.5)	3.95*	0.785
4. มีการนัดพบปะสังสรรค์	14 (5.9)	23 (9.6)	79 (33.1)	79 (33.1)	44 (18.4)	3.49**	1.080
5. ขอมรับฟังความคิดเห็น	2 (0.8)	2 (0.8)	42 (17.6)	129 (54.0)	64 (26.8)	4.05*	0.743
6. แสดงความห่วงใยทำน	4 (1.7)	8 (3.3)	60 (25.1)	120 (50.2)	47 (19.7)	3.83*	0.840
7. รับฟังปัญหาและใหักำลังใจ	6 (2.5)	9 (3.8)	57 (23.8)	112 (46.9)	55 (23.0)	3.84*	0.907
8. มีของฝากเมื่อเดินทางไปต้งถิ่น	2 (0.8)	6 (2.5)	47 (19.7)	106 (44.4)	78 (32.6)	4.05*	0.836
9. ใหัอภัย	2 (0.8)	6 (2.5)	54 (22.6)	116 (48.5)	61 (25.5)	3.95*	0.811
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
10. ใด้รับข่าวสารที่ทันเหตุการณ์	2 (0.8)	6 (2.5)	52 (21.8)	130 (54.4)	49 (20.5)	3.91*	0.770
11. ใหัข้อมูลแก่ทำนในการพัฒนาตนเอง	2 (0.8)	9 (3.8)	59 (24.7)	118 (49.4)	51 (21.3)	3.87*	0.819
12. ใด้รับการสนับสนุนใหั	4 (1.7)	8 (3.3)	48 (20.1)	112 (46.9)	67 (28.0)	3.96*	0.876
13. ใด้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา	2 (0.8)	7 (2.9)	55 (23.0)	116 (48.5)	59 (24.7)	3.93*	0.817

* เป็นข้อที่ใด้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง **ระดับปานกลาง *** ระดับต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน
จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
14. แนะนำแหล่งประโยชน์ในการค้นคว้าข้อมูล	6 (2.5)	15 (6.3)	75 (31.4)	93 (38.9)	50 (20.9)	3.69*	0.954
15. วิเคราะห์ปัญหาในการทำงาน	2 (0.8)	7 (2.9)	62 (25.9)	109 (45.6)	59 (24.7)	3.90*	0.832
ด้านทรัพยากร							
16. แบ่งเบาภาระงาน	4 (1.7)	10 (4.2)	59 (24.7)	107 (44.8)	59 (24.7)	3.87*	0.893
17. ดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย	6 (2.5)	6 (2.5)	48 (20.1)	108 (45.2)	71 (29.7)	3.97*	0.909
18. จัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้	4 (1.7)	8 (3.3)	73 (30.5)	106 (44.4)	48 (20.1)	3.78*	0.863
19. ให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน	3 (1.3)	8 (3.3)	57 (23.8)	105 (43.9)	66 (27.6)	3.93*	0.872
20. จัดมุมทำงานให้	8 (3.3)	17 (7.1)	66 (27.6)	82 (34.3)	66 (27.6)	3.76*	1.041
21. แนะนำแนวทางเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน	41 (17.2)	31 (13.0)	80 (33.5)	56 (23.4)	31 (13.0)	3.02**	1.255

* เป็นข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง **ระดับปานกลาง *** ระดับต่ำ

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ
(n=239)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
ด้านโครงสร้างครอบครัว							
(ภาวะเครียดในครอบครัว)							
1. ครอบครัวจะพุดจกกันโดยไม่ใช้ความรุนแรง (+)	7 (2.9)	11 (4.6)	24 (10.0)	73 (30.5)	124 (51.9)	4.24*	0.007
2. บ้านเป็นแหล่งที่เครียด (-)	140 (58.6)	59 (24.7)	22 (9.2)	13 (5.4)	5 (2.1)	1.68*	0.992
3. บรรยากาศในบ้านเปรียบเหมือนลูกโป่งที่พร้อมจะแตก (-)	173 (72.4)	40 (16.7)	14 (5.9)	7 (2.9)	5 (2.1)	1.46*	0.892
ด้านโครงสร้างครอบครัว							
(ความพึงพอใจในครอบครัว)							
4. ลักษณะครอบครัวที่ท่านต้องการเป็นสมาชิก (+)	12 (5.0)	9 (3.8)	31 (13.0)	60 (25.1)	127 (53.1)	4.18*	1.113
5. ท่านพึงพอใจในบทบาทที่ท่านทำอยู่ (+)	1 (0.4)	8 (3.3)	21 (8.8)	71 (29.7)	138 (57.7)	4.41*	0.819
6. ท่านสามารถทำหน้าที่ภายในครอบครัวได้อย่างดีเยี่ยม (+)	1 (0.4)	10 (4.2)	41 (17.2)	97 (40.6)	90 (37.7)	4.11*	0.863
ด้านโครงสร้างครอบครัว							
(แรงสนับสนุนภายในครอบครัว)							
7. แสดงความยินดีกับความสำเร็จในงานอาชีพ (+)	0 (0)	5 (2.1)	24 (10.0)	72 (30.1)	138 (57.7)	4.44*	0.758
8. ให้ความสนใจในสิ่งที่ท่านกำลังพุดอยู่ (+)	0 (0)	2 (0.8)	29 (12.1)	99 (41.4)	109 (45.6)	4.32*	0.715
9. ช่วยเหลือและเป็นปากเสียงแทนเมื่อมีปัญหา กับบุคคลภายนอก (+)	6 (2.5)	4 (1.7)	30 (12.6)	94 (39.3)	105 (43.9)	4.21*	0.905
10. สนับสนุนให้ท่านได้ศึกษาอบรมเพิ่มเติม (+)	6 (2.5)	3 (1.3)	28 (11.7)	79 (33.1)	123 (51.5)	4.30*	0.907

* เป็นข้อที่ทำให้ครอบครัวมีความพุดสูง/ไม่มีความเครียด ** พุดปานกลาง/ความเครียดต่ำ

*** พุดต่ำ/ ความเครียดปานกลาง

**** ไม่มีความพุด/ความเครียดสูง

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
ด้านโครงสร้างครอบครัว							
(ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว)							
11. พร้อมช่วยเหลือภาระงานบ้านของท่าน (+)	5 (2.1)	10 (4.2)	43 (18.0)	76 (31.8)	105 (43.9)	4.11*	0.983
12. ให้การดูแลและเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี (+)	1 (0.4)	3 (1.3)	24 (10.0)	70 (29.3)	141 (59.0)	4.45*	0.759
13. มักทำตามในสิ่งที่เขาแนะนำเสมอ (+)	5 (2.1)	7 (2.9)	66 (27.6)	107 (44.8)	54 (22.6)	3.83**	0.884
14. นานๆ ครั้งที่จะทำกิจกรรมที่สนุกสนาน ร่วมกัน (-)	71 (29.7)	70 (29.3)	49 (20.5)	34 (14.2)	15 (6.3)	2.38**	1.224
ด้านโครงสร้างครอบครัว							
(การปรับตัวของครอบครัว)							
15. มีนิสัยในการเรียนรู้และยอมรับข้อจำกัดที่แต่ ละคนมี (+)	9 (3.8)	9 (3.8)	59 (24.7)	106 (44.4)	56 (23.4)	3.80**	0.967
16. ทำในสิ่งที่แตกต่าง อาจก่อให้เกิดความตึง เครียด (-)	52 (21.8)	75 (31.4)	76 (31.8)	25 (10.5)	11 (4.6)	2.45**	1.083
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว							
(ความขัดแย้งในบทบาท)							
17. แลกเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและอยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุข (+)	5 (2.1)	6 (2.5)	34 (14.2)	105 (43.9)	89 (37.2)	4.12*	0.890
18. ลำบากที่จะตอบสนองความต้องการ เมื่อมี ความขัดแย้งเกิดขึ้น (-)	59 (24.7)	81 (33.9)	63 (26.4)	23 (9.6)	13 (5.4)	2.37**	1.119
19. ความคิดของท่านและครอบครัวแตกต่างกัน (-)	63 (26.4)	90 (37.7)	60 (25.1)	17 (7.1)	9 (3.8)	2.24**	1.041
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว							
(บทบาทหนักเกินไป)							
20. คาดหวังให้ท่านแสดงบทบาทที่ดีกว่านี้ (-)	74 (31.0)	83 (34.7)	43 (18.0)	31 (13.0)	8 (3.3)	2.23**	1.123

* เป็นข้อที่ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจสูง/ไม่มีความเครียด ** พึงพอใจปานกลาง/ความเครียดต่ำ

*** พึงพอใจต่ำ/ความเครียดปานกลาง

**** ไม่มีความพึงพอใจ/ความเครียดสูง

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
21. ครอบครัวคาดหวังมากเกินไปที่ท่านสามารถทำได้ (-)	87 (36.4)	84 (35.1)	41 (17.2)	19 (7.9)	8 (3.3)	2.07**	1.075
22. บทบาทในครอบครัวกระทบกับบทบาทในการทำงาน (-)	114 (47.7)	83 (34.7)	32 (13.4)	5 (2.1)	5 (2.1)	1.76*	0.911
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว (ความคลุมเครือในบทบาท)							
23. บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวชัดเจน (+)	12 (5.0)	32 (13.4)	62 (25.9)	83 (34.7)	50 (20.9)	3.53**	1.114
24. รู้ว่าครอบครัวคาดหวังอะไร (+)	8 (3.3)	13 (5.4)	54 (22.6)	103 (43.1)	61 (25.5)	3.82**	0.986
25. ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอ (+)	1 (0.4)	6 (2.5)	31 (13.0)	127 (53.1)	74 (31.0)	4.12*	0.752
26. ไม่รู้ว่าคนในครอบครัวคิดอะไร (-)	109 (45.6)	83 (34.7)	30 (12.6)	9 (3.8)	8 (3.3)	1.85*	1.007
28. สามารถบอกได้ว่าบทบาทในครอบครัวเป็นอย่างไร (+)	1 (0.4)	2 (0.8)	14 (5.9)	112 (46.9)	110 (46.0)	4.37*	0.673
29. ไม่แน่ใจว่าในบทบาทที่เป็นอยู่ (-)	154 (64.4)	62 (25.9)	13 (5.4)	6 (2.5)	4 (1.7)	1.51*	0.844
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว (การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท)							
30. มีเวลาในการปรึกษาเรื่องภายในครอบครัวร่วมกัน (+)	3 (1.3)	13 (5.4)	41 (17.2)	93 (38.9)	89 (37.2)	4.05*	0.936
31. ท่านมีอิทธิพลต่อทุกเรื่อง (+)	3 (1.3)	10 (4.2)	55 (23.0)	90 (37.7)	81 (33.9)	3.99**	0.923
32. ไม่ฟังเสียงของท่าน (-)	136 (56.9)	75 (31.4)	22 (9.2)	4 (1.7)	2 (0.8)	1.58*	0.794
33. บอกเล่าถึงเรื่องสำคัญที่เกิดขึ้นในครอบครัว (+)	2 (0.8)	4 (1.7)	23 (9.6)	85 (35.6)	125 (52.3)	4.37*	0.793

* เป็นข้อที่ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจสูง/ไม่มีความเครียด ** พึงพอใจปานกลาง/ความเครียดต่ำ

*** พึงพอใจต่ำ/ความเครียดปานกลาง

**** ไม่มีความพึงพอใจ/ความเครียดสูง

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
34. ขอความคิดเห็นในเรื่องสำคัญ (+)	3 (1.3)	6 (2.5)	20 (8.4)	87 (36.4)	123 (51.5)	4.34*	0.835
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว							
(การเตรียมพร้อมในบทบาท)							
35. ท่านเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง (+)	2 (0.8)	4 (1.7)	44 (18.4)	104 (43.5)	85 (35.6)	4.11*	0.820
37. ไม่ได้เตรียมตัวที่จะทำบทบาทของตนในครอบครัว (-)	108 (45.2)	78 (32.6)	42 (17.6)	4 (1.7)	7 (2.9)	1.85*	0.969
ด้านความเปราะบางในครอบครัว							
(อาการทางกายที่มีผลจากจิต)							
38. หลับยากหรือนอนไม่หลับ (-)	138 (57.7)	60 (25.1)	28 (11.7)	8 (3.3)	5 (2.1)	1.67*	0.955
39. ปวดศีรษะ (-)	129 (54.0)	68 (28.5)	26 (10.9)	13 (5.4)	3 (1.3)	1.72*	0.950
40. กังวลใจมากเกี่ยวกับครอบครัว (-)	95 (39.7)	74 (31.0)	49 (20.5)	11 (4.6)	10 (4.2)	2.03**	1.080
42. ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร (-)	168 (70.3)	52 (21.8)	13 (5.4)	6 (2.5)	0 (0)	1.40*	0.708
43. กระสับกระส่ายหงุดหงิด (-)	134 (56.1)	70 (29.3)	27 (11.3)	7 (2.9)	1 (0.4)	1.62*	0.830
44. ปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและไหล่ (-)	109 (45.6)	70 (29.3)	36 (15.1)	17 (7.1)	7 (2.9)	1.92*	1.074
ด้านความเปราะบางในครอบครัว							
(ความพึงพอใจในชีวิต)							
27. มีความสุขอย่างมาก (+)	3 (1.3)	7 (2.9)	48 (20.1)	117 (49.0)	64 (26.8)	3.97**	0.837
36. เต็มไปด้วยความสมหวัง (+)	4 (1.7)	14 (5.9)	81 (33.9)	92 (38.5)	48 (20.1)	3.69**	0.914

* เป็นข้อที่ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจสูง/ไม่มีความเครียด ** พึงพอใจปานกลาง/ความเครียดต่ำ

*** พึงพอใจต่ำ/ ความเครียดปานกลาง

**** ไม่มีความพึงพอใจ/ความเครียดสูง

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจในครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

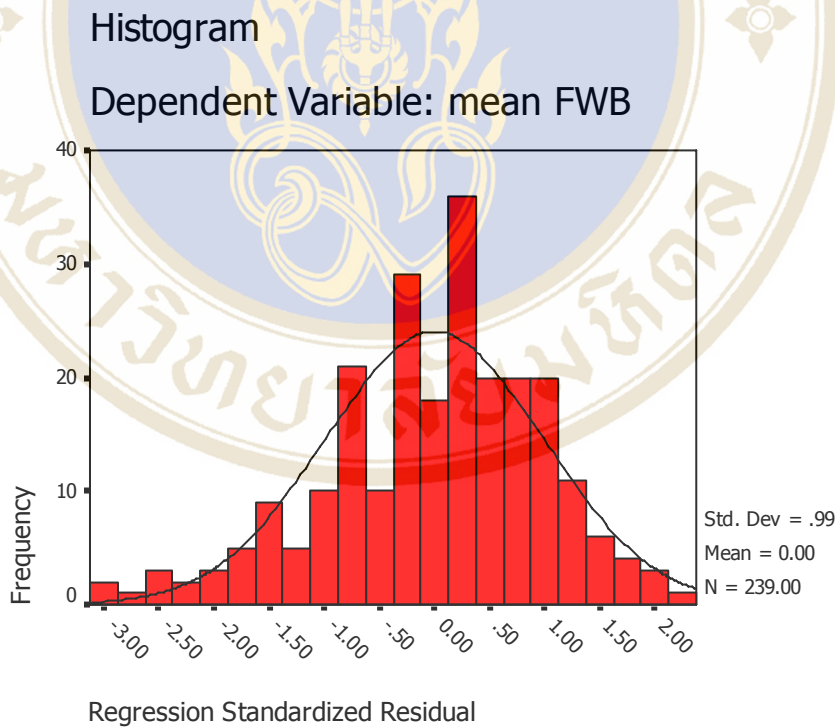
ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{x}	S.D.
	1	2	3	4	5		
41. รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว (-)	148 (61.9)	63 (26.4)	19 (7.9)	7 (2.9)	2 (0.8)	1.54*	0.828
45. ราวกับท่านได้รับรางวัลชีวิต (+)	11 (4.6)	20 (8.4)	79 (33.1)	83 (34.7)	46 (19.2)	3.56**	1.039
46. ชีวิตไม่มีอะไรเลย (-)	164 (68.6)	49 (20.5)	20 (8.4)	5 (2.1)	1 (0.4)	1.45*	0.770

* เป็นข้อที่ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจสูง/ไม่มีความเครียด ** พึงพอใจปานกลาง/ความเครียดต่ำ

*** พึงพอใจต่ำ/ความเครียดปานกลาง **** ไม่มีความพึงพอใจ/ความเครียดสูง

ตารางภาคผนวกที่ 5 ตัวแปรหุ่น (Dummy-Coding Variables) ที่ทำการศึกษาความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรหุ่น	0	1
สถานภาพสมรส	โสด,หม้าย,หย่า	คู่
การมีโรคประจำตัว	ไม่มีโรค	มีโรค
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า/เทียบเท่าปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
การปฏิบัติหน้าที่ปัจจุบัน	ปฏิบัติกร	บริหาร
การฝึกอบรมเพิ่มเติม	ไม่ได้รับ	ได้รับ
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
ลักษณะครอบครัว	เดี่ยว	ขยาย
ความรู้สึกรู้สึกต่อภาระในครอบครัว	ไม่รู้สึกรู้สึกกังวล	รู้สึกวิตกกังวล



ภาพภาคผนวกที่ 1 Normal Probability (Histogram) ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Residual)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**

.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลไปใช้
ในการศึกษา และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์
และมีคุณค่าอย่างยิ่งในการวางแผนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่
เกี่ยวข้องกับความผาสุกในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลโดยรวมต่อไป
 2. คำตอบของแบบสอบถามฉบับนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด เนื่องจากคำถามได้สร้าง
ขึ้นเพื่อวัดการรับรู้และความคิดเห็นของท่านเท่านั้น ดังนั้นกรุณาตอบคำถามจากความคิดเห็นที่
เป็นจริงของท่าน
 3. หากท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม กรุณาเขียนข้อความลงใน
เนื้อที่ว่างท้ายแบบสอบถาม
 4. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้
- | | | |
|-----------|------------------------------------|--------------|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 18 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากงาน | จำนวน 33 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากงาน | จำนวน 21 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามความผาสุกในครอบครัว | จำนวน 46 ข้อ |

ขอขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมในการวิจัย

อรรรรณ ลิขิตพรสวรรค์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความแต่ละข้อหรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันทำแบบสอบถาม)
2. สถานภาพสมรส
 - [] 1. โสด
 - [] 2. คู่ (อยู่บ้านเดียวกัน)
 - [] 3. คู่ (แยกกันอยู่เพราะการทำงาน)
 - [] 4. หม้าย
 - [] 5. หย่า/แยกถาวร
3. วุฒิการศึกษา
 - [] 1. อนุปริญญา
 - [] 2.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - [] 3. สูงกว่าปริญญาตรี
4. การปฏิบัติงานภายหลังสำเร็จการศึกษาพยาบาล
 - [] 1. แผนกสูติ-นรีเวช สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 2. แผนกศัลยกรรม สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 3. แผนกอายุรกรรม สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 4. แผนกเด็ก สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 5. ห้องผ่าตัด สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 6. ห้องฉุกเฉิน สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 7. อื่นๆ.....สถานที่.....จำนวน.....ปี.....เดือน
 - [] 8. ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน.....ปี.....เดือน
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน้าที่ใด
 - [] 1. หัวหน้าพยาบาล
 - [] 2. พยาบาลครอบครัว
 - [] 3. พยาบาลอนามัยโรงเรียน
 - [] 4. พยาบาลห้องปฏิบัติการ
 - [] 5. พยาบาลในคลินิกพิเศษ ระบุ.....
6. ประสบการณ์การทำงานในหน้าที่ปัจจุบัน ปี เดือน
7. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องใด
 - [] 1. ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร
 - [] 2. การบริหารการพยาบาล
 - [] 3. การพยาบาลสาธารณสุข
 - [] 4. การพยาบาลเวชปฏิบัติ
 - [] 5. การจัดการข้อมูลสารสนเทศ
 - [] 6. อื่นๆ ระบุ

8. หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย

- 1. เป็นคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข
- 2. เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข
- 3. เป็นผู้ประสานงานคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข
- 4. เป็นคณะกรรมการ.....
- 5. เป็นคณะกรรมการ.....
- 6. เป็นคณะกรรมการ.....

9. โรคประจำตัวของท่าน (ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์)

- 1. ไม่มีโรคประจำตัว
- 2. โรคความดันโลหิตสูง เป็นมานาน.....ปี
- 3. โรคเบาหวาน เป็นมานาน.....ปี
- 4. โรคหัวใจ เป็นมานาน.....ปี
- 5. โรคระบบทางเดินอาหาร ระบุ..... เป็นมานาน.....ปี
- 6. โรคเกี่ยวกับตา ระบุ..... เป็นมานาน.....ปี
- 7. โรคเกี่ยวกับกระดูก ระบุ..... เป็นมานาน.....ปี
- 8. โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ระบุ..... เป็นมานาน.....ปี
- 9. อื่นๆ ระบุ..... เป็นมานาน.....ปี

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำงานนอกเวลาราชการบ้างหรือไม่

- 1. ไม่ได้ทำ
- 2. ทำงานนอกเวลาราชการ (Extended OPD) ในศูนย์บริการสาธารณสุข
ประมาณ ชั่วโมง/เดือน
- 3. ทำงานนอกเวลาราชการตามนโยบายของหน่วยงาน เช่น การเยี่ยมบ้าน
การรณรงค์ต่างๆ การออกหน่วยปฐมพยาบาล การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
ประมาณ..... ชั่วโมง/เดือน
- 4. ทำงานนอกเวลาราชการที่หน่วยงานภายนอกสำนักงานฯ เช่น คลินิก โรงพยาบาล
ประมาณ..... ชั่วโมง/เดือน

11. รายได้ประจำของท่านต่อเดือน.....บาท

12. รายได้พิเศษของท่านประมาณต่อเดือน.....บาท

13. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

14. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

- 1. เพียงพอ/มีเก็บสะสม
- 2. เพียงพอ/ไม่มีเก็บสะสม
- 3. ไม่เพียงพอ/ไม่มีหนี้สิน
- 4. ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน

15. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด

ลำดับ	ความเกี่ยวข้องกับท่าน	เพศ	อายุ	โรคประจำตัว	จำนวนปีที่ป่วย	ภาระที่ท่านต้องดูแลช่วยเหลือ		
						ไม่มีภาระ	ภาระด้านเวลาดูแล	ภาระด้านการเงิน
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

16. ท่านรู้สึกต่อภาระในการอุปการะเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางด้านเวลาและการเงินเพียงใด

- 1. ไม่รู้สึกวิตกกังวล
- 2. รู้สึกวิตกกังวลน้อยหรือไม่รู้สึกเดือดร้อน
- 3. รู้สึกวิตกกังวลปานกลางหรือคิดถึงภาระนี้เป็นครั้งคราว
- 4. รู้สึกวิตกกังวลมากหรือคิดถึงภาระนี้บ่อย
- 5. รู้สึกวิตกกังวลมากที่สุดหรือคิดถึงภาระนี้บ่อยมาก

17. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ครอบครัวท่านเคยประสบปัญหาดังต่อไปนี้หรือไม่

- 1. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล จำนวนคน
- 2. สมาชิกในครอบครัวพิการต้องดูแล จำนวน.....คน
- 3. สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต จำนวน.....คน
- 4. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวถูกขโมยทรัพย์สิน จำนวน.....คน
- 5. สมาชิกในครอบครัวดกงาน จำนวนคน
- 6. บ้านถูกไฟไหม้

18. ปัจจุบันที่อยู่อาศัยของท่านและครอบครัว

- 1. บ้านของตนเองไม่มีภาระผูกพันเป็นหนี้สิน
- 2. บ้านของตนเองอยู่ในระหว่างเช่าซื้อ/ผ่อนส่ง
- 3. บ้านของบิดา/มารดา ไม่ต้องเช่า
- 4. บ้านของผู้อื่น เช่าอยู่
- 5. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยความเครียดจากงาน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย

ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด หรือ เกือบจะไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. งานที่ท่านทำมีมากจนไม่รู้จะเริ่มทำอะไรก่อน	1	2	3	4	5
2. งานที่ท่านทำมีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน	1	2	3	4	5
33. ท่านต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากงาน

คำชี้แจง แบบสอบถามในส่วนนี้มีรายละเอียดการตอบ ดังนี้

1. แบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ท่านได้รับจากบุคคล 2 กลุ่ม คือ จากผู้บังคับบัญชา และจากเพื่อนร่วมงาน

2. โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาทีละกลุ่มของแหล่งการสนับสนุนว่าในแต่ละกลุ่มให้การสนับสนุนท่านอยู่ในระดับใด ใน 5 ระดับ แล้วทำเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น
- 2 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อย
- 3 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก
- 5 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	แหล่งการสนับสนุน									
	ผู้บังคับบัญชา					ผู้ร่วมงาน				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. ให้ความสนิทสนมเป็นกันเองกับท่าน	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. ยกย่องและให้เกียรติท่าน	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.แนะแนวทาง/ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย

ส้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด หรือ เกือบจะไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือ มีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. เมื่อมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวจะพูดจាកันโดยไม่ใช้ความรุนแรง	1	2	3	4	5
2. บ้านของท่านเป็นแหล่งที่เครียดสำหรับสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว	1	2	3	4	5
46. ท่านรู้สึกวาปัจจุบันชีวิตของท่านไม่มีอะไรเลย	1	2	3	4	5

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางอรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์
วัน เดือน ปีเกิด	11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2527–2531 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550–2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
ทุนการศึกษา	พ.ศ. 2550-2552 ทุนสนับสนุนการศึกษารองศาสตราจารย์
การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ	นำเสนอในการประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง ปัจจัยด้านจิตสังคมในงาน: การป้องกันความเครียด และการส่งเสริมความสามารถในการทำงาน วันที่ 30 พฤศจิกายน - 3 ธันวาคม พ.ศ. 2552
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา 383/4 ถนนสี่พระยา แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 โทร. 022-364-055