

สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด ในอาชีพแพทย์

คณิน จินตนาปราโมทย์ พรชัย สิทธิศรีณย์กุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Received: January 3, 2019

Revised: May 14, 2019

Accepted: May 21, 2019

บทคัดย่อ

ความเครียดจัดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวัน ความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายนั้น ความเครียดเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วนลงพุง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตจนเกิดภาวะการปรับตัวผิดปกติ โรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดอาจเกิดขึ้นทั้งจากการทำงานและปัจจัยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความเครียดที่เกิดจากการทำงานทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อุบัติเหตุจากงานเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและผลการปฏิบัติงาน อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่มีระดับความเครียดสูง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเลือกใช้ชีวิตแก้ไขปัญหามืออาชีพความเครียดตั้งแต่ระดับนักศึกษาแพทย์มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จทางวิชาชีพ และระดับความเหนื่อยล้าในการทำงาน การแก้ไขปัญหาที่ดีเมื่อเผชิญความเครียดย่อมส่งผลให้เกิดผลดีทั้งในแง่สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของสถานประกอบการ

คำสำคัญ: ความเครียดจากการทำงาน การแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด แพทย์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

คณิน จินตนาปราโมทย์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

อีเมล: kanin@docchula.com

Physiology of stress in the aspect of job stress and coping in medical professional

Kanin Chintanapamote, Pornchai Sittisarunkul

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

Stress is a mental health problem that can be found in everyday life. Stress affects both aspects of body and mind. For body aspects, stress increases risks to develop cerebrovascular diseases and obesity etc. For mental aspects, stress increases risks to develop adjustment disorder, depression, burnout and suicidal attempt. Causes of stress may be from occupation or non-occupation. Recent studies show that stress from work reduce productivity, increase prevalence of work accidents, cause negative effects on quality of life and performance of workers. Physicians have high level of stress, many studies indicate that coping has relationships with the success rate in the professional and burnout. Good coping alternative results in effectiveness of both workers and shareholders.

Keywords: physiology of stress, job stress, coping, medical professional

Corresponding Author:

Kanin Chintanapamote

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University

Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand

E-mail: kanin@docchula.com

บทนำ

ความเครียดเป็นสภาวะของความรู้สึกนึกคิดหรือสภาวะอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะกดดันที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกคน จากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยพบว่าคนไทยในปัจจุบันเริ่มมีปัญหาจากความเครียดเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลสายด่วนกรมสุขภาพจิตที่โทรเข้ามารับการปรึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องเครียด วิตกกังวลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40¹ มีการศึกษาถึงระดับความเครียดในวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15 ถึง 60 ปีของกลุ่มตัวอย่างประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 มีระดับความเครียดสูงกว่าคนปกติ²

แพทย์เป็นตัวอย่างหนึ่งของอาชีพที่มีความเครียดสูง โดยสาเหตุของความเครียดเนื่องจากลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิต มีการอยู่เวรและทำงานเป็นกะ จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีระดับความเครียดสูงถึงร้อยละ 22.7³ นอกจากนั้น จากข้อมูลของแพทย์สภาชี้ให้เห็นว่าอัตราการลาออกของแพทย์จบใหม่สูงถึงเกือบร้อยละ 50 โดยภาระงานที่ก่อให้เกิดความเครียดจัดเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการลาออก⁴ นำมาสู่แนวทางในการออกมาตรการควบคุมภาระงานของแพทย์ประจำบ้าน ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านทำงานอาทิตย์ละไม่เกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁵ การเข้าใจและเรียนรู้ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่ดีย่อมเป็นผลดีต่อทั้งผู้ปฏิบัติงานและสถานประกอบการ ลดอัตราการลาออกและสับเปลี่ยนงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานและเพิ่มขีดความสามารถขององค์กร

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงความเครียด ความเครียดจากการทำงาน และวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด โดยยก

ตัวอย่างถึงบริบทความเครียดและการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่เคยมีการศึกษาในอาชีพแพทย์ ขอบเขตของบทความประกอบด้วย นิยามของความเครียด การแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดบริบทของอาชีพแพทย์ในประเทศไทย กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในแพทย์

นิยามของความเครียด

ความเครียด (Stress) ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับปีพุทธศักราช 2554 ให้ความหมายไว้ว่าลักษณะอาการที่ไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งกับงานจนเกินไป ลักษณะอาการที่จิตใจมีอารมณ์บางอย่างมากัดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง ส่วนความหมายตามนิยามของกรมสุขภาพจิตนั้น หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ⁷ Lazarus และ Folkman⁸ ได้ให้คำนิยาม ความเครียดไว้ว่า ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากการรับรู้หรือการประเมินบุคคลจากประสบการณ์ของบุคคลนั้นว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทั้งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือเกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับงานที่สัมพันธ์กับปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ประสบการณ์ ทัศนคติ บุคลิกภาพ อารมณ์ และความต้องการของบุคคล

โดยสรุปแล้ว ความเครียด หมายถึง สภาวะของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อการเผชิญภาวะการณ์ที่บีบคั้น กัดดัน หรือวิตกกังวลทั้งจากปัจจัยภายในของบุคคลนั้นๆ หรือสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น จากการทำงาน เป็นต้น

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดอาจแบ่งได้หลายวิธี ในที่นี้แบ่งโดยใช้แบบจำลอง Biopsychosocial model ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น⁹

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ความเครียดอาจได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าในกลุ่มของปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการทางรูปร่าง เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านจิตใจความไวต่อความเครียด เช่น บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นการคิดเรื่องเดิมซ้ำๆ ความวิตกกังวล เป็นต้น ล้วนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้
3. ปัจจัยด้านสังคม เช่น ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาจากเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน ซึ่งจัดเป็นปัจจัยก่อความเครียดที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

ระดับของความเครียด

กรมสุขภาพจิตแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ (จากแบบประเมินความเครียดสวนปรง)¹⁰ โดยในระดับที่ 1 นั้นเป็นความเครียดระดับต่ำพบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวันเป็นประโยชน์เพราะทำให้ปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม ความเครียดในระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นและมีผลกระทบต่อจิตใจ เริ่มมีอาการวิตกกังวล กลัว ยังไม่ก่อให้เกิดผลเสียในการดำเนินชีวิต ความเครียดในระดับที่ 3 คือความเครียดที่เริ่มส่งผลให้เกิดความเดือดร้อน มีความลำบากต่อการปรับตัว ควรปรึกษาผู้อื่น ส่วนความเครียดในระดับสุดท้าย จะมีความรุนแรงมากขึ้น อาจเกิดจากการกำลังเผชิญวิกฤตชีวิต ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ฟุ้งซ่าน ควบคุมตนเองไม่ได้ ตามนิยามของสมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychologist Association: APA)¹¹ อาจแบ่งความเครียดออกเป็น 2 กลุ่มตามเวลาการก่อความเครียดดังนี้

1. ความเครียดเฉียบพลัน (acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นโดยทันที และส่งผลให้ต้องมีการรับมือกับความเครียดโดยฉับพลัน มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลีน (Adrenaline) รวมถึงกระตุ้นให้ร่างกายเกิดภาวะเปลี่ยนแปลง เช่น ม่านตาขยาย หัวใจเต้นแรงขึ้น เกิดภาวะสู้หรือหนี (fight or flight) เช่น การตอบสนองเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติเฉียบพลัน การเผชิญอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นสะสม และร่างกายไม่สามารถรับมือกับภาวะการณ์เหล่านั้นได้ เช่น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เป็นต้น

ผลที่เกิดขึ้นต่อร่างกายจากความเครียด

เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้า ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) กระตุ้นฮอร์โมนที่ต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา (Medulla) ให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) ออกมาในกระแสเลือดมากขึ้นกว่าภาวะปกติ ร่างกายจะตอบสนองฉับพลันโดยหลั่งฮอร์โมนดังกล่าวออกมา ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง หายใจเร็ว ม่านตาขยายมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เส้นเลือดบริเวณผิวหนังหดตัวลงเหงื่อออกมากขึ้น ภาวะของการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยฉับพลันก็เป็นไปเพื่อให้ร่างกายพร้อมที่จะต่อสู้ หรือหลบหนี (fight or flight)¹² ก่อให้เกิดความเครียดเฉียบพลัน หลังจากนั้นร่างกายจะเริ่มมีการปรับตัว ระดับฮอร์โมนอะดรีนาลีนในเลือดจะลดลงความตื่นตัวเหลือเพียงเท่าที่จำเป็น

ภาวะเครียดยังนำสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้นหรือลดลง การถอนตัวจากการทำงาน ปัญหาติดเหล้า สุรา ยาเสพติด นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าภาวะเครียดเรื้อรังยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น

ภาวะอ้วนลงพุง¹³ โรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ และโรคทางระบบประสาทรวมถึงโรคอัลไซเมอร์¹⁵

นิยามและแนวคิดของความเครียดที่เกิดจากการทำงาน

ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน (Work related Stress)¹⁶ ตามความหมายขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ว่าหมายถึง ภาวะอันตรายทางกายหรือทางจิตอันเกี่ยวเนื่องจากความไม่สมดุลของความต้องการและทรัพยากรของแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความต้องการนั้น ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากสถานที่ทำงาน ลักษณะงาน หรือจากปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน (Job Stress)¹⁷ จากคำนิยามขององค์กรความปลอดภัยและอาชีวอนามัยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Safety and Health: NIOSH) หมายถึง การตอบสนองต่อภาวะอันตรายทั้งด้านกายภาพและด้านอารมณ์ต่อความไม่สมดุลระหว่างความสามารถ ทรัพยากร และความต้องการของคนทำงาน จนอาจนำไปสู่การบาดเจ็บหรืออันตรายได้

รูปแบบการเรียกร้องและควบคุมตนเอง (Demand-Control model) โดย Karasek¹⁸ อธิบายว่า ความเครียดเป็นผลมาจากการขาดสมดุลระหว่างปัจจัยทางสภาวะแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความต้องการ (Demand) ดังเช่น การต้องทำงานให้เสร็จตามกำหนดตามที่ได้รับ การเรียกร้องหรือมอบหมายและบรรเทาความเครียดโดยกลไกของการควบคุม ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมหรือตัดสินใจให้งานสำเร็จตามที่กำหนด โดยพบว่าภาวะตึงเครียดสูง (High Strain) จะมีสูงขึ้นในกรณีที่การเรียกร้องสูงและสามารถควบคุมได้น้อย และลักษณะงานที่จะทำลายบุคคลให้มีแรงกระตุ้นสนับสนุนให้ทำงาน ได้แก่ งานที่มีทั้งการเรียกร้องสูง

และสามารถตัดสินใจและควบคุมปัจจัยต่างๆ ได้ โดยต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาโดยเพิ่มองค์ประกอบของการสนับสนุน (Support)¹⁹ ร่วมด้วย โดยเป็นแนวคิดที่ก่อให้เกิดการพัฒนาแบบสอบถามความเครียดจากงาน (Job Content Questionnaire: JCQ)²⁰ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 48 ข้อ โดยมีการประเมินความเครียดออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ การควบคุมจากงาน (Job control) การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ (Psychological job demand) การเรียกร้องจากงานด้านกายภาพ (Physical job demand) ความมั่นคงในการทำงาน (Job security) การสนับสนุนจากงาน (Social support) และสิ่งคุกคามในการทำงาน (Hazard at work) ในประเทศไทยได้รับการแปลและทดสอบความเชื่อมั่นเป็นภาษาไทยโดยเพิ่มข้อคำถามตามบริบทของไทยอีก 8 ข้อ รวมเป็น 54 ข้อ²¹ และภายหลังได้รับการปรับปรุงและทดสอบความเชื่อมั่นได้แบบประเมินฉบับสั้นลง ประกอบด้วยข้อคำถาม 45 ข้อ²² Siegrist²³ ทำการศึกษาพบรูปแบบในการอธิบายความเครียดที่คล้ายคลึงกันกับ Karasek¹⁸ โดยอธิบายว่าความเครียดเป็นผลมาจากการขาดความสมดุลระหว่างความพยายาม และผลตอบแทนที่ได้ (Effort Reward Imbalance model) โดยผู้ทำงานย่อมมีความพอใจเมื่อใช้ความพยายามน้อย แต่ได้รับผลตอบแทนที่ได้สูงพอ แต่ยอมไม่พึงพอใจหากความพยายามที่ต้องใช้สูงแต่ผลตอบแทนที่ได้รับต่ำ ต่อมา Demourouti²⁴ เสนอรูปแบบความต้องการจากงาน-ทรัพยากรงาน (Job Demand Resources Model: JD-R model) ครั้งแรก และเป็นรูปแบบหลักที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าจากการทำงานโดยนิยามความต้องการจากการทำงาน (Job demand) ไว้ว่า มุมมองด้านกายภาพ สังคม หรือองค์กรของงาน ที่ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นทั้งร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าเมื่อความต้องการทำงานสูง ย่อมต้องใช้ความพยายามสูงมากขึ้นในการประสพผลสำเร็จในงานและมีประสิทธิภาพในการ

ทำงานสูงตามไปด้วย ซึ่งจะตามมาด้วยความเหนื่อยล้าในการทำงาน ส่วนความหมายของความต้องการทำงาน (Job resource) หมายถึง มุมมองด้านกายภาพ สังคม หรือองค์กรของงาน ที่ทำให้เกิดแรงสนับสนุนให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทำให้เกิดการพัฒนาและการเติบโต

โดยสรุปแล้วความเครียดที่เกิดจากการทำงานเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างภาระงานผลตอบแทนที่ได้ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละบุคคลจะมีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาของแต่ละบุคคล

นิยามและแนวคิดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด

การแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด (Coping) จากการให้คำนิยามของ Lazarus และ Folkman⁸ มีความหมายว่า ความพยายามในการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความคิดของแต่ละบุคคล เพื่อจัดการกับความจำเป็นทั้งภายในและภายนอกของตน รวมทั้งการรับมือกับความจำเป็นเหล่านั้น ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวได้รับเหตุที่มากกระตุ้นเป็นภาระสูงกว่าความสามารถของตน Lazarus และ Launier²⁵ ได้เสนอทฤษฎีในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียดเมื่อประสบปัญหาไว้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น การประเมินขั้นที่ 2 และการประเมินซ้ำ โดยหลังจากเกิดเหตุการณ์ก่อความเครียดนั้นมนุษย์จะมีการประเมินขั้นต้นว่า เหตุการณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ เป็นผลดีหรือผลเสีย มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ถ้าก่อให้เกิดภาวะเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ภาวะคุกคาม ภาวะทำลาย และภาวะอันตราย เมื่อถึงการประเมินขั้นที่ 2 นั้นเป็นการประเมินทางเลือกและแหล่งประโยชน์ มนุษย์จะหาวิธีในการเผชิญและจัดการกับปัญหาก่อนเผชิญปัญหาและจัดการนำมา

สู่การประเมินซ้ำ เมื่อมีปัจจัยหรือข้อมูลใหม่เข้ามาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นลักษณะหลายๆ ลักษณะ แต่ยังไม่ชัดเจนใดเป็นมิตรร่วมกันอย่างชัดเจน²⁶ โดยการแบ่งตามวิธีของ Lazarus และ Folkman⁸ แบ่งกลวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่

1. กลุ่มที่มุ่งเน้นการเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) มีหลักในการทำความเข้าใจคือ รับทราบถึงธรรมชาติของปัญหาและมุ่งจัดการที่ตัวปัญหา ข้อดีและข้อเสีย โดยเปลี่ยนแปลงที่ตนเองหรือผู้อื่น เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

2. กลุ่มที่มุ่งเน้นการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา (Emotional-focused coping) ได้แก่ กลุ่มที่มุ่งเน้นในการใช้อารมณ์แก้ปัญหา เช่น การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การใช้ศาสนา รวมถึงกลวิธีในการหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น การถอยห่างออกมาจากสถานการณ์ การทำงานอดิเรกต่างๆ เป็นต้น

การแบ่งกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดแบบอื่น เช่น การแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดแบบ Active coping เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นในการจัดการแก้ไขปัญหา เช่น การวางแผน เป็นต้น และ Passive coping เป็นการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดโดยจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น การถอยห่างจากสถานการณ์ และการแยกตัว เป็นต้น²⁷

แบบประเมินการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียด

แบบประเมินการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียดได้รับการศึกษาแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบด้วยกัน ดังนี้

1. The Ways of Coping Checklist ได้รับพัฒนามาจากแนวคิดของ Folkman และ Lazarus⁸ โดยแบบวัดการเผชิญความเครียดนี้

มุ่งเน้นการประเมินการจัดการกับอารมณ์โดยประเมินเหตุการณ์ความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็นข้อคำถามจำนวน 8 มิติ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontative coping) การสร้างระยะห่าง (Distancing) การควบคุมตนเอง (Self control) การแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม (Seeking social support) การยอมรับ (Accepting Responsibility) การหลีกเลี่ยงและหลบหนี (Escape-Avoidance) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) และการประเมินซ้ำทางบวก (Positive Reappraisal)

2. The COPE inventory²⁸ พัฒนาโดย Carver, Scheier และ Weintraub มีพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินจากแนวคิดของ Lazarus และรูปแบบการควบคุมตนเอง (Self-recognition) โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 มิติ มีการวัดเป็น Likert scale มีวัตถุประสงค์เพื่อหากลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในมิติต่างๆ เช่น การลงมือแก้ไขปัญหา การวางแผน การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาทางอารมณ์ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาเหตุผลทางกายภาพ เป็นต้น

3. แบบประเมินการเผชิญความเครียดเชิงรุก (Proactive Coping Inventory)²⁹ มีลักษณะเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดเชิงรุกจำนวน 7 มิติ ประกอบด้วยคำถาม 55 ข้อ มีการวัดเป็น Likert scale โดยมีการประเมินในแง่มุมการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก การสะท้อนปัญหา การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ การเตรียมการป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ และการหลีกเลี่ยงปัญหา โดยในประเทศไทยมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่นพบว่า มีระดับค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.70-0.81³⁰

4. Brief COPE inventory³¹ ได้รับการพัฒนาโดย Carver ประกอบด้วยข้อคำถามใน 14 มิติ 28 ข้อ โดยมีการพัฒนาจาก The cope inventory มีข้อคำถามมากถึง 60 ข้อซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนาน มีการประเมินเป็น Likert scale จำนวน 4 ลำดับ โดยคะแนนรวมในแต่ละรูปแบบที่ยิ่งมีคะแนนมากยิ่งหมายถึงสามารถรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น โดย 14 มิติที่ทดสอบ แบ่งเป็นการปรับตัวแบบ adaptive 8 มิติ เช่น การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การวางแผน เป็นต้น และแบบ maladaptive 6 มิติ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สารเสพติด เป็นต้น แบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย เรียกว่าแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย โดยพบว่ามีความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha อยู่ที่ 0.7³²

โดยสรุปแล้วการแก้ไขปัญหามือเผชิญความเครียดนั้นมีการพัฒนามาหลากหลายรูปแบบตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยแบบประเมินความเครียดที่มีจำนวนข้อคำถามมากและได้รับการทดสอบว่ามีความเที่ยงและความตรง ย่อมสามารถจำแนกกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม จำนวนข้อของแบบสอบถามที่มากย่อมยากต่อการนำมาใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ แบบประเมิน Brief COPE inventory เป็นแบบประเมินที่มีจำนวนข้อคำถามเพียง 28 ข้อ อีกทั้งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว จึงน่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดีในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม จำนวนข้อสอบถามที่น้อย และลักษณะของแบบสอบถามที่ไม่มีจุดตัดอันตรายภาคขั้นที่ชัดเจน ยังถือเป็นข้อที่ควรพัฒนาต่อ เพื่อให้ได้แบบประเมินการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่ดีขึ้นต่อไป นอกจากนี้ ในบางกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ อาจมีบริบทของการทำงานและการเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อ

เผชิญความเครียดที่แตกต่างจากกลุ่มวิชาชีพอื่น การพัฒนาแบบประเมินเฉพาะแต่ละกลุ่มวิชาชีพจึงเป็นทางเลือกหนึ่งเมื่อประเมินการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

บริบทการทำงานของแพทย์ในประเทศไทย

การเรียนในระดับแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยต้องใช้เวลาในการเรียน 6 ปี โดยต้องผ่านการทดสอบจากศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว) ทั้ง 3 ชั้นตอนจึงจะจบเป็นแพทย์โดยสมบูรณ์ หลังจากนั้นแพทย์ส่วนใหญ่จะเข้าสู่การใช้ทุนในโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย โดยใช้เวลาในการใช้ทุนตั้งแต่ 1 ถึง 3 ปี หลังจากนั้นบางส่วนจะทำงานต่อในโรงพยาบาลชุมชน และบางส่วนซึ่งเป็นส่วนใหญ่จะเข้าศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเรียกว่า แพทย์ประจำบ้าน (Residents) โดยในระดับการเรียนการสอนในระดับแพทย์ประจำบ้านนั้น ระบบการเรียนของแพทย์ประจำบ้านในไทยมีระยะเวลาตั้งแต่ 3-5 ปี ขึ้นอยู่กับสาขาการเรียนแพทย์เฉพาะทาง ตัวอย่างสาขาที่ใช้เวลาในการเรียน 3 ปี เช่น อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ พยาธิวิทยา เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ และรังสีวินิจฉัย เป็นต้น ตัวอย่างสาขาที่มีการเรียนใช้ระยะเวลา 4 ปี เช่น ศัลยศาสตร์ทั่วไป และศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และสาขาที่มีการเรียนใช้เวลา 5 ปี ได้แก่ ศัลยศาสตร์สมองและระบบประสาท ศัลยศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด และศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง โดยเมื่อเรียนจบแพทย์ประจำบ้านแล้วและผ่านการเกณฑ์ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนดจะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์เฉพาะทาง อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ประสงค์จะศึกษาต่อในระดับต่อยอดเฉพาะแขนงหลังจบจากหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต้องทำการศึกษาต่อโดยเรียกว่าแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellow) ตัวอย่าง

อนุสาขาที่มีการเปิดสอนในไทยได้แก่ อายุรศาสตร์ทางเดินอาหาร ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา เป็นต้น โดยระหว่างที่มีการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านนอกเหนือจากการเรียนแล้ว แพทย์ประจำบ้านจะต้องปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยและมีภาระงานอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น สรุปลผลการรักษาผู้ป่วย ติดต่อประสานงานระหว่างแผนก รวมทั้งอยู่เวรนอกเวลาราชการทั้งการปฏิบัติงานที่จัดให้โดยภาควิชาและเวรห้องฉุกเฉิน ในบางสาขาวิชาหลัก (Major Wards) ได้แก่ สูตินารีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป อายุรศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ รวมถึงสาขาอื่นบางสาขา ต้องมีการเยี่ยมดูแลคนไข้ (Round) ในตอนเช้าทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำงานของแพทย์มีลักษณะการทำงานค่อนข้างหนัก มีการทำงานเป็นกะ แม้จบการศึกษาเฉพาะทางแล้วโดยเฉพาะสาขาวิชาหลักยังต้องมีการอยู่เวรนอกเวลาราชการ ส่งผลให้มีความเครียดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น

การศึกษาเรื่องความเครียดและการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

มีการศึกษาถึงความเครียดในแพทย์ประจำบ้านหลายการศึกษา การศึกษาโดยอัมพร เบญจพลพิทักษ์³³ พบว่าความเครียดในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีความเครียด จนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 42.2 โดยความเครียดสัมพันธ์กับการมีคู่ครองที่มีอาชีพแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลพื้นฐานอื่น โดยแพทย์ทั้งสองกลุ่มคือทั้งที่มีภาวะเครียดและไม่มีความเครียด พบว่ามีปัญหาสี่ด้านที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน คือปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน และปัญหาสุขภาพ

การศึกษาของศรัณย์ ศรีคำ³⁴ ถึงความเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า แพทย์ประจำบ้านมี

ความอ่อนล้าทางการลดความเป็นบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือ การลดความสำเร็จส่วนบุคคล และด้านอารมณ์ตามลำดับ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ได้แก่ ภาระครอบครัวปานกลาง/หนัก ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาโดยอัมพร เบญจพรพิทักษ์³³ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานในชั้นปีที่ 1 การปฏิบัติงานในภาควิชาหลัก (Major wards) ปัจจัยความไม่สมดุลของงานเอกสาร ความรู้สึกถึงชั่วโมงในการนอนหลับไม่เพียงพอ ความไม่พึงพอใจในวิชาชีพและความคิดจะลาออกจากการศึกษา และชั่วโมงการทำงานนอกเวลา

การศึกษาถึงการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในแพทย์ประจำบ้านในประเทศซาอุดีอาระเบีย³⁵ พบว่าเมื่อแพทย์ประจำบ้านมีความเครียดจะเลือกใช้รูปแบบในการทำกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด ตามมาด้วยการวางแผน การยอมรับตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ประเทศซาอุดีอาระเบียและประเทศไทยมีบริบทที่แตกต่างกันในแง่ของสังคมและวัฒนธรรม และการปฏิบัติงานของแพทย์

ในประเทศไทยการศึกษาถึงการเผชิญความเครียดในวงการสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งเน้นถึงการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย โรครุนแรงหรือโรคเรื้อรัง ตลอดจนความเครียดและการปรับตัวของพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในแพทย์และแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีการปฏิบัติงานควบคู่ไปกับการศึกษายังมีอยู่จำกัด แม้จะพบมีการศึกษาดังกล่าวในต่างประเทศอยู่บ้าง แต่ประเทศไทยมีบริบทที่แตกต่างกันทั้งปัญหาเชิงระบบรวมถึงวัฒนธรรม ประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ซึ่งส่งผลให้มีผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวนมากส่งผลให้เกิดภาระงานต่อแพทย์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เริ่มมีนโยบายเพื่อจำกัดการทำงานในแพทย์ประจำบ้านในประเทศไทย เช่น นโยบายการจำกัดชั่วโมงการทำงานของวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

การศึกษาในไทยยังมีการศึกษาถึงการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในแพทย์และแพทย์ประจำบ้านอยู่จำกัด การศึกษาถึงระดับความเครียดและการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดของนิสิตนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ระดับชั้นปริญญาบัณฑิต จนถึงแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เฉพาะทาง ย่อมส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และทำให้สามารถแก้ไขปัญหาของการลาออกของแพทย์ในระบบสาธารณสุขของรัฐบาลได้อย่างตรงจุด และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการเรียนของแพทย์ได้ในอนาคต

สรุปผล

เมื่อมีความเครียดและไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ดีย่อมส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ปัจจัยเกี่ยวเนื่องจากการทำงานที่มีความเครียดสูงเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ เช่น แพทย์จัดเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเครียดค่อนข้างสูง เนื่องจากต้องทำงานเกี่ยวข้องและรับผิดชอบกับความเป็นความตายของชีวิตของมนุษย์ ทำงานแข่งกับเวลา มีการอยู่เวรเป็นผลัด อยู่ท่ามกลางการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ในบางกรณีมีการศึกษาต่อระหว่างปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ประจำบ้าน ต้องทำงานและศึกษาเล่าเรียนสาขาแพทย์เฉพาะทางในเวลาเดียวกัน ยิ่งส่งผลกระตุ้นให้แพทย์มีความชุกของความเครียดสูงมากขึ้น การศึกษากลวิธีในการเผชิญความเครียดย่อมส่งผลต่อการพัฒนาบุคลากรลดอัตราการออกจากงาน และเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Department of Mental Health. Department of Mental Health reveals that Depression is the most problem consulted via hotline 1323 in 2017 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health News; 2018 [cited 2018 October 10]. Available from <http://www.prdmh.com>.
2. Department of Mental Health. Department of Mental Health reveals that 45% of Bangkokians deprived Happiness [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health News; 2018 [cited 2018 October 10]. Available from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28253>.
3. Janthanasansombat P, Kasantikul D. Prevalence of stress and factors correlated with stress among residents in training in King Chulalongkorn Memorial Hospital [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
4. Kanacharoen I. Thai Medical Council reveals that Interns resign nearly 50% a year [Internet]. Bangkok: Thai Medical Councils; 2018 [cited 2018 October 10]. Available from <http://https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99/60890>.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) The ACGME's Approach to Limit Resident Duty Hours 12 Months After Implementation: A Summary of Achievements [cited 2018 October 10].
6. Office of the Royal Society. Thai Dictionary Royal Institute Edition [Internet]. Bangkok; 2011 [cited 2018 October 10]. Available from <http://www.royin.go.th/dictionary/index.php>.
7. Department of Mental Health. Stress Relief Manual. 6th ed. Bangkok: Design Con; 1998.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
9. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
10. Mahutnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. the construction of Suanprung Stress test. *Suanprung Journal* 1997;13:1-20.
11. American Psychologist Association. Stress: The difference kinds of stress. [Internet]. USA: American Psychologist Association; [cited 2018 October 10]. Available from <https://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds>.
12. Cannon, WB. *Wisdom of the Body*. New York: W.W. Norton&Company; 1932.

13. Santos AE, Araujo LF, Griep RH, et al. Shift work, job strain, and metabolic syndrome: Cross-sectional analysis of ELSA-Brasil. *Am J Ind Med* 2018;61:911-8.
14. Magnavita N, Capitanelli I, Garbarino S, et al. Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *Int Arch Occup Environ Health* 2018;91:377-89.
15. Machado A, Herrera AJ, de Pablos RM, et al. Chronic stress as a risk factor for Alzheimer's disease. *Rev Neurosci* 2014;25:785-804.
16. International Labour Organization. *Workplace stress*. 1st edition. Turin: the International training center of ILO; 2011.
17. The National Institute for Occupational Safety and Health. *Stress at work* [Internet]. Ohio; [cited on 10 October 2018]. Available from <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB99101>.
18. Jex S, Kain J. Karasek's job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research. *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress*. *Research in Occupational Stress and wellbeing*. 2010;8:237-68.
19. Van DM, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 1999;13: 87-114.
20. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3:322-55.
21. Phakthongsuk P. Construct validity of the Thai version of the job content questionnaire in a large population of heterogeneous occupations. *J Med Assoc Thai* 2009;92:564-72.
22. Phakthongsuk P, Apakupakul N. Psychometric Properties of the Thai version of the 22-item and 45-item Karasek Job Content Questionnaire. *Inter J Occup Med Environ Health* 2008;21: 1-14.
23. Siegrist J, Marmot M. Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support and implication for prevention. In: Cooper CL. *Theories of organizational stress*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1998. p.190-204.
24. Bakker A, Demerouti E. Job demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking forward. *J Occup Health Psychol* 2017;22:273-85.
25. Lazarus RS, Launier R. Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin LA, Lewis M, editors. *Perspectives in Interactional Psychology*. Boston, MA: Springer US; 1978. p.287-327.

26. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annual Review of Psychology*. 2010;61:679-704.
27. Jex SM, Bliese PD, Buzzell S, et al. The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: coping style as an explanatory mechanism. *J Appl Psychol* 2001;86:401-9.
28. Carver CS, Scheier MF, Weintraub KJ. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol* 1989 Feb 1;56(2):267-83.
29. Greenglass E, Schwarzer R, Jakubiec D, et al. The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument. Cracow; c1999.
30. Tatha O, Laorujisawat P. The Validity and Reliability of The Proactive Coping Inventory (PCI): Thai Version [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
31. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 1997;4:92-100.
32. Numsaeng T, Tantrarungroj T. Validity and Reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63:189-98.
33. Benjaponpitak A. Mental Health Problems in Residents at Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 1996;41:87-98.
34. Srikam S, Jiamjarasrangi W, Lalitananpong D. Job Burnout and Related Factors among Residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014;59:139-50.
35. Alosaimi FD, Kazim SN, Almufleh AS, et al. Prevalence of stress and its determinants among residents in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2015;36(5):605-12.