



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาล วิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ศุภฎี อุดมอิทธิพงษ์*, พลภัทร์ โล่เสถียรฤทธิ**,
ศศิธร เก็มเสี้ยน***, กฤตนิษฐ์ แก้วยศ****, เกษรมาศ อยู่ยู่ณิ*****

วันรับบทความ : 18 เมษายน 2561
วันแก้ไขบทความ : 21 สิงหาคม 2561
วันตอบรับบทความ : 3 กันยายน 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 144 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบสอบถามการจัดการความเครียด แสดงความชุกของระดับความเครียดเป็นความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการความเครียดและระดับความเครียดโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในและกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน 144 คน ยินดีตอบแบบสอบถาม 139 คน (ร้อยละ 96.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.2 และมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีร้อยละ 61.2 (อายุเฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.4 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในร้อยละ 89.9 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.9 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดร้อยละ 67.6 การจัดการความเครียดรายด้านของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริงร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุนร้อยละ 61.9 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สงสัยว่ามีความเครียดหรือมีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง

สรุป : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในและกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน มีการจัดการความเครียดที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุน พบว่าการจัดการความเครียดด้วยวิธีการบิดเบือนความจริงมีความสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพที่สงสัยว่ามีความเครียดหรือมีความเครียด

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด, ความเครียด, พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

****นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา



STRESS AND STRESS MANAGEMENT OF PROFESSIONAL NURSES AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

*Dussadee Udomittipong**, *Pholphat Losatiankij***,
*Sasithorn Kemsan****, *Krittana Kaewyot*****, *Keyunmart Yootin*****

Received : April 18, 2018

Revised : August 21, 2018

Accepted : September 3, 2018

Abstract

Objective: To study stress & stress management of nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This is a cross sectional descriptive study. The sample included 144 registered nurses working in the inpatient, outpatient and emergency department during October - December 2016. The data were collected by using the questionnaires including personal data, Stress-5 questionnaires (ST-5) and stress coping questionnaire. The prevalence of stress level was presented by frequency and percentage, and the association between stress management and stress level was analyzed by using chi-square test at the p-value 0.05.

Results: From 144 registered nurse worked in psychiatric inpatient and outpatient, emergency department, 139 of them responded the questionnaires (96.5%). Most of the respondents were females 89.2%, aged < 40 years (mean age 37.4 ± 10.4). 59.7% had a bachelor of nursing degree, 73.4% without chronic diseases. 48.2% were registered nurse, professional level. 89.9% were majority of nurses in psychiatric wards. 48.9% had working experience more than 10 years. 67.6% of registered nurse had normal stress levels or no stress level. Considering coping aspects: accepting the truth 91.4%, followed by social support seeking 61.9% were rated on always/often. The correlation scores determined with stress problems or with stress disease among nurses were statistically significant to use coping aspect of the distortion of truth.

Conclusion: Most coping considered each aspects used by registered nurse were accepting the truth, followed by social support seeking. Using coping of the distortion of truth was correlated to cases with stress problems or stress diseases.

Keywords: professional nurse, stress, stress management

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

*** Registered Nurse, SongKhla Rajanagarindra Psychiatry Hospital

****Education officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ความเครียดจากการทำงานเป็นภาวะตอบสนองที่เกิดขึ้นในบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าจากสภาวะการทำงานมากระทบทางร่างกายหรือจิตใจ บุคคลจึงพยายามปรับสภาวะด้วยการปรับตัวรูปแบบต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลไว้¹ แต่หากการปรับตัวนั้นเกิดการเสียสมดุลจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสมรรถภาพการทำงาน มีความขัดแย้งบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

กลุ่มวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่ใช้กำลังคนเป็นหลักไม่สามารถทดแทนด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกลุ่มทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดูแลและพัฒนาสุขภาพ ประชาชน ท่ามกลางบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด และเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีสัดส่วนกำลังคนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ² ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า³ กลุ่มวิชาชีพพยาบาลนี้เป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีความกดดันและความเครียดจากการที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ มีลักษณะและภาระงานที่ต้องปฏิบัติในหลายบทบาทหน้าที่ เป็นงานบริการที่ต้องสัมผัส สัมพันธ์กับบุคคลที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งมีชีวิตจิตใจและร่างกายจากภาวะของโรค ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความตาย รวมทั้งยังเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคม ต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งที่น่าสนใจแม้พยาบาลจะปฏิบัติงานท่ามกลางความเครียด

เหนื่อยล้ายากลำบากเพียงใด ยังมีการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการจัดการความเครียดของพยาบาล Mina Blandina Ayomi⁴ ศึกษาความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาล Inyowar พบพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียด จะมีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี วุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาล แต่งงานแล้วและทำงานหอผู้ป่วยใน จะมีความสัมพันธ์ของการจัดการความเครียดที่จะลดความเครียดในการทำงานลงได้ด้วยการได้รับการสนับสนุนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการใกล้ชิดกับศาสนา Gandhi Sailaxmi และคณะ⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวชเนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตอาจต้องเผชิญกับอารมณ์รุนแรงและพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เครียดได้มาก พบว่าการสร้างทักษะให้พยาบาลในการรับมือกับความเครียดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดเชิงบวกและช่วยลดความเครียดของพยาบาลได้ Asem Ahmed Abdalrahim⁷ ทบทวนวรรณกรรมความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจิตเวชพบพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในที่ทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน พยาบาลจิตเวชเหล่านี้จะใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นแก้ปัญหา การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวในการรับมือกับความเครียด Canan Demir Barutcu และคณะ⁸ พบความแตกต่างการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพใน generation X และ Y คือ generation X จะมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในกลุ่ม

ได้มากกว่าพยาบาล generation Y Adazakpah Godwin และคณะ⁹ ศึกษาความเครียดจากการทำอาชีพพยาบาลพบ สาเหตุได้แก่ มีแรงจูงใจไม่เพียงพอ คนทำงานไม่เพียงพอ มีผู้ป่วยจำนวนมากคนเดียว ไม่มีช่วงพักระหว่างงาน ดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก พยาบาลใช้กลยุทธ์เพื่อจัดการความเครียดบางเวลา คือ หาเวลาพักช่วงการทำงาน ทำสมาธิ ออกกำลังกาย และผ่อนคลาย

ปัจจุบันในสภาพการณ์ยุคโลกาภิวัตน์ มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงตนและดำเนินชีวิตให้อยู่ในสังคมปัจจุบัน ได้นั้นจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกๆ ด้าน รวมถึงปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรต่างๆ เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติงานในองค์กรนั้นๆ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในการให้บริการดูแลผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ได้มีแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและสามารถแปลวิกฤตให้เป็นโอกาสในการทำงานให้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุข ทั้งเป็นผลที่ดีต่อตนเอง ผู้ป่วย และองค์กร รวมทั้งผู้บริหารหรือหน่วยงานการพัฒนาบุคลากร สามารถนำไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือจัดการความเครียดที่เหมาะสมอันจะเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้พยาบาลและสถาบันฯ ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง

คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินทั้งหมดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 144 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 139 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และมากกว่า 40 ปี¹¹⁻¹²

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ พัฒนาโดย Boonua Zhou¹³

2. แบบประเมินความเครียดฉบับศรีรัชญา พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปกิจ¹⁴ พบว่าเกณฑ์การประเมินของแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ระดับนัยสำคัญ .000 แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อยๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 – 15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่มากกว่า 4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มี ความเครียด (< 4 คะแนน) สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน) และน่าจะป่วยด้วยความเครียด (มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)

3. แบบสอบถามการจัดการความเครียด สร้างและพัฒนาโดย Nitipun Boonperm¹⁵ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .920 แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับความจริง ในข้อ 1- 6 การบิดเบือนความจริงในข้อ 7 - 14 การผ่อนคลายในข้อ 15 - 21 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในข้อ 22 - 26 การระบายความเครียดในข้อ 27 - 33 และการแสวงหา

ความเพี้ยนในข้อ 34 - 38 รวมทั้งหมด 38 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน เป็นครั้งคราว เท่ากับ 2 คะแนน เป็นบ่อย เท่ากับ 3 คะแนน เป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน

สถิติที่ใช้คือ ความถี่และร้อยละ หากความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการความเครียดกับระดับความเครียดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 61.2 (อายุเฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.4 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ ร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 89.9 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.9

ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 67.6 สงสัยว่ามีความเครียดร้อยละ 26.6 และน่าจะป่วยด้วยความเครียดร้อยละ 5.8

จำนวนและร้อยละการจัดการความเครียดรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 3 พบว่า การจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง ร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหา

ความสนับสนุน ร้อยละ 61.8 ส่วนการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคย/นานๆ ที่จะใช้มากที่สุด คือด้านการระบายความเครียด ร้อยละ 99.3

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง (p-value = 0.002) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปราย

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 67.6 Sharifah Zainiyah และคณะ¹⁶ ศึกษาภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและความเครียดพยาบาล 144 คน ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 5 แผนกรวมทั้งแผนกจิตเวชโรงพยาบาลรัฐกรุง Kuala Lumpur พยาบาลส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามพบว่ามีความเครียดโดยรวมในระดับปกติ Mwinga และคณะ¹⁷ ศึกษาความทุกข์และสาเหตุความเครียดพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ Ndola ประเทศแซมเบีย พบพยาบาล ร้อยละ 93.4 มีประสบการณ์ความเครียด และพบว่าพยาบาล ร้อยละ 66.7 มีความเครียดจากการทำงาน มีปัญหาการนอนร้อยละ 89.1 ปวดหัว ร้อยละ 85.2 สาเหตุของความเครียดของพยาบาลแซมเบีย คือ มีจากการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำ มีภาระงานมาก และความเสียหายของการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานในสถานพยาบาลสูง ซึ่งประเทศแซมเบียเป็นประเทศที่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n = 139)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	10.8
หญิง	124	89.2
อายุ (เฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) (max = 59 ปี, min = 23 ปี)		
< 40 ปี	85	61.2
> 40 ปี	54	38.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	83	59.7
สูงกว่าปริญญาตรี	56	40.3
สถานภาพสมรส		
โสด	70	50.4
สมรส	64	46.8
หม้าย/หย่า/แยก	4	2.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	102	73.4
มี	37	26.6
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	49	35.3
เพียงพอ	90	64.7
ลักษณะการทำงาน		
หัวหน้า/รองหัวหน้า	30	21.6
ผู้ปฏิบัติงาน	109	78.4
ตำแหน่ง		
ระดับปฏิบัติการ	66	47.5
ระดับชำนาญการ	67	48.2
ระดับชำนาญการพิเศษ	6	4.3
สถานที่ปฏิบัติงาน		
งานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	14	10.1
งานผู้ป่วยใน	125	89.9
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
0 – 3 ปี	31	22.3
4 – 10 ปี	40	28.8
> 10 ปี	68	48.9

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ (n = 139)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด	94	67.6
สงสัยว่ามีความเครียด	37	26.6
น่าจะป่วยด้วยความเครียด	8	5.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการจัดการความเครียดรายด้านของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการความเครียดรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
การยอมรับความจริง	0 (0.0)	12 (8.6)	67 (48.2)	60 (43.2)
การบิดเบือนความจริง	9 (6.5)	73 (52.5)	55 (34.6)	2 (1.4)
การผ่อนคลาย	13 (9.4)	76 (54.7)	46 (33.1)	4 (2.9)
การแสวงหาการสนับสนุน	3 (2.2)	50 (36.0)	69 (49.6)	17 (12.2)
การระบายความเครียด	71 (51.1)	67 (48.2)	1 (0.7)	0 (0.0)
การแสวงหาความเพลิดเพลิน	1 (0.7)	65 (46.8)	73 (52.5)	0 (0.0)

ความชุกของผู้ป่วยเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 67 Teris Cheung และคณะ¹⁸ ศึกษาความชุกความเครียดและความวิตกกังวลพยาบาลห้องงพบความเครียดและความวิตกกังวลร้อยละ 41.1 และ 37.3 ตามลำดับ กล่าวคือพยาบาลห้องงมีความเครียดถึงเกือบครึ่งหนึ่ง เพราะพยาบาลมีแหล่งความเครียดที่เกิดจากภายนอกนั้นคือการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำในประเทศ โดยเฉพาะการระบาดของโรคซาร์ส ไข้หวัดนกที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและพร้อมที่จะเกิดการติดต่อเข้ามาสู่ตนเองได้ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความกดดัน ความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญภายใต้การทำงาน

การจัดการความเครียดเมื่อพิจารณา

เป็นรายด้านที่พยาบาลวิชาชีพใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือด้านการยอมรับความจริง ร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุนร้อยละ 61.9 ในขณะที่พิจารณาเป็นรายข้อพยาบาลวิชาชีพใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำคือการมองหาความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง Lazarus และ Folkman¹⁹ กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามี การเปลี่ยนแปลงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมเกิดมีปัญหาหรือเหตุการณ์มากระทบแล้ว บุคคลนั้นได้ใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามต่อบุคคลว่าจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง หรือมีผลร้ายแรงหรือเกิดผลในทางบวกกับตนเอง การยอมรับความจริงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะสามารถลดความรุนแรงหรือความเครียดที่มาคุกคามได้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการความเครียดรายด้าน	จำนวนระดับความเครียด (ร้อยละ)			p-value
	น่าจะป่วยด้วย ความเครียด	สงสัยว่ามี ความเครียด	ไม่มี ความเครียด	
การยอมรับความจริง				
ไม่เคย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.756
นาน ๆ ครั้ง	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	
บ่อยครั้ง	2 (3.0)	19 (28.4)	46 (68.7)	
เป็นประจำ	5 (8.3)	15 (25.0)	40 (66.7)	
การบิดเบือนความจริง				
ไม่เคย	1 (11.1)	0 (0.0)	8 (88.9)	0.002*
นาน ๆ ครั้ง	0 (0.0)	15 (20.5)	58 (79.5)	
บ่อยครั้ง	7 (12.7)	21 (38.2)	27 (49.1)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	
การผ่อนคลาย				
ไม่เคย	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)	0.136
นาน ๆ ครั้ง	2 (2.6)	22 (28.9)	52 (68.4)	
บ่อยครั้ง	4 (8.7)	8 (17.4)	34 (73.9)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	
การแสวงหาการสนับสนุน				
ไม่เคย	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0.201
นาน ๆ ครั้ง	1 (2.0)	13 (26.0)	36 (72.0)	
บ่อยครั้ง	6 (8.7)	17 (24.6)	46 (66.7)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	6 (35.3)	11 (64.7)	
การระบายความเครียด				
ไม่เคย	3 (4.2)	15 (21.1)	53 (74.6)	0.224
นาน ๆ ครั้ง	5 (7.5)	21 (31.3)	41 (61.2)	
บ่อยครั้ง	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
การแสวงหาความเพลิดเพลิน				
ไม่เคย	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	0.129
นาน ๆ ครั้ง	1 (1.5)	19 (29.2)	45 (69.2)	
บ่อยครั้ง	7 (9.6)	17 (23.3)	49 (67.1)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

*p-value < 0.05

สอดคล้องกับคำกล่าวของ Engel²⁰ การยอมรับความจริงจะทำให้บุคคลนั้นมีการแสดงพฤติกรรมการตอบสนองจัดการความเครียดในทางบวก จากผลการศึกษานี้ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยการยอมรับความจริง จึงทำให้พยาบาลสามารถใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนไปมากกว่าการใช้อารมณ์²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anong และคณะ²² พบผู้บริหารในตำแหน่งหัวหน้างานใช้วิธีปรับความคิดด้านการยอมรับความจริงในการจัดการความเครียดมากที่สุด อภิปรายผลการศึกษาหัวหน้างาน หัวหน้าเวรต้องรับผิดชอบการตัดสินใจ ตั้งการ วางแผน คำนึงโยบายควบคุมดูแลผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้มีปัญหาต้องแก้ไขอยู่เสมอ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นกับบุคคลผู้ร่วมงาน ก็จะทำให้อารมณ์ไม่ดีมีความวิตกกังวล ทุกข์ใจไม่สบายใจ จิตใจแปรปรวนบุคคลที่เกิดความเครียดจึงประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วพยายามหาวิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น พบว่าการปรับความคิดให้ยอมรับความจริงที่หัวหน้างานส่วนใหญ่จะช่วยปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตไปในทางที่ดีได้ ด้านการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของปาณิกา และคณะ²³ พบความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการความเครียดของพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็ง ร้อยละ 50.3 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีผลให้เกิดความเครียดจากการทำงานน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน อภิปรายผลคือลักษณะการทำงานของพยาบาลจำเป็นต้องทำ

เป็นทีมไม่สามารถทำงานเพียงคนเดียวได้ ต้องอาศัยความร่วมมือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการปฏิบัติงาน หากพยาบาลได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหรือผู้ป่วย ทั้งด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและการได้รับคำปรึกษาแนะนำจะทำให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อมและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นการช่วยป้องกันความเครียดจากการทำงานและส่งผลดีต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวม

พยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง Takashi Ohue และคณะ²⁴ ศึกษาผลของการใช้ Cognitive Behavior Therapy ต่อความเหนื่อยล้าของพยาบาล ได้อธิบายการที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดของพยาบาลนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้แบบบิดเบือนความจริงได้ คือ สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงไปตรงมากับความเหนื่อยล้าจึงส่งผลให้พยาบาลมีความเครียดเกิดการแก้ไขปัญหาได้ไม่ดี มีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผล เกิดความคิดเชิงลบโดยอัตโนมัติ เกิดการหลีกเลี่ยงต่อการแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกถึงการหมกหมนทางรู้สึกความไม่มีประโยชน์ Happell และคณะ²⁵ ศึกษาวิธีการ และกลยุทธ์เพื่อรับมือกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลด้วยการทำ focus group 6 กลุ่มพยาบาล พบ 11 วิธี ในวิธีการรับมือกับความเครียดหนึ่งใน 11 วิธีคือ การใช้กลไกป้องกันตัวเองแบบบิดเบือนความจริงในรูปแบบการแทนที่ (Displacement) นอกจากนี้มีการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์

social club ออกกำลังกาย การมีกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมกลางแจ้ง หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน และการนอน แม้ว่าพยาบาลจะมีกลยุทธ์การปรับตัวกับความเครียดที่ดี เช่นการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมในบ้าน แต่มีพยาบาลบางคน ใช้วิธีการรับมือกับความเครียดจากการทำงานด้วยพฤติกรรมที่ไม่ดีกับสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาแบบคุณภาพครั้งนี้มีคุณค่าในแง่ที่ว่าสามารถขยายผลไปยังพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล และเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนากลยุทธ์ขององค์กรเพื่อเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้มากขึ้นแก่พยาบาล McMeekin และคณะ²⁶ ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลแผนกวิกฤต 490 คนที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด พบกลวิธีเผชิญความเครียด 4 แบบที่พยาบาลเหล่านี้ใช้ อันดับแรกคือการปฏิเสธ (Denial) ตามมาด้วยการทำร้ายตนเอง การตำหนิตนเอง และการถอยห่างจากงานของตนเอง Amal และคณะ²⁷ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ด้านการควบคุมอารมณ์และรูปแบบการใช้กลไกป้องกันตัวเองของพยาบาลฝึกหัดที่ Alexandria, Main University Hospital พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกลไกการป้องกันตนเองแบบการแสดงปฏิกิริยาตรงข้าม (Reaction formation) กับกลวิธีควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้กลไกการป้องกันตนเองแบบการปฏิเสธ (Denial) พบได้มากในพยาบาลฝึกหัดเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ มีการอภิปราย คือ จำนวนผู้หญิงมีมากกว่าสองในสามของเพศชายที่แสดงให้เห็นว่าอารมณ์ของผู้หญิง โดยธรรมชาติจะมีสูงกว่าเพศชาย และการใช้กลไก

ในผู้หญิงเป็นเสมือนการป้องกันตนเองจากการประสบความสำเร็จหรือความรู้สึกที่ยอมรับไม่ได้ ดังนั้นหากมีการใช้กลไกนี้ซ้ำๆ จะส่งผลให้เกิดการบิดเบือนความจริงบางแง่มุมไปได้²⁸

สรุป

พยาบาลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด มีการจัดการความเครียดที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุน ส่วนการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคย/นานๆ มากที่สุด ครั้งคือด้านการระบายความเครียด และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสามารถนำมาวางแผนและหาโปรแกรมที่เหมาะสมในการจัดการความเครียดให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
2. สมชัย ตั้งพร้อมพันธ์. การบริหารความเครียดของผู้บริหาร. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเกษมราษฎร์; 2556.
3. Sawaengdee K, Teerawanviwat D, Lorchirachoonkul V, Jitthavech J. Working life table of registered nurses in Thailand. Thai Population Journal 2009; 1: 73-93.
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงวงศ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(1): 5-12.
5. Ayomi MB. Factors affecting nurses' workplace stress Inyowari hospital of Sentani District, Jayapura. International conference on social science and biodiversity of Papua and Papua New Guinea 2016: Jayapura, Indonesia.
6. Sailaxmi G, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. Asian J Psychiatr 2015; 14: 42-5.
7. Abdalrahim AA. Stress and coping among psychiatric nurse. Middle East J Nur 2013; 7(4): 30-7.
8. Barutcu CD, Ergin S. Examination of professional commitment and stress management among nurses from different generations. Int J of Caring Sci 2017; 10(1): 456-63.
9. Godwin A, Suuk LA, Selorm FH. Occupational stress and its management among nurses at St. Dominic hospital, Akwatia, Ghana. Health Sci J 2016; 10(6): 1-7.
10. Nualsuwan K, Prasittivatechakool A, Prajankett O. Stress and coping strategies of the Royal Thai Army new privates. J Royal Thai Army Nurs 2012; 13(2): 72-81.
- 11.Sizer FS, Whitney E. Nutrition: Concepts and controversies. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2011.
12. ภิรญา ราชสันเทียะ, ปิยดิถี เจริญสุข. ความสุขของพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2559; 10(1): 1-14.
13. Zhou B. Factors affecting nurses' work burnout: a case study of Bangkok metropolitan authority's medical college hospital and Vajira hospital [Master thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009
14. Silpakit O. Srithanya stress scale. J Ment Health Thai 2010; 16(3): 177.
15. Boonperm N. Stress and coping of Thai traditional medicine students of Rajamangala University of Technology Thanyaburi [Master thesis]. Nakhon Prathom: Silpakorn University; 2014.
16. Sharifah ZSY, Afiq IM, Chow CY, Siti SD. Stress and its associated factors among in-patient ward nurses in a public hospital in Kuala Lumpur. Malaysian J Pub Health Med 2011; 11(1): 78-85.
17. Mwinga C, Mugala D. Prevalence and causes of stress among nurses at Ndola Central Hospital – A nurses' perspective. Int J Novel Res Healthc Nurs 2015; 2(3): 158-65.
18. Cheung T, Yip PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2015; 12: 11072-100.
19. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
20. Engel GL. Psychological development in health and disease. Philadelphia: W.B. Saurdevs Co; 1962.

21. Lertsakornsiri M. The stress, stress management of nursing students during practice in the labor room. *Kuakarun J Nurs* 2015; 22(1): 7-16.
22. Bunpoon A, Sonsupap R. *Journal of finance, investment, marketing and business management* 2014; 4(1): 316-30.
23. Siangpror P, Rawiworrakul T, Kaewboonchoo O. Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospitals, central region of Thailand. *J Health Sci Res* 2014; 8(1): 17-27.
24. Ohue T, Moriyama M, Nakaya T. The Effect of the group cognitive behavior therapy in a nurse's burnout and. *Health* 2015; (7): 1243-54.
25. Happell B, Reid-Searl K, Dwyer T, Caperchione CM, Gaskin CJ, Burke KJ. How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian* 2013; 20(3): 195-9.
26. McMeekin DE, Hickman RL Jr, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2017; 26(2): 128-35.
27. Shehata AMGH, Ramadan FH. Relationship between Emotional Regulation Strategies and self-reported ego defense styles among nursing interns at Alexandria, Main university hospital. *J Nurs Health Sci* 2017; 6(1): 14-23.
28. Malone JC, Cohen S, Liu SR, Vaillant GE, Waldinger RJ. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personal Individ Differ* 2013; 55(2): 85-9.