

ความทุกข์ของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด
ของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวประพัตรา จันณะสมบัติ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3296-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF STRESS AND FACTORS CORRELATED WITH STRESS AMONG RESIDENTS
IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Prapattra Junthanasombate

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-3296-1

นางสาวประพัตรา จันณะสมบัติ: ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียด
ของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (PREVALENCE OF STRESS AND FACTORS
CORRELATED WITH STRESS AMONG RESIDENTS IN KING CHULALONGKORN
MEMORIAL HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล: จำนวน
หน้า 96 หน้า, ISBN: 974-17-3296-1

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา เพื่อศึกษาความชุกของความเครียด ระดับความเครียดและ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 264 คน เป็นชาย
116 คน หญิง 148 คน ทำการวิจัยช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2545 เครื่องมือในการการวิจัยแบบสอบถาม
ข้อมูลพื้นฐาน, แบบประเมินที่มาของความเครียดและประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test
t-test One-way ANOVA และ Stepwise multiple regression analysis ผลการวิจัย พบว่า

ความชุกของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ปัจจัยพื้นฐานที่มี
ความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ได้แก่ ศาสนา ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่
เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โดยแพทย์ประจำบ้านที่นับถือ
ศาสนาคริสต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาพุทธ แพทย์ที่ศึกษาใน
ชั้นปีที่ 2 และ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าชั้นปีที่ 1 แพทย์ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป
มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่าแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ แพทย์ที่มีเหตุผลในการเลือก
มาศึกษาต่อจากความต้องการของหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีเหตุผลมาจาก
ความมีประโยชน์ต่อสังคม และแพทย์ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่า
กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บ ในส่วนของที่มาของความเครียดที่มีความสัมพันธ์
กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ได้แก่ เรื่องส่วนตัว และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่สามารถ
อธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ได้แก่ ที่มา
ความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพศ หน่วยงานที่เคย
ปฏิบัติงาน

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4275230730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: STRESS / RESIDENTS

PRAPATTRA JUNTHANASOMBATE : PREVALENCE OF STRESS AND FACTORS

CORRELATED WITH STRESS AMONG RESIDENTS IN KING CHULALONGKORN

MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : PROFESSOR DUANGJAI KASANTIKUL,

96pp. ISBN 974-17-3296-1

The purpose of this descriptive study was to evaluate the prevalence of stress and factors correlated with stress among residents in King Chulalongkorn Memorial Hospital. The population samples were 264 residents, 116 males and 148 females, age 22-45 years (mean aged 28.07). The study conducted during October to December 2002. Self-administered questionnaire was consisted of questionnaire from Mental Health Department. The data were analyzed for descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, t-test, One-way ANOVA and Stepwise multiple regression were used for inferential statistical analyzed by SPSS for Window. The result of this study were as follows:

The prevalence of stress among residents was 22.7 %. The factors correlated with stress ($p < .01$) were religion, level of study, hospital where they used to work, reason of study and suitable budget. The causes factors correlated with stress ($p < .01$) were individual and environmental problem. The factors that could explain their stress ($p < .01$) were individual problem, level of study, religion, environmental problem, sex and hospital where they used to work.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department Psychiatric

Field of study Mental Health

Academic year 2002

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

ในการเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างดีจากบุคคลหลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี และได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์สุชเชจริญ ตั้งวงษ์ไชย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัยนี้สำเร็จ ขอขอบพระคุณ ท่านหัวหน้าภาควิชา แพทย์ประจำบ้านและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทุกภาควิชาของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อน ๆ รุ่นที่ 12 ทุกคน ที่ได้ให้กำลังใจและมีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยจะระลึกถึงในพระคุณของทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้นและที่ไม่อาจกล่าวนามได้หมด

ประพัตรา จันณะสมบัติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

๗

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของการวิจัย.....	3
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
บทที่ 2	ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	ตอนที่ 1 ความหมายของความเครียดสาเหตุและกลไกการปรับตัว.....	8
	ตอนที่ 2 ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย.....	16
	ตอนที่ 3 การประเมินความเครียด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
	ประชากรเป้าหมาย.....	34
	การสุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	35
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	39
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	71
	สรุปผลการวิจัย.....	71
	การอภิปรายผลการวิจัย.....	76
	ข้อเสนอแนะ.....	80

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก	85
ประวัติผู้วิจัย.....	96



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงความชุกของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน.....	41
2	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป.....	42
3	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลเฉพาะ.....	46
4	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน.....	48
5	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเฉพาะ.....	49
6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน...	51
7	แสดงค่าร้อยละที่มาของความเครียด.....	52
8	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียด.....	54
9	แสดงค่าร้อยละที่มาของความเครียดจำแนกเป็นรายด้าน.....	56
10	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียดจำแนกเป็น รายด้าน.....	56
11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's Exact test.....	58
12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ ประจำบ้านทั้งหมด โดยใช้ Pearson Correlation.....	62
13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่มีความเครียด โดยใช้ Pearson Correlation.....	62
14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ ประจำบ้านกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Pearson Correlation.....	63
15	แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independence t-test.....	64
16	แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One-way ANOVA.....	65

สารบัญญัตราสาร(ต่อ)

	หน้า
17 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาความเครียดของ แพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Independence t-test.....	68
18 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ ความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน.....	70



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียดเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตประจำวันของคนเราเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ความเครียดที่เกิดขึ้นบางครั้งอาจจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งของคนเราทำให้รู้จักขวนขวายกระตือรือร้นและจัดการภาวะต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้แต่ถ้าเมื่อใดความเครียดมีระดับรุนแรงมากขึ้นย่อมมีผลต่อสุขภาพและเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้น¹ ผลของความเครียดอาจเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในงาน คับข้องใจ วิตกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่าย หยุคหรือลางาน ลาป่วยบ่อย ๆ ลาออก หรือเปลี่ยนงาน งานไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นผลให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสรีรวิทยาของบุคคลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตได้ คนที่มีความเครียดสูงจะมีผลทำให้การใช้เหตุผลและวิจารณญาณอื่น ๆ มีประสิทธิภาพลดลง เป็นสาเหตุใหญ่ของพฤติกรรมแปรปรวนถ้ามีความเครียดสะสมไว้นาน ๆ อาจทำให้เกิดความบกพร่องของการประสานงานระหว่างระบบซิมพาทेटิคกับระบบพาราซิมพาทेटิค และส่งผลกระทบต่อเนื้อให้เกิดความผิดปกติของการสั่งงานของสมองส่วนกลางขึ้นได้ และยังเป็นสาเหตุของโรคทางกายอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ฯลฯ

ในสังคมปัจจุบัน การพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในการดำเนินชีวิตทุกคนย่อมประสบปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญแก่ความสำเร็จในอาชีพการงานและการสร้างฐานะ ดังนั้น การประกอบอาชีพทำให้คนในสังคมอยู่ได้ภาวะเครียดอย่างมากได้เสมอ² โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับจากสังคมมาก ในขณะเดียวกันความคาดหวังในตัวแพทย์จากสังคมก็มีไม่น้อยเช่นกัน ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาส่งผลกระทบต่อแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิตเวชของแพทย์ได้ง่าย³ เป็นที่ทราบกันว่าความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับวิชาชีพทางเวชกรรมและมีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการ นอกจากความกดดันเรื่องงานแล้วเหตุการณ์ที่เข้ามา รบกวนการทำงานก็อาจทำให้แพทย์เกิดความเครียดขึ้นได้⁴

จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าปัญหาต่าง ๆ ทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในแพทย์มีแนวโน้มรุนแรงที่สุดในช่วงการศึกษาหลังปริญญา อาทิ การศึกษาแพทย์ประจำบ้านแผนก

อายุกรรมในสหรัฐอเมริกาที่ต้องลาออกจากการเรียนเฉพาะทางกลางคันถึงร้อยละ 10 จากปัญหาความกดดันทางอารมณ์ และในจำนวนนี้ยังประกอบไปด้วยร้อยละ 5 ที่มีการฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 2³ จากการศึกษาต่อเนื่องของ First พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีแนวโน้มการมีปัญหาทางอารมณ์รุนแรงกว่าขณะเป็นนิสิตแพทย์ปีที่ 4⁵⁻⁶ จากการศึกษาของ Lindeman และคณะ(1996)⁷ พบว่ามีการเพิ่มมากขึ้นของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวิชาชีพแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไปและวิชาชีพอื่น ๆ การศึกษา ของ Schneider³ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของแพทย์อินเทอร์น แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์พบว่าปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของงาน ระบบ และความรับผิดชอบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อแพทย์อินเทอร์น Young (1987)⁸ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมการแก้ปัญหาระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศหญิงและเพศชายในแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ไปรับการฝึกที่ Missouri, Kansas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana และ Texas จำนวน 466 รายคิดเป็นร้อยละ 60 ของแพทย์ประจำบ้านที่ทำการฝึกทั้งหมด โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมที่ปรับปรุงจาก National Survey of Personal Health Practices and Consequences ของ U.S. Department of Health and Human Services ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมปัญหาส่วนบุคคล หรือปัญหาทางอารมณ์ในรอบปีที่ผ่านมา, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักและข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า แพทย์หญิงมีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าแพทย์ชายและปัญหาดังกล่าวก็มีความสัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การเพิ่มขึ้นของการใช้สุรา ปัญหาความอ่อนและการควบคุมอาหาร แต่ไม่พบความแตกต่างของการสูบบุหรี่และความถี่ของการออกกำลังกายระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศชายและเพศหญิง Mazie (1985)⁹ ได้ทำการศึกษาความเครียดจากการทำงานสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมของ แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 79 ราย พบว่าผู้ที่มีความเครียดในการทำงานในระดับสูงหรือมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะความกดดันทางจิตใจสูงและสัมพันธ์กับระดับการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ร่วมงานและบุคคลภายนอก Hsu และ Marshall (1987)¹⁰ ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความกดดันทางอารมณ์ในกลุ่มของแพทย์ประจำบ้าน แพทย์อินเทอร์น และนิสิตแพทย์ ใน Ontario Canada โดยใช้แบบวัด CES-D พบว่ามีผู้ที่มี depression score ในระดับ severe คิดเป็นร้อยละ 3.9 เพศหญิงมี severe depression score ร้อยละ 7.3 และเพศชายร้อยละ 2.2 สัดส่วนของระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย และสัดส่วนของ depression score ในแพทย์ที่ยังไม่แต่งงานมีระดับสูงกว่าแพทย์ที่แต่งงานแล้ว ความชุกของ depression พบมากที่สุดในการเรียนหลังปริญญาปีแรก อัมพร เบญจพล

พิทักษ์ (2539) ³ ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามธิบดีพบว่าในจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 42.2 มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต ทั้งแพทย์ที่มีภาวะเครียดและไม่เครียดต่างก็มีปัญหาจากหอพักแพทย์ ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานสูงเป็นสามอันดับแรก แต่เมื่อเทียบกับภาวะเครียดปัญหาที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงานและปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ภาวะเครียดยังส่งผลให้แพทย์ประจำบ้านรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจในการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และขาดความมั่นใจในการเรียนจนจบหลักสูตร

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตและความเครียดในแพทย์ประจำบ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะอาจจะส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพของการให้บริการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรอบทศวรรษที่ผ่านมาที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของงานระบบ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบต่อนโยบายการบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ของรัฐบาลทำให้บุคลากรทุกวิชาชีพมีปัญหาในการปรับตัวและการดูแลภาวะสุขภาพจิต แต่ที่ผ่านมากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับแพทย์ส่วนใหญ่ มุ่งศึกษากันมากในกลุ่มของนิสิตแพทย์ การศึกษาวิจัยในกลุ่มของแพทย์ประจำบ้านทั้งในต่างประเทศหรือภายในประเทศพบว่ามีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการสำรวจความชุกของความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในแพทย์ประจำบ้าน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ข้อมูลพื้นฐานในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านและเป็นแนวทางในการที่จะส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาที่เกิดจากความเครียดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและระดับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในแต่ละชั้นปี และแต่ละภาควิชา

ขอบเขตของการวิจัย

แพทย์ประจำบ้านที่เป็นประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็น แพทย์ประจำบ้านที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของความเครียดและระดับของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยและสาเหตุของความเครียดใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ความเครียดของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี แต่ละภาควิชา ในด้านต่าง ๆ มีความแตกต่างกันหรือไม่

ข้อตกลงเบื้องต้น

แพทย์ประจำบ้านที่เป็นประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็น แพทย์ประจำบ้านที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 และทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2545

ข้อจำกัดของการวิจัย(Limitations)

ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามผู้ตอบทำแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งทำให้สามารถไม่ควบคุมอคติอันเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แพทย์ประจำบ้าน หมายถึง แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ที่เข้ารับการศึกษาระดับสูงเฉพาะทางและปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 ทุกภาควิชาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อการคุกคาม ทำท่ายด้านจิตใจและร่างกาย จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ที่เป็นสาเหตุเล็ก ๆ น้อยๆ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำจนถึงเหตุการณ์สำคัญ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แบบประเมินระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต: เป็นเครื่องวัดโดยแบ่งระดับความเครียดตามคะแนนรวมที่ได้ในแต่ละตัวแปรออกเป็น 5 ระดับ

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงที่บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ได้จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคาม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับตามผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม คือ

- ไม่เครียด มีระดับคะแนน 0-17
- เครียดในระดับเล็กน้อย มีระดับคะแนน 18-25
- เครียดในระดับปานกลาง มีระดับคะแนน 26-29
- เครียดในระดับมาก มีระดับคะแนน 30-60

ที่มาของความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา และมีผลทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเครียดซึ่งแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ความเครียดจากงาน ความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ความเครียดจากครอบครัว ความเครียดจากสภาพสังคม ความเครียดจากสภาพแวดล้อม และความเครียดเรื่องการเงิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่ควรนำไปเปิดเผย ผู้วิจัยแก้ไขโดยการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของความเครียดกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของความเครียด การค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อที่ศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ความหมายของความเครียด สาเหตุและกลไกการปรับตัว
- ตอนที่ 2 ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย
- ตอนที่ 3 การประเมินความเครียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ความหมายของความเครียด และกลไกการปรับตัว

ความหมายของความเครียด

ความเครียด ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 แปลว่า จัด เช่น ตึงเครียด อาการที่สมองไม่ผ่อนคลาย เพราะคร่ำเครียดมากเกินไป เช่น อารมณ์เครียด

พยอม อิงศตานุวัฒน์⁽¹¹⁾ ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า คือการขัดขวางหรือการรื้อที่ทำให้นุ้ษย์พยายามหลีกเลี่ยง หรือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน

กรมสุขภาพจิต⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

สุนีย์ ตันติพัฒนานนท์⁽¹³⁾ กล่าวว่าความเครียดมี 2 ความหมาย คือ

1. เป็นภาวะอารมณ์ที่ปั่นป่วน หรืออารมณ์ไม่สมดุลที่บุคคลประสบ
2. เป็นสิ่งกระตุ้นที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายหรือทางใจ ของบุคคลที่

ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด

สุนิ ธนาเลิศกุล ได้ให้ความหมายว่า ความเครียดคือสิ่งใดที่คุกคามสุขภาพของร่างกายหรือทำให้การทำงานของร่างกายผิดปกติไป

โรบินสัน⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า เมื่อมีสิ่งมาคุกคามจิตใจคนเราจะรู้สึกเครียดหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละคน เพราะความเครียดจะเกี่ยวข้องระหว่างสภาวะที่คุกคามนั้นกับการตัดสินใจรับรู้ สำหรับคนที่รู้สึกว่าจะสามารถเผชิญและจัดการสภาวะนั้นได้ก็จะไม่เกิดความเครียด แต่ในคนที่ไม่สามารถเผชิญกับสภาวะนั้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้น

ศาสตราจารย์ ฟูน (อ้างถึงใน วรินทร์ ,2543)⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า ความเครียดอาจหมายถึงสิ่งที่คุกคามหรือภาวะคุกคามที่มนุษย์หรือสิ่งมีชีวิตได้รับรู้ หรืออาจหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งที่คุกคามหรือภาวะคุกคาม หรือสิ่งคุกคามที่มากเกินไปร่างกายจะปรับสมดุลทั้งทางร่างกายและทางจิต จะก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพ

โรเบิร์ต⁽¹⁶⁾ ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กลุ่มพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล มีความคับข้องใจ มีความโกรธไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ หรือมีความลำบากในการพิจารณาตัดสินใจ

เชลเย⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นภาวะหนึ่งของระบบชีวิตที่เกิดกลุ่มอาการเฉพาะขึ้นในร่างกายเพื่อตอบสนองสิ่งที่มาคุกคามอันไม่เฉพาะเจาะจง

ซูทิตย์ ปานปรีชา⁽¹⁸⁾ ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า

1. ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวตนหรือนอกตัวตน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติของร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ

2. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญ

3. ความเครียดเป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เสมือนจิตใจถูกบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ลาซาลัสและไฟร์คแมน⁽¹⁹⁾ ความเครียด หมายถึง ความไม่สมดุลที่เกิดจากการประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของบุคคล ว่าสิ่งนั้นคุกคามโดยการประเมินเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เช่น ทัศนคติประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น

ยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์และลัดดา แสนสีหา⁽²⁰⁾ ได้ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองอย่างทั่ว ๆ ไป ของร่างกายที่มีต่อสิ่งกระตุ้น (stressor)

จึงพอสรุปได้ว่าความเครียดเป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์อันไม่พึงปรารถนา

สาเหตุของความเครียด

ได้มีการศึกษาสาเหตุของความเครียดไว้มากมายพอสรุปได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ สาเหตุจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และสาเหตุจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม

มิลเลอร์และคีน⁽²¹⁾ กล่าวว่ามูลเหตุของความเครียดอาจเกิดได้จากสิ่งแวดล้อมภายนอกในร่างกาย หรือภาวะภายในร่างกายก็ได้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal stress) ซึ่งเกิดได้จาก

-ความเครียดทางชีววิทยา (biological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ฉุนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น

-ความเครียดทางพัฒนาการ (development stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนาการแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก การได้รับการยกย่องนับถือ ความต้องการมีเพื่อน เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นตามความคาดหวังที่ตนต้องการจะก่อให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดจากภายนอก (External stress) หรืออาจเรียกว่าความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเกิดได้จาก

-สภาพแวดล้อมภายนอกทั้งทางด้านกายภาพ หรือสถานการณ์ หรือวิกฤติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บป่วยแก่ร่างกายจะทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะสงคราม ฯลฯ

-ข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งถ้าบุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมได้ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ใจเกิดความเครียด

แองเจิล⁽²²⁾ ได้แบ่งที่มาของความเครียดว่ามี 3 ทาง คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสีย เป็นการสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นความรู้สึกว่าเกรงจะสูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือทรัพย์สินสมบัติของตนทำให้เกิดความรู้สึกเครียดได้ ตัวอย่างการสูญเสียที่ทำให้เกิดความเครียดได้แก่ การสูญเสียญาติสนิท มิตรสหาย การสูญเสียอวัยวะร่างกาย สูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาททางสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบกับเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบหน้าที่ที่ไม่เคยกระทำมาก่อน เป็นต้น

3. ความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจ อันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เราต้องมีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ และจิตใจ และทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อ ความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังก็จะเกิดเป็นความคับข้องใจแสดงออกในรูปความเครียด เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ ความรัก ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2541)⁽¹²⁾ ได้สรุปสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจาก

1. สาเหตุจากปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.1 สาเหตุทางกาย สภาวะทางกายบางประการทำให้เกิดความเครียดได้ในลักษณะที่ว่า ร่างกายเครียด จากการที่ร่างกายกับจิตใจมีความเกี่ยวข้องกัน แยกจากกันไม่ได้ การเกิดความเครียดทางด้านร่างกายย่อมส่งผลให้จิตใจเครียดตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

1.1.1 คุณลักษณะทางพันธุกรรมที่ทำให้บุคคลมีลักษณะพื้นฐานแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศ สีผิว ความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอของระบบทำงานของร่างกาย ตลอดจนความพิการบางประเภท

1.1.2 ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย อันเกิดจากได้ผ่านการทำงานอย่างหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องมาจากสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่จะทำให้แต่ละคนมีความพร้อมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแตกต่างกัน

1.1.3 ภาวะโภชนาการ ได้แก่ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่จะมีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน ไม่ถูกสุขลักษณะ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือมากเกินไป การใช้หรือการบริโภคสารบางประเภท อาทิ สุรา บุหรี่ ชา กาแฟ ตลอดจนสารเสพติดต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนทำให้เกิดความเครียดได้

1.1.4 การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่อ่อนเพลียเป็นติดต่อกันเวลานาน

1.1.5 การเจ็บป่วยทางร่างกาย ทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เช่น การมีไข้สูง อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.1.6 ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อ ผิวหนัง การทรงตัว เช่น การเดิน ยืน วิ่ง นอน หากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้

1.2 สาเหตุทางจิตใจ ถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับความเครียดมากที่สุด

1.2.1 บุคลิกภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย คือ

ก.บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต (Perfectionist) ได้แก่ คนที่ต้องการความสมบูรณ์แบบให้กับทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต เจ้าระเบียบ ขยัน เป็นคนยึดมั่นต่อกฎเกณฑ์ข้อบังคับ บุคลิกภาพแบบนี้ทำให้บุคคลนั้นต้องทำงานหนักและต้องทำทุกอย่างด้วยตัวเอง

ข.บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (dependence) ได้แก่ บุคคลที่มีลักษณะขาดความมั่นใจในตัวเอง ไม่เข้มแข็ง รู้สึกว่าตนไม่เก่ง ไม่กล้าตัดสินใจ บุคลิกภาพแบบนี้จะทำให้เป็นคนวิตกกังวลได้ง่าย จะทำอะไรต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความหวาดหวั่นกับอนาคตอยู่เสมอ

ค.บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) คนที่มีบุคลิกภาพแบบนี้เป็นคนใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งมีผลกระทบไปถึงภาวะสมดุลของร่างกายไปด้วย

1.2.2 การเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต (Life event) หมายถึง เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อกิจกรรมตามปกติของบุคคล โดยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลทางบวกหรือทางลบก็ได้ การเกิดขึ้นของเหตุการณ์ดังกล่าว ล้วนทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นการควบคุมหรือก่อให้เกิดผลในทางลบ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จะก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและความเครียดได้มาก

1.2.3 ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางขึ้นไป แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการเลือกกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการหรือไม่อยากได้ ไม่อยากทำทั้งสองอย่าง แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.2.4 ความคับข้องใจ (Frustration) ได้แก่ การที่บุคคลมีอุปสรรคไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจมี 4 ประการ คือ

ก. ความรู้สึกบางประเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย อาจเป็นการสูญเสียคนรัก เกียรติยศ ชื่อเสียง ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต หรือในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การขาดเป้าหมายที่ชัดเจนในชีวิต ความรู้สึกเหล่านั้นจะทำให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้

ข. ความล่าช้าของเหตุการณ์หรือการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการอันเกิดจากธรรมชาติหรือลักษณะของเหตุการณ์นั่นเอง หรือเกิดจากปัจจัยแวดล้อมของเหตุการณ์หรือเกิดจากปัจจัยภายในบุคคลนั่นเอง

ค. การขาดคุณสมบัติบางประการของบุคคล ซึ่งเชื่อกันว่ามีความจำเป็นต่อสถานะและความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล เช่น การขาดความสามารถ การขาดทักษะในการทำงานที่รับผิดชอบ

ง. อารมณ์ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความทุกข์ใจไม่สบาย ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าอารมณ์เครียด

2. สาเหตุจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม

2.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นอนุภูมิภาค สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิประเทศ ความหนาแน่นของประชากร ภัยธรรมชาติ ฯลฯ เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและทำให้ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้

2.2 สภาพแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิตและสามารถทำอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ หรือเชื้อโรคอื่น ๆ

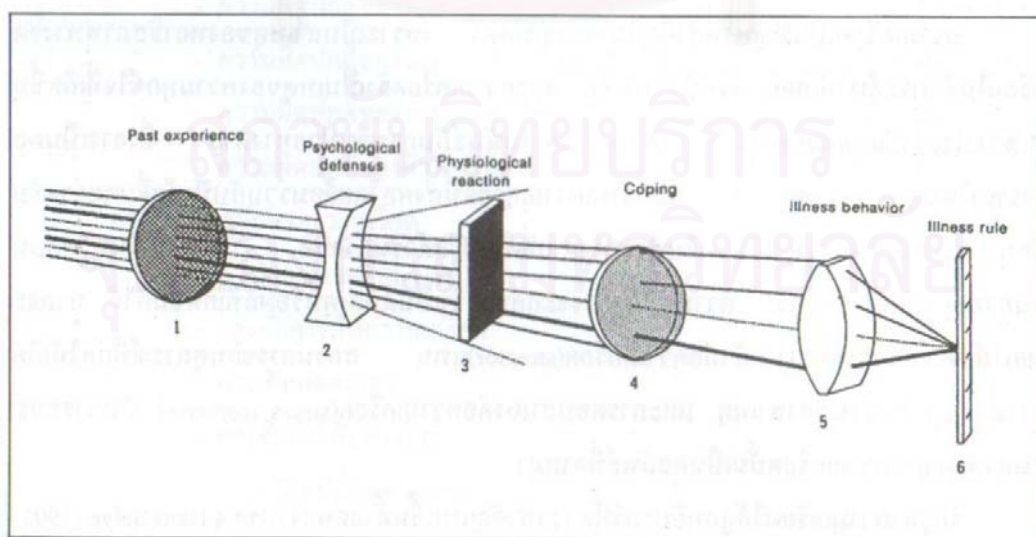
2.3 สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม จากการที่บุคคลเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ฉะนั้น ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมและสิ่งทีบุคคลกระทำจะมีผลกระทบต่อกันตลอดเวลา โดยปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.3.1 สถานภาพและบทบาทในสังคมของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีหลายบทบาท หลายสถานภาพ เช่น ถ้าอยู่ในครอบครัวอาจมีบทบาทเป็นพ่อแม่ อยู่ในที่ทำงานเป็นลูกน้อง มีผู้บังคับบัญชาคอยดูแลการปฏิบัติงาน ถ้าอยู่กับพ่อแม่ก็มีบทบาทเป็นลูก หรือการเป็นเพศชาย เพศหญิง เหล่านี้ล้วนมีผลให้แต่ละบุคคลมีการแสดงออกหรือมีการกระทำที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ หากบทบาทหลายอย่างนี้มีความขัดแย้งหรือแตกต่างกันมาก ก็อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวและเครียดได้

2.3.2 บรรทัดฐานทางสังคม ได้แก่ แนวทางหรือกฎเกณฑ์ในการประพฤติปฏิบัติที่คนในสังคมส่วนใหญ่ยอมรับและปฏิบัติตาม จนกลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ เป็นประเพณีของสังคมนั้น ๆ แต่บางครั้งกฎเกณฑ์ดังกล่าวไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลหรือเป็นกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดมากย่อมก่อให้เกิดความเครียดกับบุคคลได้

2.3.3 ระบบการเมืองการปกครอง ซึ่งจะมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลหากเป็นระบบการเมืองการปกครองที่เคร่งครัด หรือทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณควบคุมหรือถูกคุกคาม โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิเสรีภาพด้านต่าง ๆ หรือเป็นระบบการเมืองการปกครองที่ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นคงย่อมก่อให้เกิดความเครียดกับประชาชนได้

แม้ว่าบทบาทของตัวก่อความเครียด (stressor) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกจะมีความสำคัญในการก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลก็ตาม แต่ไม่ได้เป็นผลโดยตรงต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยภายในตัวบุคคล อันได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การรับรู้ทัศนคติ การปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จะเข้ามาปรับการรับรู้ การตีความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงทำให้บุคคลรับผลจากความเครียดไม่เท่ากัน⁽²³⁾ (ดังรูปที่ 1)



(จาก Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and psychiatry. In : Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: 7th ed. ,p.1836)

ขั้นที่ 1 แสดงถึง การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน จะเห็นว่า ประสบการณ์ชีวิตในอดีต การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา เป็นเสมือนตัวกรอง (filter) ให้ความรุนแรงนั้นเพิ่มขึ้นหรือลดลง

ขั้นที่ 2 และ 3 แสดงถึงกลไกทางจิตและร่างกาย กลไกทางจิตทำหน้าที่ เบี่ยงเบนความเครียดที่เกิดขึ้น (diffract) หรือเป็นตัวกรองเก็บความรู้สึกลงไป (repression) สู่จิตไร้สำนึก พลังงานของอารมณ์ส่วนที่เหลือจะผ่านไปที่กระบวนการของจิตสรีระ (psychophysiologic) ในการเปลี่ยนความรู้สึกและอารมณ์เป็นสภาวะทางร่างกาย หากสภาพทางร่างกายนั้นถูกตีความว่าผิดปกติเป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเรียกว่าอาการ (symptoms)

ขั้นที่ 4 เป็นระยะของการใช้เทคนิคการปรับตัว (coping) เพื่อลดพลังงาน ความกดดันบางส่วน ให้ความรุนแรงลดลง ได้แก่ การจัดการกับปัญหา การจัดการกับเวลา การฝึกผ่อนคลาย การพูดคุย ขอคำปรึกษาจากผู้อื่น

ขั้นที่ 5 เป็นระยะของพฤติกรรมความเจ็บป่วย หากความรุนแรงของการตอบสนองยังคงเหลืออยู่ บุคคลก็จะจดจ่อ (focus) ให้ความสนใจต่ออาการที่เกิดขึ้น เป็นระยะที่รับรู้และยอมรับอาการว่าเป็นความเจ็บป่วย แสวงหาการรักษา และยอมรับบทบาทผู้ป่วย (sick role)

ขั้นที่ 6 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ซึ่งจะนำอาการที่เกิดขึ้นมาจำแนกว่าเป็น ความผิดปกติหรือโรคชนิดใด เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และให้การรักษาที่ เฉพาะเจาะจง

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นว่าก่อนที่บุคคลจะมาพบแพทย์ด้วยอาการความเจ็บป่วยนั้น เขาได้ผ่านกระบวนการกรอง จัดการแก้ไขปัญหาระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งการรักษา นอกจากจะดูแลในขั้นตอนที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บป่วย ยังสามารถที่จะส่งเสริมกระบวนการก่อน ที่จะเจ็บป่วยให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวดีขึ้น เป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตได้

กลไกการปรับตัว (Coping mechanism)

คือกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งความคิดและพฤติกรรม แสดงออก ในการจัดการกับความต้องการ (demands) ทั้งภายนอกและภายในที่บุคคลประเมิน ว่าเป็นภาระหรือมากกว่าความสามารถที่มีของบุคคลนั้นจะแก้ไขได้

Folkman & Lazarus (1980) (อ้างถึงใน รัชชชัย กฤษณะประกกรกิจ, 2544)⁽²⁴⁾ ได้กล่าวถึงว่า หน้าที่หลักของการปรับตัวนั้นมี 2 แบบ คือ

1. การจัดการที่ปัญหา (problem focused) คือ การที่บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูล ว่าจะต้องทำอะไรบ้างและมีการกระทำบางอย่างเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างตัวเขากับสิ่งแวดล้อม การแก้ไขอาจมุ่งไปที่ตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม เช่น คนที่เพิ่งทราบว่า เป็นมะเร็ง ก็จะแสวงหาข้อมูลจากแพทย์คนอื่น หาวิธีการรักษาวิธีการต่าง ๆ เพื่อเลือกสิ่งที่ดีที่สุด

2. การจัดการที่อารมณ์ (emotion focused) มีจุดมุ่งหมาย ที่จะปรับสภาพอารมณ์ของบุคคลต่อสถานการณ์ความเครียด เช่น การเลี้ยงที่ไม่คิดถึง หรือการนำปัญหานั้นกลับมาพิจารณาใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่มีต่อปัญหาโดยไม่ได้เปลี่ยนที่ตัวปัญหาเอง ในกรณีบุคคลที่เป็นมะเร็ง ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเท่านั้น สภาพในขณะนี้จึงไม่สามารถทำอะไรเพิ่มเติมได้ บุคคลนั้นจะพยายามไม่นึกถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นโดยใช้กลไกทางจิตที่เรียกว่าการปฏิเสธ (denial) หรือพยายามปลอบใจตนเองว่า จะปลอดภัยจากการรักษาในครั้งนี้

บุคคลที่มีการปรับตัวดีนั้น จะให้ความสำคัญกับทั้งการจัดการที่ปัญหาและการจัดการที่อารมณ์ร่วมกัน โดยมีรูปแบบการปรับตัวหลากหลายที่ปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ พร้อมทั้งเปิดใจกว้างที่จะรับฟังคำแนะนำข้อคิดเห็นของผู้อื่น

วิธีการปรับตัวและตัวอย่าง

1. การเผชิญหน้า (confrontative coping)
 - ยืนปักหลักและต่อสู้ให้ได้สิ่งที่ต้องการ
 - พยายามทำให้บุคคลอื่นเปลี่ยนใจให้ได้
 - แสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลที่ทำให้เกิดปัญหา
2. การเว้นระยะห่าง (distancing)
 - ทำใจเบา ปฏิเสธที่จะเคร่งเครียดกับปัญหา
 - ไม่คิดไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัญหา
 - พยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่าง
3. การควบคุมตนเอง (self controlling)
 - พยายามเก็บความรู้สึกไว้ในใจตามลำพัง
 - เก็บซ่อนเร้นไม่ให้ใครรู้เรื่องร้าย ๆ ที่เกิดขึ้น
 - พยายามไม่ได้ตบออกป้ไปเร็ว ไม่แสดงออกตามความรู้สึกในตอนนั้น
4. แสวงหาความช่วยเหลือหรือระดับประคองทางสังคม (seeking social support)
 - พูดคุยกับคนอื่นเพื่อหารายละเอียด

- พูดกับคนที่ช่วยหาทางออกให้
 - ขอคำแนะนำจากญาติและเพื่อน
5. ยอมรับความรับผิดชอบ (accepting responsibility)
- ตีเตือนหรือสอนตัวเอง
 - ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหาขึ้น
 - ให้คำสัญญาว่าจะแก้ไขเหตุการณ์ด้วยตนเอง
6. การหนีหรือหลีกเลี่ยง (escape-avoidance)
- หวังว่าปัญหาจะผ่านพ้นไป
 - หวังให้มีสิ่งมหัศจรรย์มาช่วย
 - หลีกเลี่ยงการเกี่ยวข้องกับคนอื่น
7. วางแผนการแก้ปัญหา (planful problem solving)
- พยายามเป็นสองเท่าในแนวทางที่วางไว้
 - วางแผนเป็นขั้นตอนและดำเนินการตามนั้น
 - พยายามเปลี่ยนแปลงบางอย่างเพื่อให้ได้ผลตามที่คาดไว้
8. ประเมินใหม่ในทางบวก (positive reappraisal)
- ปัญหาช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและเติบโต
 - รู้สึกว่าการได้ผ่านประสบการณ์นั้นเป็นผลดีกว่าตอนแรกที่เกิดปัญหา
 - ได้พบว่า ความเชื่อใหม่ เกิดศรัทธาในชีวิต

ตอนที่ 2 ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย

เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะพยายามปรับตัวโดยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายและจิตใจเพื่อขจัดความรู้สึกเครียดให้หมดไป⁽²⁵⁾

ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียดนั้น คือ การตอบสนองของสรีระเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด หรืออีกนัยหนึ่งคือการที่ตัวก่อความเครียดทำลายสมดุลของชีวิต และการตอบสนองต่อความเครียดของระบบสรีระเพื่อโต้ตอบต่อตัวก่อความเครียดนั้น ทำให้เกิดการปรับตัวและกลับสู่สมดุลดั้งเดิม หากความเครียดเกิดขึ้นอย่างฉับพลันรุนแรงจะสามารถเห็นผลได้ชัดเจน ส่วนความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังนั้นอาจจะไม่สามารถระบุผลที่ชัดเจนได้ ซึ่งจะได้ทำความเข้าใจ ผลกระทบของความเครียดต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายต่อไป

การตอบสนองของสารส่งผ่านประสาทต่อความเครียด (Neurotransmitter response to stress)

ตัวก่อความเครียดจะกระตุ้น noradrenergic system ในสมองโดยเฉพาะที่ส่วนของ locus coeruleus ทำให้มีการหลั่งสาร catecholamines จากระบบประสาทอัตโนมัติ และประสพการณ์ความเครียดในอดีตจะไปเพิ่มการสังเคราะห์ norepinephrine ในสมอง โดยเหนี่ยวนำการทำงานของเอนไซม์ tyrosine hydroxylase เมื่อมีการหลั่งของ norepinephrine มากขึ้นจะทำให้เกิดการปรับตัวของตัวรับ (receptor) ช่วยให้เกิดความทนทานต่อภาวะความเครียด ชนิดนั้นได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าการเผชิญความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดความทน (tolerance) ต่อความเครียดอย่างหนึ่งได้มากขึ้นแต่พบว่าผู้นั้นกลับมีความไวต่อความเครียดจากสาเหตุอื่น ที่ตามมามากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ตัวก่อความเครียดยังไปกระตุ้นระบบ serotonin ให้ทำงานเพิ่มขึ้นโดยผ่านการออกฤทธิ์ของ glucocorticoid ต่อ serotonin receptor type 2 นำมาอธิบายผลของความเครียดในโรค major depressive disorder ส่วนในระบบของ dopamine พบว่าความเครียดมีผลเพิ่มการส่งผ่านประสาทของ dopamine ในส่วน mesoprefrontal pathway ด้วย

บทบาทของ amino acid และ peptidergic neurotransmitters ต่อความเครียดเริ่มมีความชัดเจนขึ้น คือ พบว่า corticotropin-releasing (CRF), สาร glutamate ที่ออกฤทธิ์ผ่าน N-methyl D-aspartate (NMDA) receptor และ gamma aminobutyric acid ล้วนมีบทบาทสำคัญในการสร้างปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดและไปมีผลปรับการทำงานของระบบ dopaminergic และ noradrenergic

การตอบสนองของระบบต่อมไร้ท่อต่อความเครียด (Endocrine response to stress)

ในการตอบสนองต่อความเครียดนั้น corticotropin releasing factor (CRF) จะถูกหลั่งจาก hypothalamus เข้าไปใน hypophysia-pituitary-portal system แล้วกระตุ้นให้ส่วนหน้าของต่อม pituitary หลั่ง adrenocorticotropic hormone (ACTH) ซึ่งจะไปออกฤทธิ์ที่เปลือกต่อมหมวกไต (adrenal cortex) ทำให้เกิดการสร้างและปลดปล่อย glucocorticoids ออกมา glucocorticoids มีผลหลายอย่างต่อร่างกาย คือ เพิ่มการใช้พลังงาน เพิ่มการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ยับยั้งการเติบโต การสืบพันธุ์และระบบภูมิคุ้มกัน ACTH และ cortisol ที่ถูกสร้างขึ้นยังทำหน้าที่ย้อนกลับไปยัง (negative feedback) ต่อ hypothalamo-pituitary-adrenal-axis (HPA axis) นอกจากนี้ HPA axis ยังได้รับอิทธิพลจากสารที่ส่งผ่านภายนอก

อีกด้วย ได้แก่ catecholamines , vasopressin และ oxytocin ความเครียดที่แตกต่างกันก็ทำให้การหลั่งสารเหล่านี้แตกต่างกัน จึงเป็นผลให้ปฏิกริยาตอบสนองของความเครียดไม่ได้เป็นรูปแบบเดียวกันเสมอไป

ในแง่ความแตกต่างของการตอบสนองใน HPA axis พบจากการทดลองในหนูว่าการตอบสนองจะสัมพันธ์กับจำนวนครั้ง (ความถี่) และระยะเวลา (ความเรื้อรัง) ของความเครียด ซึ่งสามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์การป่วยทางจิตเวชในคนได้ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เผชิญเหตุการณ์ความเครียดรุนแรงบ่อย ๆ และเกิดขึ้นเป็นเวลายาวนาน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ HPA axis ได้มากกว่า ดังนั้นในการประเมินซักประวัติจึงควรให้ความสำคัญกับประวัติความเครียดว่าเกิดขึ้นบ่อยหรือเรื้อรังเพียงใด ในผู้ป่วยแต่ละราย

การตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อความเครียด (Immune response to stress)

ความเครียดทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานมากขึ้นได้หลายทาง ได้แก่ CRF จะกระตุ้นให้หลั่ง norepinephrine จากการกระตุ้นที่ CRF receptor บน locus ceruleus แล้ว norepinephrine ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง epinephrine จาก adrenal medulla เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เซลล์ประสาท norepinephrine จะมีความเชื่อมโยงกับ synapse บนเซลล์ภูมิคุ้มกันด้วย ในขณะที่เผชิญความเครียดจะมีการกระตุ้นเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันอย่างมาก เกิดการหลั่ง humoral immune factors (cytokines) เช่น interleukin1 (IL-1) และ interleukin1 (IL-6) ซึ่งจะไปทำให้ CRF หลั่งมากขึ้นอีก และ glucocorticoids จะมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อเป็นการชดเชยให้ลดลงสู่ปกติ ดังนั้น glucocorticoid ที่เพิ่มขึ้นมีผลลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อเป็นการปรับสมดุลนั่นเอง

ความเครียดในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การสอบ และการดูแลญาติผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสลดลง ซึ่งเห็นได้จากการกำเริบของ herpes simplex virus ในภาวะความเครียดสูง การศึกษาผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ขาดการประคับประคองทางสังคมและเผชิญชีวิตที่ยากลำบาก พบว่ามีอัตราการกำเริบของโรคเร็วกว่ากลุ่มควบคุมถึง 4 เท่าทำให้เกิดโรคเอดส์ในระยะเวลาที่สั้นกว่า ส่วนในความเครียดที่มีลักษณะฉับพลันทำให้มีการทำงานของ natural killer cell เพิ่มขึ้น ดังนั้นข้อสรุปที่น่าจะเป็นสำหรับผลของความเครียดต่อระบบภูมิคุ้มกันคือ ความเครียดในระยะฉับพลันจะช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ส่วนความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังทำให้ภูมิคุ้มกันเสียไปได้

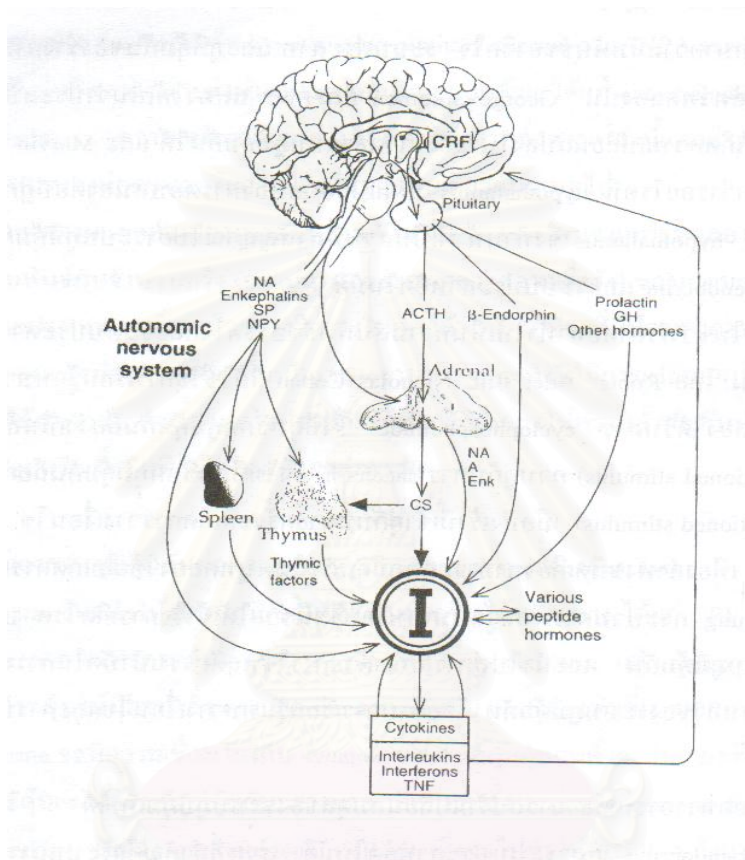
Psychoneuroimmunology

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของจิตใจ ระบบประสาท และภูมิคุ้มกันของร่างกาย จากการศึกษาระยะแรกในสัตว์ทดลองนั้น George Solomon และคณะ แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ช่วงแรกของชีวิตทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อระบบภูมิคุ้มกันได้ และ Marvin Stein และคณะ แสดงให้เห็นว่ารอยโรคที่ hypothalamus มีผลเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อปฏิกิริยาภูมิแพ้ในสัตว์หลายชนิด hypothalamus จึงทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งสัญญาณไปยังระบบภูมิคุ้มกันโดยการควบคุมผ่าน neuroendocrine และระบบประสาทอัตโนมัติ

การศึกษาในช่วงเวลาต่อมาทำให้เห็นความสัมพันธ์ของจิตใจและระบบประสาทต่อระบบภูมิคุ้มกันชัดเจนขึ้น โดย Robert Ader และ Nicholas Cohen ได้ใช้วิธีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข โดยการให้หนูทดลองได้รับสาร cyclophosphamide ซึ่งมีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกันถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่ไม่มีเงื่อนไข (unconditioned stimulus) ควบคู่กับสาร saccharin ซึ่งไม่มีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกันถือเป็นที่เร้าใจวางเงื่อนไข (conditioned stimulus) เมื่อสิ่งเร้านี้เข้าคู่กันหลายครั้งจนเกิดการวางเงื่อนไข ในที่สุดจะพบว่า saccharin เพียงลำพังชนิดเดียวสามารถกดภูมิคุ้มกันในหนูทดลองได้เมื่อเกิดการเรียนรู้แบบ classical conditioning กระบวนการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขนี้ช่วยให้เข้าใจการเกิดโรค บทบาทของพฤติกรรมต่อระบบภูมิคุ้มกัน และนำไปสู่การรักษาด้วยการใช้พฤติกรรมบำบัดในการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน โดยผ่านการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขและการป้องกันโรคด้วย

ความเครียดทางอารมณ์สามารถปรับเปลี่ยนสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันได้ โดยผ่านการทำงานของ neuroendocrine และระบบประสาทอัตโนมัติ ส่วนที่สำคัญคือระบบการทำงานของ hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis ดังตัวอย่างที่พบในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน adrenal steroid ใน major depressive disorder โดยการทำ dexamethasone suppression test นอกจากนี้สารอื่นที่มีฤทธิ์ปรับเปลี่ยนระบบภูมิคุ้มกัน (immunomodulatory) ได้แก่ neuropeptides หลายชนิด เช่น adrenocorticotrophic hormone (ACTH) , corticotropin-releasing factor (CRF) , endorphins, thyrotropin-releasing hormone (TRH)

ในแง่ของ endogenous adrenal steroids พบว่าการทำงานในทั้งสองทิศทางและเป็นไปอย่างซับซ้อน ร่วมกับเส้นประสาทซิมพาเทติกขาออกไปยังต่อมไทมัสและม้าม (รูปที่ 2) ไปมีผลต่อการสร้างลิมโฟไซต์ นอกจากนี้ระบบภูมิคุ้มกันเองก็สามารถย้อนกลับไปปรับเปลี่ยนการทำงานของระบบประสาทที่บริเวณ limbic forebrain และ เปลือกสมองซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ พุทธิปัญญา (cognition) และกระบวนการคิด



รูปที่ 2 แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมองและระบบภูมิคุ้มกัน

ปฏิสัมพันธ์หลักระหว่างสมอง ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าสมองสามารถเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันได้โดยผ่านเส้นทางระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติมี peptides และ cytokines ที่ถูกสร้างขึ้นจาก immune cells A, adrenaline ; ACTH, adrenocorticotropin; CRF, corticotropin-releasing factor; CS, corticosteroids (glucocorticoids); Enk, enkephalins; GH, growth hormone; I, immunocytes; IL-necrosis factor

(จาก Dunn AJ. Psychoneuroimmunology : introduction and general perspectives. In : Leonard BE, Miller K, eds. Stress, the immune system and psychiatry. 1995 : p 7.)⁽²⁶⁾

Michale Trwin และคณะ ได้ทำการฉีด intracerebroventricular CRF มีผลทำให้เพิ่มการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional reactivity) และกระตุ้นการทำงานของเส้นทางซิมพาเทติกชนิดขาลง (descending) มาที่ม้าม ทำให้ลดการทำงานของ natural killer cells ในม้ามได้

สาร peptides หลายชนิดที่พบในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ cholecystokinin (CCK) และ vasoactive intestinal peptide (VIP) ก็สามารถพบได้ที่ระบบประสาทส่วนกลางด้วย นอกจากนี้ในสมองยังพบว่ามี cytokine และตัวรับ (receptors) เช่น interleukin -1 receptors ซึ่งมีหน้าที่ใน neuromoderator, growth factors และเป็นตัวกลางในปฏิกิริยาตอบสนองที่คล้ายกับระบบภูมิคุ้มกันในระบบประสาทส่วนกลางด้วย พบว่า cytokines ที่สร้างจากเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันนี้โดยเฉพาะ proinflammatory cytokines ได้แก่ IL-1 และ IL-6, tumor necrosis factor-alpha สามารถข้ามผ่าน blood brain barrier ได้ โดยที่ cytokine ตัวอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะไม่สามารถผ่าน blood brain barrier ได้ แต่ก็สามารถส่งสัญญาณผ่านเส้นประสาทเข้าของประสาทเวกัสไปยัง nucleus tractus solitarius การเพิ่มขึ้นของ cytokines ในส่วนรอบนอก (peripheral) ทำให้เกิดกลุ่มอาการเจ็บป่วย (sickness syndrome) ในสัตว์ได้ เช่น อาการไข้ มี mind leukocytosis เพิ่มระดับของ slow-wave sleep เพิ่มการสร้างโปรตีนที่ตับ ลดกิจกรรมการสำรวจในสัตว์ ลดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพิ่มความไวต่อการรับรู้ความปวด ซึ่งอาการเหล่านี้จะคล้ายกับอาการที่พบในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า แสดงว่าสัญญาณจากระบบภูมิคุ้มกันเหล่านี้ย้อนกลับไปที่สมองทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวทั้งในระบบของสรีระวิทยาและพฤติกรรม เช่นการมีไข้เพื่อลดความรุนแรงของการติดเชื้อจากจุลชีพ หรืออาการซึมเพื่อที่จะเก็บรักษาพลังงานในร่างกาย Meier และ Linda Watkins ได้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่าความเครียดทางจิตใจและร่างกาย ทำให้เกิดอาการที่คล้ายกับอาการจากการติดเชื้อทำให้เกิด sickness syndrome ได้เช่นเดียวกัน

ปัจจัยทางจิตสังคม ภาวะซึมเศร้า และระบบภูมิคุ้มกัน

ในปัจจุบันพบมีหลักฐานที่ชัดเจนถึงผลกระทบของความเครียดต่อระบบภูมิคุ้มกัน แม้ว่าบทบาทของความเครียดนี้ต่อการเกิดโรคทางระบบภูมิคุ้มกันจะยังไม่ชัดเจนก็ตาม แต่ก็จะมีผลการดำเนินโรคที่เกิดขึ้น พบว่าอารมณ์ซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายของผู้สูงอายุในสถานดูแลและลดอัตราการรอดที่ 6 เดือนและ 18 เดือน หลังจากเกิดเนื้อตายเหตุขาดเลือดของ

กล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial infarction) Amanda Ramirez และคณะ พบว่าความเครียดรุนแรงในชีวิตจะเพิ่มการกำเริบของโรคมะเร็งเต้านมเกือบ 6 เท่า และจากการวิจัยในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ระดับความเครียดในชีวิตที่รุนแรงจะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอชไอวีสูงกว่า และมีการลดลงของ natural killer cell และ CD8+ T cell

ในการศึกษาสำคัญชิ้นหนึ่งที่ทำโดย David Spiegel และคณะ พบว่า กลุ่มจิตบำบัดจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้ทำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายแล้ว ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทุกสัปดาห์สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาแบบกลุ่มบำบัด (ได้รับการรักษามะเร็งเพียงอย่างเดียว) ถึง 2 เท่า และ Fawzy และ คณะพบเช่นกันว่ากลุ่มบำบัดช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของ NK cell และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยชายที่เป็น malignant melanoma

ในแง่ผลของปัจจัยทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาของ Sheldon Cohen และคณะ ที่ทดลองให้อาสาสมัครได้รับเชื้อ rhinovirns พบว่าผู้ที่มีความเครียดทางจิตสังคมก่อนที่จะติดเชื้อจะสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคหวัดมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาต่อมาพบว่า ความเครียดที่นำมาก่อนหน้าในช่วง 1 ปีมีผลต่อการเป็นหวัดภายหลังการติดเชื้อมากกว่าภาวะอารมณ์และการรับรู้ความเครียดในปัจจุบัน ซึ่งแสดงว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่จะนำไปเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันนั้นน่าจะเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนหน้ามาเป็นเวลานาน

ในแง่ของผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันจากภาวะซึมเศร้า นั้น ยังมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอยู่มากกล่าวคือ บางรายงานเสนอค่าที่แตกต่างกันตั้งแต่เพิ่มขึ้น ลดลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเกิดจากรูปแบบรายละเอียดการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ทั้งความรุนแรง ระยะเวลา อายุ เพศ และปัจจัยอื่น ๆ จากการศึกษาแบบ meta analysis ของ Tracey Hebert และ Sheldon Cohen พบข้อสรุปที่สอดคล้องกันมากที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การลด NK cell activity, mitogen induced T cell activity และปริมาณของ lymphocyte บางชนิดลดลง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทและภูมิคุ้มกันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตเวชที่สำคัญ

มีการศึกษาในแง่ neuroimmunology ของ microglial cell, astrocyte และการหลั่งสารต่าง ๆ จากเซลล์เหล่านี้ เพื่อชะลอการดำเนินโรคของผู้ป่วย Alzheimer's disease นำไปสู่การรักษาที่จะเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันในสมอง เช่น การพัฒนายา cyclooxygenase inhibitors ซึ่งปัจจัยด้านภูมิคุ้มกันนี้น่าจะมีบทบาทในโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ด้วย

ในด้านบทบาทระบบภูมิคุ้มกันต่อการเกิดโรคทางจิตเวชนั้น Petitto และคณะพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ prototypic cytokine ชนิด IL-2 ในน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กำลังมีอาการโรคจิต และการเพิ่มของ IL-2 นี้ยังพบใน hippocampus ของผู้ป่วย Alzheimer's disease ด้วย ซึ่ง IL-2 นี้สามารถปรับเปลี่ยนการปล่อย dopamine จาก striatum และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสัตว์ทดลองได้ ซึ่งเป็นการทำงานผ่าน dopamine pathway ในสมองส่วนหน้า นอกจากนี้ IL-2 มีฤทธิ์เสริมสร้าง glial cell และเซลล์ประสาทของทารกในครรภ์ ทำให้มีผลต่อการเจริญเติบโตของสมองในช่วงเวลานั้น

จากแนวคิดทางภูมิคุ้มกันวิทยา เมื่อประมวลเข้ากับข้อมูลทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยนั้นมีการติดเชื้อไวรัสขณะที่อยู่ในครรภ์ทำให้มีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันจากมารดาที่เป็นตัวกระตุ้นให้พันธุกรรมของโรคจิตเภทอยู่แล้วเกิดโรคขึ้นเนื่องจากในระยะแรกของการพัฒนาการสมองของทารกในครรภ์นั้น การได้รับเชื้อไวรัสหรือการบาดเจ็บจากการคลอดในบุคคลที่มีพันธุกรรมของโรคจิตเภทอยู่ก่อน มีผลต่อการทำงานตามปกติของ IL-2 และ neurotrophic cytokine อื่น ๆ ที่จะมีต่อการเจริญของเซลล์ประสาทและการเคลื่อนย้ายที่ (migration) ซึ่งถ้าเกิดขึ้นในส่วนของ hippocampus สอดคล้องกับการค้นพบว่าสมองในส่วนนี้ของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีเซลล์ประสาทที่ผิดปกติไปจากคนปกติ

จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมองและระบบภูมิคุ้มกันนี้จะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจใหม่ ๆ ของโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer ทำให้เกิดการพัฒนารักษาด้วยยาและวิธีการใหม่ และความรู้ในแง่การวางเงื่อนไขต่อระบบภูมิคุ้มกัน ปัจจัยทางจิตสังคมต่อการดำเนินโรคที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน เช่น เอชไอวี มะเร็ง lupus จะช่วยให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมบำบัด เสริมกับการรักษาทางการแพทย์ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตอนที่ 3 การประเมินความเครียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินความเครียด (Assessment of Stress)

การประเมินความเครียดนั้นมีความสำคัญทั้งในการรักษาผู้ป่วยทางคลินิกและการศึกษากลุ่มตัวอย่างจากประชากรในชุมชน การประเมินความเครียดนั้นอาจมีความหมายใน 2 แบบคือ การประเมินระดับของความเครียด และการประเมินผลกระทบจากความเครียด

การประเมินระดับความเครียดนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากปัจเจกบุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดอย่างเดียวกันนั้นไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ได้พยายามกำหนดเกณฑ์ที่จะใช้ให้กับคนส่วนใหญ่ เช่น Social readjustment rating scale ของ Holmes and Rahe ส่วนผลกระทบจากความเครียดนั้นมีได้หลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม จนถึงผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ครอบครัวและสังคม ดังนั้นหากต้องการประเมินระดับผลกระทบของความเครียดก็สามารถวัดจากการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบดังกล่าว เป็นการประเมินในหลายมิติ (multidimensional assessment)

การประเมินระดับความเครียดในทางจิตใจ

Adolf Meyer ได้เสนอแนะให้ทำแผนผังชีวิต (life chart) ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยระบุปีเกิดเป็นจุดตั้งต้น แล้วระบุช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตร่างกาย อารมณ์ ความผิดปกติทางกายและจิตที่เกิดขึ้นจะช่วยให้สามารถทำความเข้าใจชีวิตของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น เป็นการเริ่มเชื่อมโยงปัจจัยความเครียดกับการเจ็บป่วยในทางคลินิกที่สำคัญ

Thomas Holmes และ Richard Rahe ทำการรวบรวมเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและคัดเลือกที่มีความสำคัญและพบบ่อยมารวบรวมไว้เป็นรายการ เรียกว่า Schedule of Recent Events และทำการให้ค่าคะแนนหน่วยความเปลี่ยนแปลงในชีวิต (life change unit) จากการสอบถามคนจำนวนมากพบว่า ได้ค่าคะแนนที่ใกล้เคียงกันและค่าคะแนนที่ได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่ตามมา ค่าคะแนนของ life change unit ได้ทำการศึกษาซ้ำในปี 1978 และ 1994 พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมสูงขึ้นจาก 34 ในปี 1967 เป็น 42 ในปี 1978 และเท่ากับ 50 ในปี 1994 ซึ่งอาจหมายความว่าคนในสังคมพบความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น และต้องการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมา

ค่าคะแนนที่ได้ย่อมมีความแตกต่างกันไปตามพื้นฐานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ในแต่ละสังคม พบว่าหากบุคคลพบความเครียดหลายอย่างทำให้มีค่าคะแนนของการปรับตัวทางสังคมสูง บุคคลนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติชนิดกายเหตุจิต (psychosomatic disorders) เพิ่มขึ้น

การประเมินผลกระทบของความเครียด

ผลกระทบจากความเครียดดูได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจจากความเครียด ความเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ตั้งแต่ระดับปกติจนรุนแรงถึงระดับที่มีพยาธิสภาพทางกายหรือทางจิตเกิดขึ้น การให้นิยาม ของความผิดปกติ (normality) ก็มีส่วนในการกำหนดความผิดปกติ (abnormal) ด้วยเช่นกัน ในทางการแพทย์มักจะกำหนดความผิดปกติคือ สุขภาพที่

ปราศจากโรค ภาวะสุขภาพจิตดี (mental health) จึงหมายถึง การไม่มีความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) การวัดภาวะสุขภาพจิตจึงเป็นการประเมินว่าบุคคลนั้นมีโรคทางจิตเวชหรือไม่ ส่วนปัญหาความเครียดนั้น เป็นปัญหาพื้นฐานหนึ่งของการดำรงชีวิต ผู้ที่มีชีวิตเป็นปกติสุขก็ยังมี ความเครียดได้ในชีวิตประจำวัน และความเครียดที่ประสบอาจมีระดับความรุนแรงจากน้อยไปหามาก มุมมองของความปกตินี้จึงอาจมองได้ในหลายลักษณะ คือ

1. ความปกติคือการมีสุขภาพ (Normality as health) เป็นมุมมองของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่แยกความมีสุขภาพออกจากความเจ็บป่วย คนที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่ไม่มีพยาธิสภาพทางจิต ได้แก่ ไม่มีอารมณ์เศร้าผิดปกติ ไม่มีอาการตื่นตระหนก (panic) ไม่มีอาการหว่วหวาดระแวง คนส่วนใหญ่จะตกอยู่ในกลุ่มของสุขภาพจิตดี มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา เป้าหมายของการมีสุขภาพดีคือการกำจัดความเจ็บป่วยทั้งหมด จนปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช

2. ความผิดปกติคือภาวะที่สมบูรณ์แบบพร้อม (Normality as utopia) จิตใจมีความปกติ เพราะส่วนประกอบของจิตใจทำงานได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม ปราศจากความขัดแย้งใด ๆ ซึ่งเป็นภาวะของบุคคลในอุดมคติ (ideal person) ผู้ที่เข้าถึงความปกติในมุมมองนี้ จึงมีเพียงจำนวนเล็กน้อยเท่านั้น เพราะคนส่วนใหญ่ก็ย่อมมีความทุกข์ ความขัดแย้ง ความคับข้องใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน การกำหนดภาวะความปกติ เช่นนี้จึงยากที่จะทำให้เกิดขึ้นได้จริงในสังคมทั่วไป

3. ความปกติคืออยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Normality as average) มุมมองนี้ถูกใช้ในการศึกษาค่ามาตรฐาน (normative study) ในแง่ของพฤติกรรมมนุษย์ ใช้หลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์และสถิติศาสตร์ ในการกำหนดการกระจายของลักษณะต่าง ๆ ในแบบเส้นโค้งปกติ (normal distribution) ที่ส่วนปลายสุดทั้งสองด้านห่างจากค่าเฉลี่ยตรงกลางถือว่าเบี่ยงเบนไปจากปกติ มุมมองนี้จึงเหมาะที่จะศึกษาความแตกต่างที่เกิดขึ้นในสังคมวงกว้าง แต่ไม่เหมาะที่จะศึกษาบุคคลในฐานะของปัจเจกบุคคล (individual) คนที่ผิดปกติถูกกำหนดจากการ คำนวณและกำหนดจุดตัด (cut-off-point) เช่น บุคคลปัญญาอ่อน คือ ผู้ที่ค่าคะแนน IQ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 หรือผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยทางจิตเวชคือผู้ที่มีค่าคะแนน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน (นวนันท์และคณะ, 2541)⁽²⁷⁾

4. ความปกติคือกระบวนการ (Normality as process) คือ การมองที่กระบวนการที่นำไปสู่ผลสุดท้าย ไม่ใช่มองเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง (cross sectional) แต่เป็นการมอง พฤติกรรม การปรับตัววิถีชีวิตในระยะยาว (longitudinal) เนื่องจากมนุษย์มีความเป็นพลวัต (dynamic) คือ มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การตัดสินใจโดยดูจากจุดของเวลาเดียว อาจไม่ ถูกต้องในการตัดสินใจความเป็นไปทั้งหมด ในมุมมองนี้บุคคลปกติ คือ บุคคลที่มี

กระบวนการ ปรับตัวที่เหมาะสมในสภาพปัญหาขณะนั้นสามารถทำหน้าที่ (functioning) ได้เหมาะสมกับระยะของชีวิต ดังเช่น ทฤษฎีของ Erikson เกี่ยวกับพัฒนาของจิตใจ 8 ขั้นตอน

Offer และ Sabshin ได้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) ของผู้มีสภาวะจิตใจเป็นปกติในเชิงพรรณนาไว้ดังนี้

- 1) ปราศจากพยาธิสภาพทางจิตหลัก ไม่มีความบกพร่องและโรคทางกายที่รุนแรง
- 2) มีพัฒนาการที่เหมาะสมโดยปราศจากปัญหาารุนแรง
- 3) สามารถรับรู้ภาวะอารมณ์ของตน ยืดหยุ่น และมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าแก้ไขความขัดแย้งได้รับความสำเร็จ
- 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครอง พี่น้อง และเพื่อนฝูง
- 5) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ยอมรับบรรทัดฐานและคุณค่าในสังคมที่อยู่

ประเด็นสำคัญสำหรับการประเมินภาวะความเครียด คือ ระดับความเครียด ซึ่งการตอบสนองทางกายและจิตใ้ใจนั้นอาจมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลางจนถึงรุนแรง มิใช่มีผลลัพธ์เป็นมีหรือไม่มีภาวะเครียด (dichotomous outcome) อย่างใดอย่างหนึ่ง

จากแนวคิดพื้นฐานในการกำหนดความปกติดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือการประเมินภาวะเครียด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การประเมินภาวะเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งจะให้ค่าที่วัดได้เชิงภาวะวิสัย (objectives) สามารถเปรียบเทียบและคำนวณ โดยอาศัยหลักการทางคณิตศาสตร์ มีความเป็นปริมาณ (quantitative) และเป็นรูปธรรม ต้องใช้เครื่องมือทางไฟฟ้าเพื่อวัดความเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา
2. การประเมินภาวะเครียดจากการใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะให้ค่าที่วัดได้ในเชิงอัตตะวิสัย (subjective) มีตัวแปรจำนวนมากที่จะให้การวัดนั้นคลาดเคลื่อนไป มีความเป็นคุณลักษณะ (qualitative) และเป็นนามธรรม ต้องอาศัยกรอบแนวคิดทางทฤษฎีในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อให้มีความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity) และความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (construct validity)

การประเมินความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

การประเมินความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระนั้นมีที่ใช้เฉพาะงานคลินิก และในงานวิจัยทางคลินิก ไม่เหมาะที่จะนำไปใช้ในการศึกษาความเครียดของประชากรทั่วไป เนื่องจากปัญหาในด้านความพร้อมของเครื่องมือ และการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาต่อความเครียดนั้นจะวัดที่การทำงานของสมอง และระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติกที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจหลอดเลือด อุณหภูมิผิวหนัง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเป็นพิเศษ สามารถจับสัญญาณไฟฟ้าในขนาดเล็กน้อยได้ ส่วนการวัดทางชีวเคมีที่เปลี่ยนแปลง (biochemical changes) เช่น การวัดระดับของสาร cortisol ในเลือด การวัด homovanilic acid (HVA) นั้นยังไม่มีความสะดวกต้องตรงตามความเครียดที่เกิดขึ้นจึงไม่สามารถนำมาใช้วัดระดับการตอบสนองต่อความเครียดได้

การวัดความเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สำคัญ คือ

1. คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography : EMG)
2. อุณหภูมิที่ผิวหนังส่วนปลาย (Peripheral skin temperature)
3. การนำไฟฟ้าของผิวหนัง (Skin conductance)
4. อัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดปลายนิ้ว (Heart rate and blood volume pulse)
5. การหายใจ (Respiration)

1. คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography : EMG)

เครื่อง EMG จะทำการวัดปริมาณกระแสไฟฟ้าที่เกิดจากการกระตุ้นที่หน่วยของกล้ามเนื้อ (motor unit) และรวมกันเข้าเป็นใยกล้ามเนื้อ (muscle fibers) และกลุ่มกล้ามเนื้อ (muscle group) กระแสไฟฟ้าที่วัดได้จะถูกเปลี่ยนเป็นค่าทางคณิตศาสตร์ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบต่อไป การเปรียบเทียบนั้นทำได้เฉพาะในบุคคลเดียวกันเท่านั้น เนื่องจากค่ากระแสไฟฟ้าที่วัดได้ยังขึ้นกับความหนาของชั้นไขมัน ขนาดของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน EMG เป็นการวัดความเครียดโดยตรงที่มีความเชื่อถือได้สูง (Salrafino, 1990)⁽²⁸⁾

ตำแหน่งที่วัด EMG ในภาวะเครียดจะอยู่ที่กล้ามเนื้อ frontalis ที่หน้าผาก trapezius ที่ไหล่และที่แขน ซึ่งเป็นจุดที่เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อได้บ่อย สามารถนำการวัด EMG มาประยุกต์ใช้เป็นการรักษาเรียกว่า EMG biofeedback⁽²⁹⁻³¹⁾ โดยการเปลี่ยน

สัญญาณไฟฟ้าเป็นภาพหรือเสียงที่ต่างความถี่ เพื่อให้ผู้ใช้ปวยรับรู้ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อพร้อมกับฝึกการผ่อนคลายควบคู่กันไป (biofeedback assisted relaxation)

2. อุณหภูมิที่ผิวหนังส่วนปลาย (Peripheral skin temperature)

อุณหภูมิของผิวหนังบริเวณมือและปลายนิ้วเกิดจากปริมาณเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillaries) ที่อยู่ที่ส่วนปลายมือ ซึ่งระบบประสาทที่ควบคุมการหดตัวหรือขยายตัวของหลอดเลือดนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยง อุณหภูมิผิวหนังจะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมเพื่อเก็บรักษาความร้อนของร่างกายเอาไว้ และยังมีปัจจัยอื่น ได้แก่ แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สาร histamine ปริมาณ lactic acid ในเลือด และปัจจัยทางจิตใจอารมณ์เครียด วิตกกังวล ซึ่งผ่านการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก จึงสามารถวัดอุณหภูมิของผิวหนังบริเวณนิ้วมือในสภาพสิ่งแวดล้อมปกติ เปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ได้ ผู้ที่มีความเครียด กังวล อุณหภูมิผิวหนังที่มือจะลดลง ซึ่งจะตรงข้ามกับสภาพจิตที่สงบผ่อนคลาย ผิวหนังที่มือจะอุ่นคือมีอุณหภูมิสูงขึ้น

ในขณะที่ทำการวัดนั้น ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีอุณหภูมิห้องปกติ วางเครื่องวัดอุณหภูมิที่ปลายนิ้วทางด้านหลังมือ เพื่อเลี่ยงผลจากเหงื่อที่ระเหยออกด้านฝ่ามือซึ่งจะทำให้อุณหภูมิเปลี่ยนแปลงได้

3. การนำไฟฟ้าของผิวหนัง (Skin conductance)

การนำไฟฟ้าของผิวหนังสัมพันธ์กับการทำงานของต่อมเหงื่อและระบบประสาทซิมพาเทติก ในสภาวะที่ระบบซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น จากความเครียดวิตกกังวล มีผลทำให้ต่อมเหงื่อและระบบใยร่างแหประสาทบริเวณใต้ผิวหนังทำงานมากขึ้น จึงทำให้เพิ่มการนำไฟฟ้าของผิวหนัง (skin conductance) หรือหมายความว่าความต้านทานของผิวหนัง (skin resistance) ลดลง การนำไฟฟ้าที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นสามารถแสดงออกเป็นค่าตัวเลข เสียง หรือภาพทำให้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการฝึกผ่อนคลาย เครื่องจับเท็จ เป็นต้น

การเปรียบเทียบค่านั้นทำได้เฉพาะในบุคคลเดียวกัน เนื่องจากแต่ละคนมีชั้นความหนาของผิวหนังไม่เท่ากัน และการวัดขั้วไฟฟ้าที่ปลายนิ้วด้วยความหนาแน่นที่ต่างกัน ทำให้หน้าสัมผัสของขั้วไฟฟ้ากับผิวหนังนั้นไม่เท่ากัน มีผลให้ค่าวัดได้ในแต่ละครั้งแม้ในบุคคลเดียวกันแตกต่างกันได้

4. อัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดปลายนิ้ว (Heart rate and blood volume pulse)

อัตราการเต้นของหัวใจ เปลี่ยนแปลงได้หลายจากปัจจัย ได้แก่ การออกกำลังกายและสารกระตุ้น และสภาวะอารมณ์ สามารถวัดการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้ฝึกการผ่อนคลายได้เช่นกัน ก่อนวัดควรให้ผู้ป่วยมีเวลานั่งพักอย่างน้อย 15 นาที ก่อนเพื่อให้ได้ค่าที่ตรงกับภาวะปกติของผู้ป่วยมากที่สุด

ส่วนปริมาณเลือดที่ปลายนิ้ววัดได้จากการใช้ตัวตรวจจับแสงอินฟราเรดไปติดบริเวณปลายนิ้ว เพื่อวัดปริมาณความเข้มของแสงที่ส่องผ่านเนื้อเยื่อของปลายนิ้ว ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณเลือดที่มาเลี้ยง รวมทั้งความหนาของชั้นผิวหนัง ผู้ที่มีความเครียดจะมีการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดที่เส้นเลือดฝอยปลายนิ้วลดลง

5. การหายใจ (Respiration)

ความเครียดทางอารมณ์มีผลทำให้การหายใจเปลี่ยนแปลงทั้งอัตราเร็ว (rate) และความผันแปร (variability) ผู้ที่มีความเครียดสูงจะมีการหายใจเพิ่มขึ้น⁽³²⁾ จังหวะการหายใจไม่สม่ำเสมอ มีอาการถอนหายใจ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะระบายนหายใจเกิน (hyperventilation) ได้สามารถใช้เครื่องมือเรียกว่า respiratory biofeedback ที่มีตัวรับ (sensor) พันรอบบริเวณหน้าอกและส่งสัญญาณการยืดขยายของแถบสัญญาณตามการหายใจไปที่เครื่องวัด หรือใช้ชนิดที่มีแสงอินฟราเรดส่องสะท้อนจากผนังหน้าอก ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามการกระเพื่อมของผนังหน้าอกในขณะที่หายใจ ค่าที่ได้จะบอกอัตราเร็ว และ ความผันแปรของการหายใจ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ฝึกการผ่อนคลายในผู้ที่มีความเครียด ผู้ป่วยภาวะระบายนหายใจเกิน หรือ ผู้ป่วยโรคหืดที่มีความวิตกกังวลสูง

การประเมินผลของความเครียดโดยการใช้แบบสอบถาม

เนื่องจากไม่สามารถวัดผลของความเครียดต่อจิตใจได้โดยตรงจึงต้องใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือ แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้น (construct) เพื่อวัดผลกระทบจากความเครียดในทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้อาการทางกายที่เกิดความไม่สบายขึ้นรวมถึงทัศนคติต่อตนเอง ผู้อื่น และปัญหาในสัมพันธภาพ พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น

1. แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเครียดทั่วไป เช่น General Health

Questionnaire (GHQ)⁽³³⁾, Symptom Checklist-90 (SCL-90)⁽³⁴⁾, Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ)⁽³⁵⁾, Health Opinion Survey (HOS) เป็นต้น

2. **แบบสอบถามที่ใช้ประเมินทางคลินิก** เช่น Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัมพร (2539)³ ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 226 ราย พบว่าในจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 42.2 มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตทั้งแพทย์ที่มีภาวะเครียดและไม่เครียดต่างก็มีปัญหาจากหอพักแพทย์ ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานสูงเป็นสามอันดับแรก แต่เมื่อเทียบกับภาวะเครียด ปัญหาที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน และปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ภาวะเครียดยังส่งผลให้แพทย์ประจำบ้านรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจในการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และขาดความมั่นใจในการเรียนจนจบหลักสูตร

Young (1987)⁸ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมการแก้ปัญหาระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศหญิงและเพศชายในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวที่ไปรับการฝึกที่ Missouri, Kansas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana และ Texas จำนวน 466 รายคิดเป็นร้อยละ 60 ของแพทย์ประจำบ้านที่ทำการฝึกทั้งหมด โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมที่ปรับปรุงจาก National Survey of Personal Health Practices and Consequences ของ U.S. Department of Health and Human Services ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมปัญหาส่วนบุคคล หรือปัญหาทางอารมณ์ในรอบปีที่ผ่านมา, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักและข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า แพทย์หญิงมีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าเพศชายและสัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การเพิ่มขึ้นของการใช้สุราและปัญหาความอ่อนแอและการควบคุมอาหาร แต่ไม่พบความแตกต่างของการสูบบุหรี่และความถี่ของการออกกำลังกายระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศชายและหญิง

Mazie (1985)⁹ ได้ทำการศึกษาความเครียดจากการทำงานสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมของ แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 79 ราย พบว่าผู้ที่มีความเครียดในการทำงานในระดับสูงหรือมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์กับการมี

ภาวะความกดดันทางจิตใจสูงและสัมพันธ์กับระดับการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ร่วมงานและบุคคลภายนอก

Hsu และ Marshall (1987)¹⁰ ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความกดดันทางอารมณ์ในกลุ่มของแพทย์ประจำบ้าน แพทย์อินเทอร์น และนิสิตแพทย์ ใน Ontario Canada โดยใช้แบบวัด CES-D พบว่ามีผู้ที่มี depression score ในระดับ severe คิดเป็นร้อยละ 3.9 เพศหญิงมี severe depression score ร้อยละ 7.3 และเพศชายร้อยละ 2.2 สัดส่วนของระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย และสัดส่วนของ depression score ในแพทย์ที่ยังไม่แต่งงานมีระดับสูงกว่าแพทย์ที่แต่งงานแล้ว ความชุกของ depression พบมาก ที่สุดในการเรียนหลังปริญญาปีแรก

สุชาติ (1986)³⁶ ได้รายงานการป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งศึกษาเป็นระยะเวลา 4 ปีพบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราการป่วยทางจิตเวชเป็น 17.9 ต่อพันต่อปี และนักศึกษาชาย :หญิงคิดเป็น 2: 1 และส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยทางจิตในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 และพบว่าโรคประสาทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด อัตรา 11.9 ต่อพันต่อปี ส่วนโรคจิตเภทพบเพียง 1.6 ต่อพันต่อปี

ผลการศึกษาค่าความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลของเอียรชัย (2543)¹ พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 มีความเครียดมากร้อยละ 7.25 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด สำหรับภาวะความเครียดและวิธีการแก้ปัญหาพบมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือพบว่านักศึกษาแพทย์กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีมากและดีริบู้และตระหนักว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาดีกว่ากลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะเครียดเล็กน้อยและเครียดมาก เมื่อทำการวิเคราะห์ถึงรูปแบบการแก้ปัญหาพบว่านักศึกษาแพทย์ที่ไม่มีภาวะเครียดจะมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา (Problem solving confidence) และการมองว่าปัญหานั้นเกิดจากปัจจัยภายในตนเอง (personal control) มากกว่านักศึกษาแพทย์กลุ่มที่มีภาวะเครียด

วันเพ็ญ (2540)³⁷ ได้สำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่านิสิตแพทย์ที่มีความเครียดจนมีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 24.63 และนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 มีจำนวนผู้ที่มีความเครียดจนเป็นปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือ 45.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษาอยู่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านที่พัก การมีกิจกรรมนอกหลักสูตร ความสัมพันธ์กับบิดามารดา ความสัมพันธ์กับอาจารย์ ความสัมพันธ์กับเพื่อน

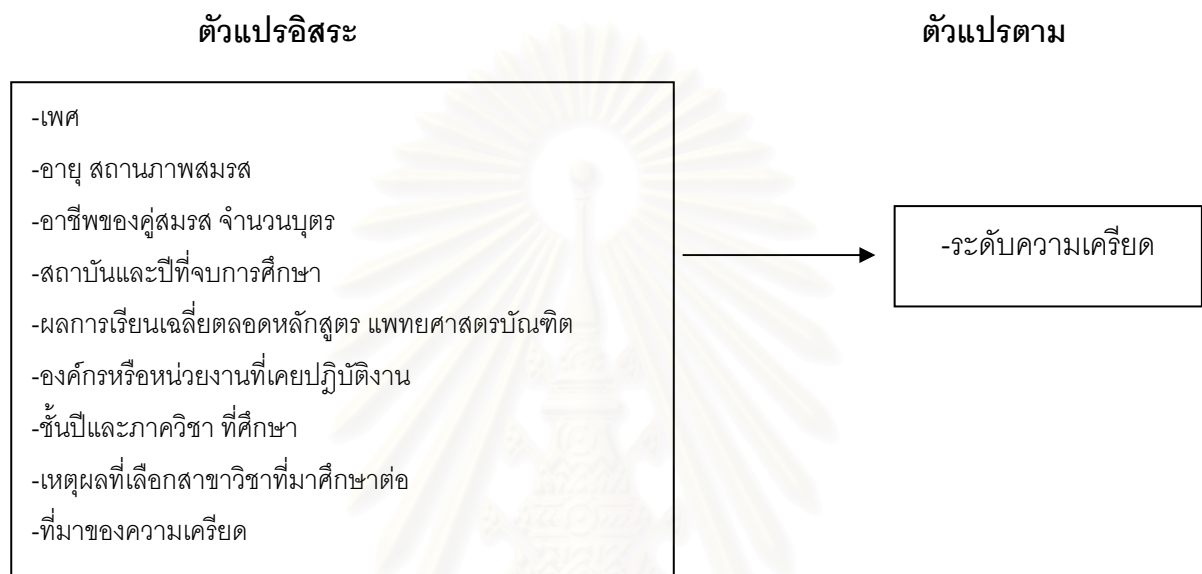
Astrid อ่างถึงในสุรีย์ กาญจนวงศ์ (2541)⁴ ได้ทำการศึกษาค่าความเครียดจากการประกอบอาชีพและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในกลุ่มแพทย์ที่มีเพศแตกต่างกัน โดยสำรวจ

จากแพทย์ทั่วประเทศ แคนาดา จำนวน 2,584 ราย พบว่าที่มาส่วใหญ่ของความเครียดในแพทย์ทั้งในเพศชายและหญิงมาจากภาวะบีบคั้นในเรื่องเวลาต่อการปฏิบัติงาน และที่มาส่วใหญ่ของความพึงพอใจ คือ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงานคนอื่น ๆ พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความเครียด และความพึงพอใจจากการปฏิบัติงานได้นอกจากนี้ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงมีความสัมพันธ์กับภาระหน้าที่ที่มีน้อยกว่า และทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อการให้บริการทางสุขภาพมากกว่า

สุนันทา (2534)³⁸ ได้ทำการรวบรวมสถิติของนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2533 จำนวนนักศึกษาแพทย์ทั้งหมด มี 922 ราย เป็นนักศึกษาแพทย์ชาย 633 ราย นักศึกษาแพทย์หญิง 289 ราย ในจำนวนนี้นักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น 45 ราย อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง ประมาณ 4 : 1 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 มาใช้บริการมากที่สุด รองลงมา คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เรียงตามลำดับ เรื่องที่นักศึกษาจะมาปรึกษาสามารถจำแนกได้ 2 เรื่อง คือ ปัญหาทั่วไปที่เกิดจากการปรับตัว และปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ปัญหาการปรับตัวของนักศึกษาแพทย์ที่พบมาก ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวต่อการเรียน การปรับตัวกับเพื่อน ส่วนโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า (major depression) ส่วนใหญ่นักศึกษาแพทย์มาขอรับบริการด้วยตนเอง หรือมาตามคำแนะนำของกรรมการ ฯ

กิตติยา (2534)³⁹ ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1-3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่านิสิตแพทย์ที่มีปัญหาการเรียนมีปัญหสุขภาพจิตด้านความรู้สึกซึมเศร้าและความคิดหวาดระแวงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การย่ำคิดย่ำทำพบบมากที่สุด ในนิสิตแพทย์ รองลงมาคือ ความรู้สึกซึมเศร้าและอาการของโรคจิต นอกจากนี้ยังพบว่านิสิตแพทย์ที่มีอายุน้อยมีการย่ำคิดย่ำทำพบบากกว่านิสิตแพทย์ที่มีอายุมาก และนิสิตชายมีปัญหสุขภาพจิตด้านอาการมากกว่านิสิตหญิง

กรอบแนวคิดการวิจัย(Conceptual Framework)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบการวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) เป็นการศึกษา ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากร (Population and Samples)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ แพทย์ประจำบ้าน

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ แพทย์ประจำบ้านทั้งหมดที่กำลังศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง (Samples) คือ แพทย์ประจำบ้านทั้งหมดที่กำลังศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณได้จากสูตร⁽⁴⁰⁾

$$n = Z_{\alpha}^2 PQ / d^2$$

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปผลเท่ากับ = 95%

$$Z_{\alpha} = Z_{0.05} = 1.96$$

$$P = \text{ความชุกของความเครียด} = 0.42^{(3)}$$

$$Q = 1 - P = . 058$$

$$d = 0.05$$

แทนค่าในสูตร

$$n = (1.96)^2(0.42)(0.58)/(0.05)^2$$

$$= 376 \text{ คน}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านทุกรายใน 14 ภาควิชาที่กำลังศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 540 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sample selection and sampling technique)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1. เป็นแพทย์ประจำบ้านที่กำลังศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545

2. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลเก็บจากแพทย์ประจำบ้านทุกรายที่กำลังศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้แพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ตอบเอง (Self-rating) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นส่วนที่ให้แพทย์ประจำบ้านตอบเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเพื่อบอกคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปี ภาควิชา เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส อาชีพของคู่สมรส จำนวนบุตร สถาบันและปีที่จบการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต องค์กรหรือหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลที่เลือกสาขาวิชาที่มาศึกษาต่อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเฉพาะ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน ระบบการทำงานและลักษณะความรับผิดชอบ ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์ในการทำงาน สัมพันธภาพกับอาจารย์ สัมพันธภาพกับเพื่อนแพทย์ด้วยกันและเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คือ

- 1 = ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 = ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย
- 3 = ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง
- 4 = ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก
- 5 = ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2. แบบประเมินความเครียดซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ที่มาของความเครียดซึ่งได้รับปรุงมาจากแบบทดสอบความเครียด SPST-60: Suanprung Stress Test ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ⁽⁴¹⁾ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านจำนวน 15 ราย และนำไปหาค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.69 แบบสอบถามในส่วนนี้ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับที่มาของความเครียดในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งหมด 6 กลุ่ม คือ

- เรื่องงาน ได้แก่คำถามข้อที่ 1-7
- เรื่องส่วนตัว ได้แก่คำถามข้อที่ 8-11
- ครอบครัว ได้แก่คำถามข้อที่ 12-15
- สังคม ได้แก่คำถามข้อที่ 16-17
- สิ่งแวดล้อม ได้แก่คำถามข้อที่ 18-21
- การเงิน ได้แก่คำถามข้อที่ 22-24

รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 5 คือ

- 0 = ไม่เคยเกิดเหตุการณ์นั้น
- 1 = ไม่เครียด
- 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย
- 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง
- 4 = รู้สึกเครียดมากและ
- 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด

เกณฑ์การแบ่งระดับความเครียดตามตัวแปรต่าง ๆ แบ่งได้ดังนี้

ที่มาของความเครียด	น้อย	ปานกลาง	มาก	รุนแรง
เรื่องงาน	0-15	16-22	23-28	>29
เรื่องส่วนตัว	0-7	8-11	12-15	>16
ครอบครัว	0-1	2-7	8-13	>14
สังคม	0-2	3-5	6-8	>9
สิ่งแวดล้อม	0-2	3-7	8-13	>13
การเงิน	0-4	5-8	9-12	>12

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิตซึ่งประกอบด้วย
ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อตามระดับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่มีในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมาโดยมี
ระดับการให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

0 = ไม่เคยเลย

1 = เป็นครั้งคราว

2 = เป็นบ่อย ๆ

3 = เป็นประจำ

คะแนนรวมจากคำถามทั้งหมดสามารถแบ่งความเครียดออกเป็น 5 ระดับ คือ

- ไม่เครียดมีระดับคะแนน 0-17
- เครียดในระดับเล็กน้อย มีระดับคะแนน 18-25
- เครียดในระดับปานกลาง มีระดับคะแนน 26-29
- เครียดในระดับมาก มีระดับคะแนน 30-60

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ถึงทุก
ภาควิชาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำภาควิชาทุกภาควิชาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. เก็บข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2545 และหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลในช่วงที่มีการสอบ
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC⁺ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติดังต่อไปนี้

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ โดยใช้ Chi square test (χ^2) ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของแพทย์ประจำบ้านกับความเครียด
3. ใช้ สถิติ t-test และ One- Way ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน
4. ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด มาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาน้ำหนักความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ว่า ปัจจัยใดสามารถทำนายการเกิดความเครียดได้⁽⁴²⁻⁴³⁾

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากแบบสอบถามที่ส่งให้กับแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 14 ภาควิชา จำนวนทั้งสิ้น 540 ชุด ได้รับความร่วมมือในการตอบกลับ 264 ชุด คิดเป็นร้อยละ 48.89 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาควิชา	จำนวนทั้งหมด	ได้รับคืน	คิดเป็นร้อยละ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์	93	63 ชุด	67.74
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	20	18 ชุด	90.00
ภาควิชาจักษุวิทยา	20	17 ชุด	85.00
ภาควิชานิติเวชศาสตร์	8	6 ชุด	75.00
ภาควิชาพยาธิวิทยา	9	7 ชุด	77.78
ภาควิหารังสีวิทยา	22	18 ชุด	81.82
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา	24	20 ชุด	83.33
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน	21	19 ชุด	90.48
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	13	12 ชุด	92.31
ภาควิชาศัลยศาสตร์	59	57 ชุด	96.61
ภาควิชาสูติศาสตร์	36	27 ชุด	75.00
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์	20	-	-
ภาควิชาอายุรศาสตร์	167	-	-
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์	28	-	-

ในส่วนขอแบบสอบถามที่ไม่สามารถตอบกลับได้เกิดจากมีแพทย์ประจำบ้านบางส่วน ออกไปฝึกปฏิบัติงานนอกสถานที่และบางส่วนติดภาระกิจไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ผลการศึกษา แบ่งได้เป็น 4 ตอนตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล

- 1.1 ความชุกของความเครียด
- 1.2 ข้อมูลทั่วไป
- 1.3 ข้อมูลเฉพาะ
- 1.4 ที่มาของความเครียด

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไปและที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

- 2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านโดยใช้ Chi –square test และ Fisher’s Exact test
- 2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้ Pearson Correlation

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไปและที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

- 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไป ความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโดยใช้ Independence t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance)
- 3.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มาความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Independence t-test

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ความชุกของความเครียด

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับของความเครียด		
ไม่เครียด	204	77.3
เครียด	60	22.7
เล็กน้อย	47	17.8
ปานกลาง	4	1.5
มาก	9	3.4
รวม	264	100

จากการวัดความเครียดโดยใช้แบบประเมินระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต เพื่อหาความชุกของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ไม่เครียดคิดเป็น ร้อยละ 60.6 ส่วนในกลุ่มที่มีความเครียดร้อยละ 22.7 แบ่งเป็น กลุ่มที่มีระดับความเครียดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.8 เครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.5 และเครียดในระดับมากร้อยละ 3.4 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	รวม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	264		
ชาย		116	43.9
หญิง		148	56.1
อายุ	264		
21-25		47	17.8
26-30		165	62.5
31 ปีขึ้นไป		52	19.7
Mean = 28.07 ปี	SD = 3.57	Range 22-45 ปี	
ศาสนา	264		
พุทธ		259	98.1
คริสต์		5	1.9
ภูมิลำเนา	264		
กรุงเทพมหานคร		151	57.2
ภาคกลาง		47	17.8
ภาคใต้		5	1.9
ภาคตะวันออก		35	13.3
ภาคเหนือ		13	4.9
ภาคอีสาน		13	4.9
ที่อยู่ปัจจุบัน	264		
กรุงเทพมหานคร		212	80.3
ภาคกลาง		29	11.0
ภาคตะวันออก		27	8.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	รวม	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	264		
โสด		226	85.6
คู่		38	14.4
อาชีพของคู่สมรส	38		
แพทย์		30	79.0
เภสัชกร		4	10.5
แม่บ้าน		4	10.5
สถาบันที่จบการศึกษา	264		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		119	45.1
ศิริราช		15	5.7
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่		22	8.3
รามธิบดี		39	14.8
พระมงกุฎฯ		5	1.9
ม.สงขลานครินทร์		15	5.7
ม.ขอนแก่น		14	5.3
ม.ศรีนครินทร์วิโรฒ		21	8.0
ม.นเรศวร		4	1.5
ม.ธรรมศาสตร์		10	3.8
ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์	264		
2.99 ลงไป		84	31.8
3.00-3.49		131	49.6
3.5 ขึ้นไป		49	18.6
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพแพทย์	264		
1-3 ปี		131	49.6
4-6 ปี		76	28.8
7-9 ปี		48	18.2
10 ปีขึ้นไป		9	3.4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	รวม	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปีที่ศึกษา	264		
1		144	54.5
2		92	34.8
3		28	10.6
ภาควิชา	264		
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์		63	29.9
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์		18	6.8
ภาควิชาจักษุวิทยา		17	6.4
ภาควิชานิติเวชศาสตร์		6	2.3
ภาควิชาพยาธิวิทยา		7	2.7
ภาควิชารังสีวิทยา		18	6.8
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา		20	7.6
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน		19	7.2
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู		12	4.5
ภาควิชาศัลยศาสตร์		57	21.6
ภาควิชาสูติศาสตร์		27	10.2
เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ	264		
ความชอบ		93	35.2
ความก้าวหน้า		35	13.3
ความสบายของงาน		43	16.3
เป็นประโยชน์ต่อสังคม		49	18.6
ผลตอบแทนทางการเงิน		5	1.9
ความต้องการของหน่วยงาน		39	14.8

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	รวม	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน	264		
โรงพยาบาลชุมชน		24	9.1
โรงพยาบาลศูนย์		78	29.5
โรงพยาบาลทั่วไป		91	34.5
อื่น ๆ		71	26.9
การทำงานอื่นนอกจากงานประจำ	264		
มี		157	59.5
ไม่มี		107	40.5
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	264		
ไม่เพียงพอ		49	18.6
เพียงพอ		158	59.8
เหลือเก็บ		57	21.6

จากตารางที่ 2 แพทย์ประจำบ้านที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 เพศชาย ร้อยละ 43.9 ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 26-30 ปี อายุเฉลี่ย 28.07 ปี (SD=3.47) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 57.2 ปัจจุบันพักอยู่ใน กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 85.6 ส่วนแพทย์ประจำบ้าน ที่สถานภาพสมรสคู่ มีคู่สมรสประกอบอาชีพแพทย์ ร้อยละ 79.0 แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่จบ การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 45.1 ผลการเรียนตลอด หลักสูตรแพทยศาสตร์ อยู่ในช่วง 2.71-3.41 ร้อยละ 70.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแพทย์เป็นเวลา 1-3 ปี ร้อยละ 49.6 เป็นแพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 1 ร้อยละ 55.4 เป็นแพทย์ประจำบ้านของภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 23.9 เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 38.6 เหตุผลในการเลือก สาขามาศึกษาต่อ คือ ความชอบเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 มีการทำงานอื่นนอกจากงานประจำ ร้อยละ 59.5 รายได้พอเพียงกับรายจ่าย ร้อยละ 59.8 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 2)

1.3 ข้อมูลเฉพาะ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลเฉพาะ

ข้อมูลเฉพาะ	จำนวน	ร้อยละ				
		ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน	264	0.0	5.3	6.8	38.6	49.2
ความมั่นใจต่อการสอบวุฒิปริญญาชีพเฉพาะทาง	264	0.0	5.3	15.5	43.9	35.2
การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้อง	264	1.9	6.8	29.2	34.8	27.3
สถานที่ปฏิบัติงานไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับการทำงาน	264	4.9	8.7	15.2	31.1	40.2
สถานที่ปฏิบัติงานร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี	264	1.9	3.8	9.8	24.8	56.1
ภายในหน่วยงานมีห้องน้ำและห้องสำหรับพักผ่อนเพียงพอและเหมาะสม	264	7.2	14.0	26.5	35.2	17.0
หน่วยงานมีเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพได้	264	.9	13.3	31.1	43.2	10.6
งานที่ท่านทำเสี่ยงต่อการเกิดโรค	264	8.3	25.4	33.7	27.7	4.9
งานที่ท่านทำเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง	264	40.2	48.1	11.7	0.0	0.0
งานที่ท่านทำมีปริมาณมากเกินไป	264	10.2	29.2	39.4	14.0	7.2
งานที่ท่านทำต้องแข่งกับเวลา	264	23.1	30.7	37.1	7.2	1.9
จำนวนงานที่ทำ ไม่สมดุลย์กับเจ้าหน้าที่	264	18.9	17.4	39.4	15.5	8.7
งานที่ท่านทำซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อ	264	3.4	6.8	37.5	37.9	14.4
การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานที่เรียนทำให้การทำงานยุ่งยากมากขึ้น	264	15.5	12.1	40.2	18.6	13.6

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลเฉพาะ(ต่อ)

ข้อมูลเฉพาะ	จำนวน	ร้อยละ				
		ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงาน	264	33.3	24.2	29.2	7.6	5.7
การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA /ISO) ในหน่วยงานทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น	264	7.2	17.4	36.4	37.1	1.9
มีความขัดแย้งและขาดความสามัคคีระหว่างเพื่อนแพทย์ด้วยกันเสมอ	264	3.4	5.3	17.0	38.3	36.0
มีการปฏิบัติงานก้าวร้าวหน้าที่กันเสมอระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงาน	264	1.9	3.4	13.6	40.9	40.2
เพื่อนร่วมงานมีการประสานงานและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี	264	5.3	4.9	27.3	50.8	11.7
ได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างดีจากอาจารย์แพทย์	264	1.9	3.8	39.8	37.1	17.4
อาจารย์แพทย์ให้ความอบอุ่นและเป็นกันเอง	264	1.9	3.8	48.9	33.0	12.5
ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากอาจารย์เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน	264	1.9	16.7	42.8	28.0	10.6
สามารถปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวกับอาจารย์ได้อย่างจริงจัง	264	8.7	14.4	51.1	18.9	6.8

จากตารางที่ 3 พบว่าแพทย์ประจำบ้านความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน มากที่สุด ร้อยละ 49.2 ความมั่นใจต่อการสอบวุฒิบัตรวิชาชีพเฉพาะทาง มาก คิดเป็นร้อยละ 43.9 การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้อง มาก ร้อยละ 34.8 สถานที่ปฏิบัติงานไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับการทำงาน มากที่สุดร้อยละ 40.2 สถานที่ปฏิบัติงานร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี มากที่สุดร้อยละ 56.1 ภายในหน่วยงานมีห้องน้ำและห้องสำหรับพักผ่อนเพียงพอและเหมาะสม มาก ร้อยละ 35.2 หน่วยงานมีเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพได้ มากร้อยละ 43.2 งานที่ท่านทำเสี่ยง

ต่อการเกิดโรค ปานกลางร้อยละ 33.7 งานที่ท่านทำเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง น้อย ร้อยละ 48.1 งานที่ท่านทำมีปริมาณมากเกินไป ปานกลางร้อยละ 39.4 งานที่ท่านทำต้องแข่งกับเวลา ปานกลาง ร้อยละ 37.1 จำนวนงานที่ท่านทำไม่สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ ปานกลาง ร้อยละ 39.4 งานที่ท่านทำซ้ำซาก จำเจและน่าเบื่อ มาก ร้อยละ 37.9

การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานที่เรียนทำให้การทำงานยุ่งยากมากขึ้น ปานกลาง ร้อยละ 40.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงาน ไม่เลย ร้อยละ 33.3 การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA /ISO) ในหน่วยงานทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น มาก ร้อยละ 37.1

มีความขัดแย้งและขาดความสามัคคีระหว่างเพื่อนแพทย์ด้วยกันเสมอ มาก ร้อยละ 38.3 มีการปฏิบัติงานก้าวก่ายหน้าที่กันเสมอระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงานมาก ร้อยละ 40.9 เพื่อนร่วมงานมีการประสานงานและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี มาก ร้อยละ 50.8

ได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างดีจากอาจารย์แพทย์ ปานกลาง ร้อยละ 39.8 อาจารย์แพทย์ให้ความอบอุ่นและเป็นกันเอง ปานกลาง ร้อยละ 48.9 ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากอาจารย์ เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ปานกลาง ร้อยละ 42.8 สามารถปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวกับอาจารย์ได้อย่างจริงจัง ปานกลาง ร้อยละ 51.1

ตารางที่ 4 แสดงค่าร้อยละของข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน

ข้อมูลเฉพาะรายด้าน	มาก	ปานกลาง	น้อย
การประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน	52.6	30.7	16.7
ระบบการทำงาน ลักษณะความรับผิดชอบ	53.4	28.8	17.8
สิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์			
ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ	51.5	37.5	11.0
สัมพันธภาพกับอาจารย์	41.7	37.5	20.8
สัมพันธภาพกับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ	53.4	32.6	14.0

จากตารางที่ 4 เมื่อจำแนกข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ด้วยค่า Mean \pm SD พบว่า ด้านการประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.7 ระบบการทำงาน ลักษณะความรับผิดชอบ สิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.4 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 51.5 สัมพันธภาพกับ

อาจารย์ อยู่ในระดับมากร้อยละ 41.7 สัมพันธภาพกับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ อยู่ในระดับมากร้อยละ 53.4

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเฉพาะ

ข้อมูลเฉพาะ	จำนวน	mean	SD
ความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน	264	4.32	.82
ความมั่นใจต่อการสอบวุฒิปริญญาตรีเฉพาะทาง	264	4.09	.85
การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้อง	264	3.79	.98
สถานที่ปฏิบัติงานไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับการทำงาน	264	3.91	1.2
สถานที่ปฏิบัติงานร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี	264	4.31	1.01
ภายในหน่วยงานมีห้องน้ำและห้องสำหรับพักผ่อนเพียงพอและเหมาะสม	264	3.41	1.14
หน่วยงานมีเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพได้	264	3.47	.92
งานที่ท่านทำเสี่ยงต่อการเกิดโรค	264	2.95	1.03
งานที่ท่านทำเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง	264	1.71	.66
งานที่ท่านทำมีปริมาณมากเกินไป	264	2.79	1.04
งานที่ท่านทำต้องแข่งกับเวลา	264	2.34	.97
จำนวนงานที่ท่านทำ ไม่สมดุลย์กับเจ้าหน้าที่	264	2.77	1.17
งานที่ท่านทำซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อ	264	3.53	.94
การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานที่เรียนทำให้การทำงานยุ่งยากมากขึ้น	264	3.03	1.21
การมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงาน	264	2.28	1.17
การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA /ISO) ในหน่วยงานทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น	264	3.09	.95
มีความขัดแย้งและขาดความสามัคคีระหว่างเพื่อนแพทย์ด้วยกันเสมอ	264	3.98	1.03

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเฉพาะ(ต่อ)

ข้อมูลเฉพาะ	จำนวน	mean	SD
มีการปฏิบัติงานก้าวร้าวหน้าที่กันเสมอระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงาน	264	4.14	.91
เพื่อนร่วมงานมีการประสานงานและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี	264	3.59	.94
ได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างดีจากอาจารย์แพทย์	264	3.64	.87
อาจารย์แพทย์ให้ความอบอุ่นและเป็นกันเอง	264	3.50	.83
ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่จากอาจารย์ เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน	264	3.28	.93
สามารถปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวกับอาจารย์ได้อย่างจริงจัง	264	3.01	.98

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนข้อมูลเฉพาะของแพทย์ประจำบ้านเกี่ยวกับความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเท่ากับ 4.32 (SD=.82) ความมั่นใจต่อการสอบวุฒิปริญญาชีพเฉพาะทาง เท่ากับ 4.09 (SD=.85) การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้อง เท่ากับ 3.79 (SD=.98)

สถานที่ปฏิบัติงานไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับการทำงาน เท่ากับ 3.91 (SD=1.2)สถานที่ปฏิบัติงานร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี เท่ากับ 4.31 (SD=1.01) ภายในหน่วยงานมีห้องน้ำและห้องสำหรับพักผ่อนเพียงพอและเหมาะสมเท่ากับ 3.41 (SD=1.14)

หน่วยงานมีเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพได้ เท่ากับ 3.47 (SD=.92)งานที่ทำเสี่ยงต่อการเกิดโรค เท่ากับ 2.95 (SD=1.03) งานที่ทำเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูงเท่ากับ 1.71 (SD=.66) งานที่ทำมีปริมาณมากเกินไป เท่ากับ 2.79 (SD=1.04) งานที่ทำต้องแข่งกับเวลา เท่ากับ 2.34 (SD=.97) จำนวนงานที่ทำ ไม่สมดุลกับเจ้าหน้าที่ เท่ากับ 2.77 (SD=1.17) งานที่ทำซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อ เท่ากับ 3.53 (SD=.94)

การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO)ในหน่วยงานที่เรียนทำให้การทำงานยุ่งยากมากขึ้น เท่ากับ 3.03 (SD=1.21) การมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานเท่ากับ 2.28 (SD=1.17) การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA /ISO) ในหน่วยงานทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น เท่ากับ 3.09 (SD=.95)

มีความขัดแย้งและขาดความสามัคคีระหว่างเพื่อนแพทย์ด้วยกันเสมอ เท่ากับ 3.98 (SD=1.03) มีการปฏิบัติงานก้าวก่ายหน้าที่กันเสมอระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงานเท่ากับ 4.14 (SD=.91) เพื่อนร่วมงานมีการประสานงานและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี เท่ากับ 3.59 (SD=.94)

ได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างดีจากอาจารย์แพทย์ เท่ากับ 3.64 (SD=.87) อาจารย์แพทย์ให้ความอบอุ่นและเป็นกันเองเท่ากับ 3.50 (SD=.83) ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากอาจารย์ เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 3.28 (SD=.93) สามารถปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวกับอาจารย์ได้อย่างจริงจัง เท่ากับ 3.01 (SD=.98)

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน

ข้อมูลเฉพาะรายด้าน	จำนวน	mean	SD
การประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน	264	12.19	2.17
ระบบการทำงานและลักษณะความรับผิดชอบ	264	31.20	5.09
สิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์			
ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ	264	8.39	1.91
สัมพันธภาพกับอาจารย์	264	11.71	2.29
สัมพันธภาพกับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ	264	13.44	3.12

จากตารางที่ 6 เมื่อจำแนกข้อมูลเฉพาะจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน เท่ากับ 12.19 (SD=2.17) ระบบการทำงาน ลักษณะความรับผิดชอบ สิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ เท่ากับ 31.20 (SD=5.09) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ เท่ากับ 8.39 (SD=.191) สัมพันธภาพกับอาจารย์เท่ากับ 11.71 (SD=2.29) สัมพันธภาพกับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ เท่ากับ 13.44 (SD=3.12)

1.4 ที่มาของความเครียด

ตารางที่ 7 แสดงค่าร้อยละที่มาของความเครียด

ตัวแปร	ร้อยละ					
	ไม่เกิดเหตุการณ์นี้	ไม่เครียด	เครียดน้อย	เครียดปานกลาง	เครียดมาก	เครียดมากที่สุด
1. ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ	31.8	6.8	25.0	19.3	13.3	3.8
2. งานที่รับผิดชอบมากเกินไป	12.5	15.5	20.1	29.9	17.4	4.5
3. กลัวทำงานผิดพลาด	-	12.1	25.0	29.2	26.5	7.2
4. รู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี	1.5	8.7	27.7	29.5	25.4	7.2
5. การจัดการในที่ทำงานมีความขัดแย้ง	14.4	22.3	24.6	18.9	14.0	5.7
6. งานน่าเบื่อ	10.6	28.8	32.6	24.6	1.5	1.9
7. มีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้า	32.2	33.0	20.5	11.4	3.0	-
8. รู้สึกตนเองไม่สวยหรือไม่มีเสน่ห์	38.6	37.9	13.3	6.8	1.9	1.5
9. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย	31.1	39.0	14.8	8.7	6.4	-
10. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	13.6	29.5	18.6	31.8	3.0	3.4
11. ไม่มีเวลาให้ตัวเอง	11.7	28.0	29.5	12.5	8.0	10.2
12. ชีวิตมีปัญหา	70.5	12.5	8.7	4.9	3.4	-
13. มีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน	64.8	15.9	17.4	-	1.9	-
14. ครอบครัวขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	65.9	15.5	9.8	3.8	1.9	-
15. มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ	65.9	19.3	8.0	1.9	4.9	-
16. รู้สึกต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสังคม	25.4	31.1	30.7	6.4	4.5	1.9
17. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	15.5	27.3	25.8	22.3	3.4	5.7
18. มีปัญหาการจราจร การจอดรถ การเดินทาง	20.5	22.7	23.9	17.4	14.0	1.5
19. ในชุมชนที่อยู่มีการอาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน	76.5	14.4	5.7	1.5	-	1.9

n=264

ตารางที่ 7 แสดงค่าร้อยละที่มาของความเครียด(ต่อ)

ตัวแปร	ร้อยละ					
	ไม่เกิด เหตุการณ์ นี้	ไม่ เครียด	เครียด น้อย	เครียด ปาน กลาง	เครียด มาก	เครียด มาก ที่สุด
20. ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน	52.3	28.8	12.5	1.5	3.4	1.5
21. เป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะใน อากาศ น้ำ เสียง ดิน	39.0	33.7	13.6	10.2	3.4	-
22. เงินไม่พอใช้จ่าย	48.5	17.4	18.9	10.2	4.9	-
23. รายจ่ายเพิ่มขึ้น	20.1	23.9	33.0	18.2	3.4	1.5
24. ไม่มีเงินพอสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ	52.3	15.9	12.9	12.5	6.4	-

n=264

จากตารางที่ 7 พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีที่มาความเครียดส่วนใหญ่ ไม่เกิด เหตุการณ์ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมา คือ มีที่มาความเครียด จากการทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จในระดับน้อย ร้อยละ 25.0 มีที่มาความเครียดจากงาน ที่รับผิดชอบมากเกินไประดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 ก้าวทำงานผิดพลาด ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.2 รู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 การจัดการในที่ทำงาน มีความขัดแย้ง ระดับน้อย ร้อยละ 24.6 มีที่มาความเครียดจากงานน่าเบื่อ ระดับน้อย ร้อยละ 32.6 มีที่มาความเครียดจากมีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้า ระดับไม่เครียดและไม่เกิดเหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 33.0 และ 32.2 ตามลำดับ เครียดจากรู้สึกตนเองไม่สวยหรือไม่มีเสน่ห์ ระดับ ไม่เครียดและไม่เกิดเหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 37.9 และ 38.6 ตามลำดับ ที่มาความเครียดจาก การบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ระดับไม่เครียด ร้อยละ 39.0 ที่มาความเครียดจากการไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่ไม่เกิดเหตุการณ์ ชีวิตคูมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 70.5 ไม่เกิดเหตุการณ์ มีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ไม่เกิดเหตุการณ์ ครอบครัวขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.9 ไม่เกิดเหตุการณ์ มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ คิดเป็นร้อยละ 65.9 ไม่ เครียดจากรู้สึกว่าต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสู่สังคม คิดเป็นร้อยละ 31.1 รู้สึกไม่เครียดจาก ความรู้สึกที่ต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 27.3 เครียดจากมีปัญหาการจราจร การ จอดรถ การเดินทาง ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.9 ไม่เกิดเหตุการณ์ ในชุมชนที่อยู่มีการ

อาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน คิดเป็นร้อยละ 76.5 ไม่เกิดเหตุการณ์ ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ไม่เกิดเหตุการณ์ เป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง ดิน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ไม่เกิดเหตุการณ์ เงินไม่พอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 48.5 เครียดจากรายจ่ายเพิ่มขึ้น ระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 30.0 ไม่เกิดเหตุการณ์ ไม่มีเงินพอสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจคิดเป็นร้อยละ 52.3

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียด

ที่มาของความเครียด	จำนวน	mean	SD
1. ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ	264	1.86	1.54
2. งานที่รับผิดชอบมากเกินไป	264	2.37	1.38
3. กลัวทำงานผิดพลาด	264	2.91	1.13
4. รู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี	264	2.90	1.13
5. การจัดการในที่ทำงานมีความขัดแย้ง	264	2.12	1.43
6. งานน่าเบื่อ	264	1.83	1.07
7. มีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้า	264	1.20	1.10
8. รู้สึกตนเองไม่สวยหรือไม่มีเสน่ห์	264	1.01	1.09
9. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย	264	1.20	1.16
10. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	264	1.91	1.25
11. ไม่มีเวลาให้ตัวเอง	264	2.07	1.45
12. ชีวิตคู่มีปัญหา	264	0.58	1.06
13. มีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน	264	0.59	0.91
14. ครอบครัวขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	264	0.54	0.95
15. มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ	264	0.61	1.05
16. รู้สึกต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสังคม	264	2.39	1.17
17. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	264	1.87	1.32
18. มีปัญหาการจราจร การจอดรถ การเดินทาง	264	1.86	1.38
19. ในชุมชนที่อยู่มีการอาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน	264	0.39	0.91

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียด (ต่อ)

ที่มาของความเครียด	จำนวน	Mean	SD
20. ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน	264	0.79	1.10
21. เป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง ดิน	264	1.05	1.11
22. เงินไม่พอใช้จ่าย	264	1.06	1.23
23. รายจ่ายเพิ่มขึ้น	264	1.65	1.17
24. ไม่มีเงินพอสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ	264	1.04	1.31

จากตารางที่ 8 พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียด จากทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ เท่ากับ 1.86 (SD=1.54) งานที่รับผิดชอบมากเกินไป เท่ากับ 2.37 (SD=1.38) กลัวทำงานผิดพลาด เท่ากับ 2.91 (SD=1.13) รู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี เท่ากับ 2.90 (SD=1.13) การจัดการในที่ทำงานมีความขัดแย้ง เท่ากับ 2.12 (SD=1.43) งานน่าเบื่อ เท่ากับ 1.83 (SD=1.07) มีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้า เท่ากับ 1.20 (SD=1.10)

รู้สึกตนเองไม่สวยหรือไม่มีเสน่ห์ เท่ากับ 1.01 (SD=1.09) บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย เท่ากับ 1.20 (SD=1.16) ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เท่ากับ 1.91 (SD=1.25)

ชีวิตคูมีปัญหาค่าเท่ากับ 2.07(SD=1.45) มีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน เท่ากับ 0.58 (SD=1.06) ครอบครัวขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน เท่ากับ 0.59 (SD=0.91) มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ เท่ากับ 0.54 (SD=0.95)

ต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสังคม เท่ากับ 0.61 (SD=1.05) ต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ เท่ากับ 2.39 (SD=1.17)

มีปัญหาการจราจร การจอดรถ การเดินทาง เท่ากับ 1.87 (SD=1.32) ในชุมชนที่อยู่มีการอาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน เท่ากับ 1.86 (SD=1.38) ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน เท่ากับ 0.39 (SD=0.91) เป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง ดิน เท่ากับ 1.05 (SD=1.11)

เงินไม่พอใช้จ่าย เท่ากับ 1.06 (SD=1.23) รายจ่ายเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.65 (SD=1.17) ไม่มีเงินพอสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจเท่ากับ 1.04 (SD=1.31)

ตารางที่ 9 แสดงค่าร้อยละที่มาของความเครียดจำแนกเป็นรายด้าน

ที่มาของความเครียด	น้อย ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	มาก ร้อยละ	มากที่สุด ร้อยละ
เรื่องงาน	56.8	27.7	14.0	1.5
เรื่องส่วนตัว	64.0	22.7	13.3	-
เรื่องครอบครัว	53.4	41.3	5.3	-
ด้านสังคม	42.4	42.4	13.3	1.9
ด้านสิ่งแวดล้อม	33.7	53.0	13.3	-
ด้านการเงิน	57.6	21.6	17.4	3.4

n=264

จากตารางที่ 9 พบว่าแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ มีที่มาของความเครียดจากเรื่องงานอยู่ในระดับ น้อย คิดเป็นร้อยละ 56.8 จากเรื่องส่วนตัวในระดับน้อยร้อยละ 64.0 จากเรื่องครอบครัวในระดับน้อย ร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลางร้อยละ 1.3 ที่มาของความเครียดด้านสังคม อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง เท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 42.4 ในส่วนของที่มาของความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 ด้านการเงินในระดับน้อย ร้อยละ 57.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของที่มาของความเครียดจำแนกเป็นรายด้าน

ที่มาของความเครียด	จำนวน	mean	SD
เรื่องงาน	264	15.23	6.17
เรื่องส่วนตัว	264	6.19	3.75
เรื่องครอบครัว	264	2.31	2.76
ด้านสังคม	264	3.27	2.28
ด้านสิ่งแวดล้อม	264	4.11	2.93
ด้านการเงิน	264	4.81	3.92

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ ในเรื่องงานเท่ากับ 15.22 (SD=6.17) เรื่องส่วนตัว เท่ากับ 6.19 (SD=3.75) เรื่องครอบครัวเท่ากับ 2.31 (SD=2.76) ด้านสังคม เท่ากับ 3.27 (SD=2.28) ด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 4.11 (SD=2.93) ด้านการเงิน เท่ากับ 4.81 (SD=3.92)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไปและที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านโดยใช้ Chi –square test และ Fisher's Exact test

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน

ตัวแปร	ไม่เครียด		เครียด		χ^2	Fisher's Exact	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	79	38.7	37	61.7	9.96	-	.002**
หญิง	125	61.3	23	38.3			
อายุ							
21-25	35	17.2	12	20.0	-	10.195	.006**
26-30	137	67.2	28	46.7			
31 ปีขึ้นไป	32	15.7	20	33.3			
ศาสนา							
พุทธ	204	100	55	91.7	-	17.328	.001**
คริสต์	-	-	5	8.3			
สถาบันที่จบการศึกษา							
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	89	43.6	30	50.0	-	57.050	.000**
ศิริราช	5	2.5	10	16.7			
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	17	8.3	5	8.3			
รามธิบดี	39	19.1	-	-			
พระมงกุฎฯ	5	2.5	-	-			
ม.สงขลานครินทร์	5	2.5	10	16.7			
ม.ขอนแก่น	9	4.4	5	8.3			
ม.ศรีนครินทรวิโรฒ	21	10.3	-	-			
ม.นเรศวร	4	2.0	-	-			
ม.ธรรมศาสตร์	10	4.9	-	-			

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน(ต่อ)

ตัวแปร	ไม่เครียด		เครียด		χ^2	Fisher's Exact	p-value
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส							
โสด	176	86.3	50	83.3	.325	-	.568
คู่	28	13.7	10	16.7			
ผลการเรียนตลอดหลักสูตร แพทยศาสตร์							
2.99 ลงไป	75	36.8	9	15.0	20.643	-	.000**
3.00-3.49	102	50.0	29	48.3			
3.5 ขึ้นไป	24	13.2	22	36.7			
ระยะเวลาในการประกอบ วิชาชีพแพทย์							
1-3 ปี	111	54.4	20	33.3	12.217	-	.006**
4-6 ปี	56	27.5	20	33.3			
7-9 ปี	33	16.2	15	25.0			
10 ปีขึ้นไป	4	2.0	5	8.3			
ชั้นปีที่ศึกษา							
1	131	64.2	13	21.7	72.264	-	.000**
2	68	33.3	24	40.0			
3	5	2.5	23	38.3			
หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน							
โรงพยาบาลชุมชน	24	11.8	-	-	-	12.296	.001**
โรงพยาบาลศูนย์	65	31.9	13	21.7			
โรงพยาบาลทั่วไป	67	32.8	24	40.0			
อื่น ๆ	48	23.5	23	38.3			

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน(ต่อ)

ตัวแปร	ไม่เครียด		เครียด		χ^2	Fisher's Exact	p-value
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ			
ภาควิชา							
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์	54	26.5	9	15.0	-	66.098	.000**
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	12	5.9	4	6.7			
ภาควิชาจักษุวิทยา	5	2.5	12	20.0			
ภาควิชานิติเวชศาสตร์	6	2.9	-	-			
ภาควิชาพยาธิวิทยา	7	3.4	-	-			
ภาควิชารังสีวิทยา	17	8.3	1	1.7			
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา	8	3.9	12	20.0			
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน	13	6.4	6	10.0			
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	11	5.4	1	1.7			
ภาควิชาศัลยศาสตร์	46	22.5	11	18.3			
ภาควิชาสูติศาสตร์	25	12.3	4	6.7			
เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ							
ความชอบ	84	41.2	9	15.0	-	34.815	.000**
ความก้าวหน้า	31	15.2	4	6.7			
ความสบายของงาน	29	14.2	14	23.3			
เป็นประโยชน์ต่อสังคม	30	14.7	19	31.7			
ผลตอบแทนทางการเงิน	-	-	5	8.3			
ความต้องการของหน่วยงาน	30	14.7	9	15.0			
การทำงานอื่นนอกจากงานประจำ							
มี	135	66.2	22	36.7	16.751	-	.000**
ไม่มี	69	33.8	38	63.3			
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย							
ไม่เพียงพอ	33	16.2	16	26.7	5.439	-	.119
เพียงพอ	128	62.7	30	50.0			
เหลือเก็บ	43	18.6	14	23.3			

จากตารางที่ 5 พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีความเครียดส่วนมากเพศชายมากกว่า เพศหญิง คือ ร้อยละ 61.7 และ 38.3 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.7 และส่วนใหญ่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 83.3 ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต อยู่ในช่วง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาอยู่ในช่วง 3.5 ขึ้นไปร้อยละ 36.7 ตามลำดับ นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านที่มีความเครียดมีระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพแพทย์ อยู่ในช่วง 1-3 และ 4-6 ปี อย่างละเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 38.3 ภาควิชาส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในภาควิชาจักษุวิทยาและภาควิชาวิสัญญีวิทยาเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และเคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ หน่วยงานอื่น ๆ ร้อยละ 38.3 แพทย์ประจำบ้านที่มีความเครียดมีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ คือ เป็นประโยชน์ต่อสังคม คิดเป็นร้อยละ 31.7 แพทย์ประจำบ้านที่มีความเครียด ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 50.0 และไม่มีการทำงานอื่นนอกจากงานประจำ ร้อยละ 63.3

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเครียดด้วย Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ เพศ อายุ ศาสนา สถาบันที่จบการศึกษา ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์ ภาควิชา ชั้นปีที่ศึกษา ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพแพทย์ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ การทำงานอื่นนอกจากงานประจำ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้ Pearson Correlation

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด

ที่มาของความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	Sig (2-tailed)
เรื่องงาน	.574	.000**
เรื่องส่วนตัว	.553	.000**
เรื่องครอบครัว	.245	.000**
ด้านสังคม	.190	.002**
ด้านสิ่งแวดล้อม	.274	.000**
ด้านการเงิน	.359	.000**

** p<.01 (n=264)

จากตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด โดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียดทั้งหมด ได้แก่ เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.01

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่มีความเครียด

ที่มาของความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	Sig (2-tailed)
เรื่องงาน	.424	.000**
เรื่องส่วนตัว	.279	.000**
เรื่องครอบครัว	.259	.000**
ด้านสังคม	.309	.000**
ด้านสิ่งแวดล้อม	.076	.280
ด้านการเงิน	.114	.104

** p<.01 (n=60)

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียดโดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียด เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว และด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนที่มาของความเครียดจากด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่มีความเครียด

ที่มาของความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	Sig (2-tailed)
เรื่องงาน	-.248	.056
เรื่องส่วนตัว	-.346	.007**
เรื่องครอบครัว	-.054	.683
ด้านสังคม	-.147	.263
ด้านสิ่งแวดล้อม	-.443	.000**
ด้านการเงิน	.074	.575

** $p < .01$ (n=60)

จากตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่มีความเครียดโดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียด เรื่องส่วนตัวและด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนที่มาของความเครียดจากเรื่องงาน เรื่องครอบครัว ด้านสังคมและด้านการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไป และที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับข้อมูลทั่วไป ความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโดยใช้ Independence t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ สถิติ independence t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance) เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากรซึ่งมีตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไปโดยใช้ สถิติ One-way ANOVA สำหรับตัวแปรเดียวซึ่งในที่นี้ คือ ความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	t	Sig (2-tailed)
เพศ					
ชาย	37	22.70	3.99	.591	.557
หญิง	23	22.04	4.51		
ศาสนา					
พุทธ	55	21.76	3.65	-5.05	.000**
คริสต์	5	26.23	1.03		
สถานภาพสมรส					
โสด	50	22.74	4.50	1.206	.233
คู่	10	21.00	1.05		
การทำงานอื่นนอกจากงานประจำ					
มี	22	23.27	5.11	1.164	.249
ไม่มี	38	21.97	3.52		

**p<.01

จากตารางที่ 15 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดความเครียดต่างกัน กล่าวคือ แพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาคริสต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One-way ANOVA

ตัวแปร	จำนวนคน N= 60	Mean	SD	F	Sig
อายุ					
21-25	12	22.66	6.16	.370	.692
26-30	28	21.96	2.91		
31 ปีขึ้นไป	20	23.0	4.41		
สถาบันที่จบการศึกษา					
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	30	22.9	4.34	2.155	.086
ศิริราช	10	20.0	2.10		
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	5	23.0	1.21		
รามธิบดี	-	-	-		
พระมงกุฎฯ	-	-	-		
ม.สงขลานครินทร์	10	24.5	1.7		
ม.ขอนแก่น	-	-	-		
ม.ศรีนครินทรวิโรฒ	5	20.0	4.18		
ม.นเรศวร	-	-	-		
ม.ธรรมศาสตร์	-	-	-		

* $p < .01$

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์
ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One-way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนคน N= 60	Mean	SD	F	Sig
ผลการเรียนตลอดหลักสูตร แพทยศาสตร์					
2.99 ลงไป	9	20.33	1.58	2.172	.123
3.00-3.49	29	22.20	3.93		
3.5 ขึ้นไป	22	23.63	4.90		
ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพ แพทย์					
1-3 ปี	20	23.60	5.21	1.792	.159
4-6 ปี	20	20.75	1.68		
7-9 ปี	15	23.00	5.14		
10 ปีขึ้นไป	5	23.00	4.18		
ชั้นปีที่ศึกษา					
1	13	18.96	.48	8.515	.001**
2	24	23.25	3.62		
3	23	23.73	4.71		
หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน					
โรงพยาบาลชุมชน	-	-	-	11.689	.000**
โรงพยาบาลศูนย์	13	18.30	.48		
โรงพยาบาลทั่วไป	24	23.04	3.72		
อื่น ๆ	23	24.17	4.31		
ภาควิชา					
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์	9	20.88	1.05	1.535	.169
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์	4	24.75	3.50		
ภาควิชาจักษุวิทยา	12	21.66	1.35		
ภาควิชานิติเวชศาสตร์	-	-	-		

**P<.01

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์
ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One-way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนคน N= 60	Mean	SD	F	Sig
ภาควิชาพยาธิวิทยา	-	-	-		
ภาควิชารังสีวิทยา	1	21.00	-		
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา	12	24.00	5.32		
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน	6	20.00	.89		
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	20.00	-		
ภาควิชาศัลยศาสตร์	11	24.63	1.31		
ภาควิชาสูติศาสตร์	4	20.00	1.15		
เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ					
ความชอบ	9	22.00	0.45	5.291	.001**
ความก้าวหน้า	4	19.00	1.03		
ความสบายของงาน	14	24.21	4.47		
เป็นประโยชน์ต่อสังคม	19	24.57	4.84		
ผลตอบแทนทางการเงิน	5	19.00	0.68		
ความต้องการของหน่วยงาน	9	19.11	1.05		
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย					
ไม่เพียงพอ	16	25.00	4.89	6.069	.004**
เพียงพอ	30	22.16	3.95		
เหลือเก็บ	14	20.14	1.65		

**p<.01

จากตารางที่ 16 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์
ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับ ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน
เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน
ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ โดยมีรายละเอียดดังนี้

-ชั้นปีที่ศึกษา พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ศึกษาในชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

-หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

-เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความต้องการของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความเป็นประโยชน์ต่อสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

-รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

3.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มาความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Independence t-test

ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	t	Sig (2-tailed)
เรื่องงาน					
ไม่เครียด	204	13.95	6.07	-6.63	.000**
เครียด	60	19.50	4.24		
เรื่องส่วนตัว					
ไม่เครียด	204	5.20	3.26	-9.006	.000**
เครียด	60	9.55	3.36		
เรื่องครอบครัว					
ไม่เครียด	204	1.99	2.71	-3.532	.000**
เครียด	60	3.40	2.10		

ตารางที่ 17 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาความเครียดของแพทย์
 ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้
 Independence t-test (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	t	Sig (2-tailed)
ด้านสังคม					
ไม่เครียด	204	3.21	2.29	-0.746	.456
เครียด	60	3.46	2.28		
ด้านสิ่งแวดล้อม					
ไม่เครียด	204	3.58	2.77	-5.63	.000**
เครียด	60	5.57	2.72		
ด้านการเงิน					
ไม่เครียด	204	3.91	3.39	-7.541	.000**
เครียด	60	7.86	4.09		

** p<.01

จากตารางที่ 17 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาความเครียดของแพทย์
 ประจำบ้านกลุ่มไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ไม่เครียด
 มีคะแนนเฉลี่ยของที่มาความเครียดด้านต่าง ๆ ได้แก่ เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว ด้าน
 สิ่งแวดล้อมและด้านการเงิน แตกต่างกัน โดยแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่มีความเครียดมีค่าเฉลี่ย
 คะแนนที่มาความเครียดสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่ไม่มีความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 p<.01 ยกเว้นด้านสังคมที่ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

ในส่วนนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพื่อแสดงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่มีผลต่อความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์พหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อศึกษาว่า ตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีผลต่อความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยในการนำตัวแปรอิสระทั้งหมด ไปวิเคราะห์โดยใช้ Binary logistic regression ก่อน หลังจากนั้นจึงนำตัวแปรที่ได้ไปทำการ วิเคราะห์พหุแบบขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียด ของแพทย์ประจำบ้าน

ลำดับขั้นของตัวพยากรณ์	R	R ²	B	Sig t
ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัว	.535	.286	.261	.000**
ชั้นปีที่ศึกษา	.627	.394	.155	.000**
ศาสนา	.682	.466	.835	.000**
ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม	.719	.516	.117	.000**
เพศ	.737	.544	-.169	.000**
หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน	.747	.558	5.846E-2	.004**
constant			-1.364	.000**

**p<.01

จากตารางที่ 18 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่นำเข้ามาสมการทั้งหมด 9 ตัว คือ เพศ อายุ ศาสนา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน ชั้นปีที่ศึกษา ภาควิชา ที่มาความเครียด จากเรื่องส่วนตัว จากด้านสิ่งแวดล้อมและจากด้านการเงิน พบว่ามีเพียง 6 ตัวแปรเท่านั้นที่มีผลต่อ ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ตัวแปรที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวของ แพทย์ประจำบ้านสามารถอธิบายการเกิดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ.286 แสดงว่าที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวของแพทย์ ประจำบ้านสามารถพยากรณ์การเกิดความเครียดได้ร้อยละ 28.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรชั้นปีที่ศึกษา สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .394 พยากรณ์การเกิดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวและชั้นปีที่ศึกษา สามารถอธิบายการ เกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 39.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรศาสนาทำให้สัมประสิทธิ์การ

พยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .466 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ ร้อยละ 46.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรที่มาจากความเครียดจากสิ่งแวดล้อมทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .516 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 51.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรเพศทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .544 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 54.4 และเมื่อเพิ่มตัวแปรหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงานทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .558 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ ร้อยละ 55.8 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 6 ได้แก่ ที่มาจากความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาจากความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพศและหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความเครียดในแพทย์ประจำบ้านได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 ทั้งหมด 14 ภาควิชาและสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 264 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปี ภาควิชา เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส อาชีพของคู่สมรส จำนวนบุตร สถาบันและปีที่จบการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต องค์กรหรือหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลที่เลือกสาขาวิชาที่มาศึกษาต่อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเฉพาะซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้าน ระบบการทำงาน ลักษณะความรับผิดชอบ ความเหมาะสมของสถานที่ปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อมและความพร้อมของอุปกรณ์ในการทำงานความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนแพทย์ด้วยกันและเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ

2. แบบประเมินความเครียดซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ที่มาของความเครียด ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความเครียด SPST-60¹⁵ :Suanprung Stress Test ในส่วนนี้ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิตซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อตามระดับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่มีในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS for window (version 10.07) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ใช้ Chi-square test เพื่อหาความสัมพันธ์ของระดับความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ สถิติ t-test และ One- Way ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด มาหา ความสัมพันธ์เพื่อศึกษาน้ำหนักความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ว่า ปัจจัยใดสามารถทำนายการเกิด ความเครียดได้⁽⁴²⁻⁴³⁾

ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป แพทย์ประจำบ้านที่ศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 264 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 เพศชาย ร้อยละ 43.9 ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 26-30 ปี อายุเฉลี่ย 28.07 ปี (SD=3.47) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 57.2 ปัจจุบันพักอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 85.6 ส่วนแพทย์ประจำบ้านที่สถานภาพสมรสคู่ มีคู่สมรสประกอบอาชีพแพทย์ ร้อยละ 79.0 แพทย์ ประจำบ้านส่วนใหญ่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 45.1 ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร อยู่ในช่วง 2.71-3.41 ร้อยละ 70.5 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพแพทย์เป็นเวลา 1-3 ปี ร้อยละ 49.6 เป็นแพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 1 ร้อยละ 55.4 เป็น แพทย์ประจำบ้านของภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ร้อยละ 23.9 เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 38.6 เหตุผลในการเลือกศึกษามาศึกษาต่อ คือ ความชอบเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 มีการทำงานอื่นนอกจากงานประจำ ร้อยละ 59.5 รายได้พอเพียงกับรายจ่ายร้อยละ 59.8

2. ความชุกของความเครียด จากการศึกษา ความชุกของความเครียดที่ได้ จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ ศึกษาที่มีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยแบ่งเป็น มีความเครียดระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.8 มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 1.5 และมีความเครียดระดับมาก ร้อยละ 3.4

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ กับความเครียด เมื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับความเครียด พบว่า

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเครียดด้วย Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ เพศ อายุ ศาสนา

สถาบันที่จบการศึกษา ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์ ภาควิชา ชั้นปีที่ศึกษา ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพแพทย์ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ การทำงานอื่นนอกจากงานประจำ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้ Pearson Correlation

3.2.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด โดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียดทั้งหมด ได้แก่ เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

3.2.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่มีเครียดโดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียด เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว และด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนที่มาของความเครียดจากด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่มีความเครียดโดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียด เรื่องส่วนตัวและด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนที่มาของความเครียดจากเรื่องงาน เรื่องครอบครัว ด้านสังคมและด้านการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความเครียดกับข้อมูลทั่วไปและที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน

3.3.1 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independence t-test พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดความเครียดต่างกัน กล่าวคือ แพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาคริสต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ด้วย One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับ ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

3.3.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มาความเครียดของแพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่ไม่เครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียด โดยใช้ Independence t-test พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ไม่เครียดมีคะแนนเฉลี่ยของที่มาความเครียดด้านต่างๆ ได้แก่ เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการเงิน แตกต่างกันโดยในกลุ่มที่เครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาความเครียด สูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่ไม่เครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ยกเว้นด้านสังคมที่ไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยที่ทำนายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โดยวิธีการพหุคูณถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

จากการทำ Binary logistic regression พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่นำเข้าสู่สมการทั้งหมด 9 ตัว คือ เพศ อายุ ศาสนา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน ชั้นปีที่ศึกษา ภาควิชา ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัว จากด้านสิ่งแวดล้อมและจากด้านการเงิน พบว่ามีเพียง 6 ตัวแปร คือ ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพศ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงานเท่านั้นที่มีผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ตัวแปรที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวของแพทย์ประจำบ้านสามารถอธิบายการเกิดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .286 แสดงว่าที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวของแพทย์ประจำบ้านสามารถพยากรณ์การเกิดความเครียดได้ ร้อยละ 28.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรชั้นปีที่ศึกษา สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .394 พยากรณ์ การเกิดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัวและชั้นปีที่ศึกษา สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 39.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรศาสนาทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .466 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 46.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อมทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .516 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 51.6 เมื่อเพิ่ม ตัวแปรเพศทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .544 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ร้อยละ 54.4 และเมื่อเพิ่มตัวแปรหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงานทำให้สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .558 สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้ ร้อยละ 55.8 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 6 ได้แก่ ที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพศและหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดความเครียดในแพทย์ประจำบ้านได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของความเครียด ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีความชุกของความเครียดต่ำกว่าการศึกษาของอัมพร เบญจพลพิทักษ์⁽³⁾ ที่ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลรามธิบดีในปี 2539 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 42.2 ของแพทย์ประจำบ้านที่ศึกษามีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มนิสิตแพทย์พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มของนิสิตแพทย์จากการศึกษาของ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะในปี 2543⁽¹⁾ ที่ทำการศึกษาค่าความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 80.2 เครียดมากร้อยละ 7.3 จากผลการศึกษาค่าความชุกของความเครียดในครั้งนี้ ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ประการแรก อาจจะเป็นเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความเครียดต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ประการที่สอง คือ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มประชากร ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งเพิ่งเริ่มเข้ารับการศึกษาเป็นทอมแรกอาจจะยังไม่พบปัญหาการปรับตัว ประการที่สาม คือ การจัดหลักสูตร ระบบการเรียนการสอนที่แตกต่างกันในสถาบันแต่ละแห่งอาจจะมีผลต่อทำให้ความเครียดแตกต่างกันได้ ประการที่สี่ ระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยรวม ทำให้พบว่ามีค่าความเครียดน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา เหตุผลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากที่ผ่านมาอาจจะเกิดจากกลุ่มแพทย์ประจำบ้านที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามกลับคืนส่วนหนึ่งอาจจะเป็นกลุ่มที่มีความเครียด ทำให้ความชุกที่สำรวจได้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้

2. ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการเกิดความเครียด

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเครียดด้วย Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถาบันที่จบการศึกษา ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์ ภาควิชา ชั้นปีที่ศึกษา ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพ แพทย์ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ การทำงานอื่นนอกจากงานประจำและเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและข้อมูลทั่วไปด้วย independence t-test และ One-way ANOVA พบว่า ศาสนา ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาคริสต์มีความเครียดมากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาพุทธและพบว่าทั้งหมดมา

ความเครียดอยู่ในระดับน้อยซึ่งอาจเกิดได้จากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป โดยปัญหานั้นยังไม่ได้รับการคลี่คลาย ผู้ที่มีความเครียดในระดับนี้อาจไม่รู้ตัวว่าตัวเองเครียดแต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์เกิดขึ้นได้^(12,23,24,29,45) ในส่วนของตัวแปรชั้นปีที่ศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านที่ศึกษาในชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งอาจจะเกิดจากเหตุผลที่ว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งเพิ่งเริ่มเข้ารับการศึกษาคือเป็นเทอมแรกอาจจะยังไม่พบปัญหาการปรับตัว แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 เป็นช่วงที่จะมีการสอบวุฒิบัตรวิชาชีพเฉพาะทางทำให้มีความเครียดสูงกว่า ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับการประเมินตนเองของแพทย์ประจำบ้านพบว่าร้อยละ 16.7 ของแพทย์ประจำบ้านมีการประเมินตัวเองอยู่ในระดับน้อย โดยร้อยละ 5.7 ของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดมีความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและความมั่นใจต่อการสอบวุฒิบัตรวิชาชีพเฉพาะทาง ในระดับน้อย ร้อยละ 1.9 การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ไม่ถูกต้อง และร้อยละ 6.8 คิดว่าการตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้องในระดับน้อย หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงานพบว่า แพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งอาจเกิดได้จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีเครื่องมือที่ทันสมัย ซึ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ย่อมต้องมีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้แพทย์ประจำบ้านกลุ่มที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีความคุ้นเคยกับการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่า อีกประการหนึ่ง คือ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ย่อมมีโอกาสได้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมากกว่า ทำให้แพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อนซึ่งยากต่อการให้การบำบัดรักษามากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความต้องการของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความเป็นประโยชน์ต่อสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ พอจะกล่าวได้ว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความต้องการของหน่วยงาน มีความพร้อมในการที่จะมาศึกษาต่อและการได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความเป็นประโยชน์ต่อสังคมมีความคาดหวังต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานหลังจากสำเร็จค่อนข้างสูง ทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่ากลุ่มที่มาศึกษาตามความต้องการของหน่วยงานต้นสังกัด ในส่วนของตัวแปรรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อย

กว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ เป็นที่ทราบกันว่าปัญหาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการเงินมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายนับเป็นสาเหตุหนึ่งต่อการก่อให้เกิดความเครียด^(12,23,24,29,45) ลาซาลัส (อ้างถึงในวิภาวรรณ ชะอุ่ม)⁽⁴⁶⁾ ได้แสดงแนวคิดไว้ว่า สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคลเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้นและเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น แพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจึงมีความเครียดสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัมพร เบญจพลพิทักษ์⁽³⁾ ที่พบว่า ทั้งแพทย์ที่มีภาวะเครียดและไม่เครียดต่างก็มีปัญหาจากหอพักแพทย์ ปัญหาการเงิน ปัญหาการทำงานสูงเป็นสามอันดับแรก

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับที่มาของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านที่มีความเครียด โดยใช้ Pearson Correlation พบว่า ที่มาของความเครียดเรื่องส่วนตัวและด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ กรมสุขภาพจิต^(12,45) กล่าวว่า การที่คนเรามีเวลาจำกัดและขาดเวลาพักผ่อนหรือมีกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกาย อันเกิดจากได้ผ่านการทำงานอย่างหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่อ่อนเพลียเป็นติดต่อกันเวลานานทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เมื่อศึกษาในประเด็นรายละเอียดของเรื่องส่วนตัว จะเห็นได้ว่า แพทย์ประจำบ้านรู้สึกเครียดจากไม่มีเวลาให้ตัวเองในระดับมากที่สุด ร้อยละ 10.2 และรองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 8.0 นอกจากนี้ การที่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ อันได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นอุณหภูมิ สภาพภูมิอากาศ ฯลฯ สภาพแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิตและสามารถทำอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ หรือเชื้อโรคอื่น ๆ และ สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม มีผลต่อความเครียดของบุคคลทั้งสิ้น^(12,23,24,29,45) และจากการศึกษาในประเด็นรายละเอียดทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า แพทย์ประจำบ้านรู้สึกเครียดจากมีปัญหาคารจากรถ การจราจร การเดินทางระดับมาก ร้อยละ 14.0 และมากที่สุดร้อยละ 1.5 เครียดจากในชุมชนที่อยู่มีการอาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน มากที่สุด ร้อยละ 1.9 ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน มากร้อยละ 3.4 มากที่สุดร้อยละ 1.5 และเป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง ดิน ระดับมาก ร้อยละ 3.4 นอกจากนี้จากการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลเฉพาะของแพทย์ประจำบ้าน พบว่า สถานที่ปฏิบัติงานร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.1

เมื่อทำการทดสอบโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ที่มาของความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เพศ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน มีผลต่อการเกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ที่มาของความเครียด พบว่า ความเครียดจากเรื่องส่วนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความเครียด สอดคล้องกับการประเมินข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเองของแพทย์ประจำบ้าน พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ศึกษากลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงกว่าปกติ คือ คือ กลุ่มที่มีความมั่นใจในตนเองน้อย ซึ่งให้ผลตรงกับการศึกษาของ อัมพร เบญจพลพิทักษ์³ ที่พบว่าความเครียดส่งผลให้แพทย์ประจำบ้านรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจในการมาศึกษาต่อและขาดความมั่นใจในการเรียนจนครบหลักสูตร แพทย์ที่มีปัญหาเรื่องส่วนตัวสามารถทำนายการเกิดความเครียดได้ร้อยละ 28.6 ในส่วนของปัจจัยทำนายเกี่ยวกับตัวแปรเพศ พอจะอธิบายได้ตามผลการศึกษาของ Young (1987)⁸ ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมการแก้ปัญหาระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศหญิงและเพศชาย พบว่า แพทย์หญิงมีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าแพทย์ชายและปัญหาดังกล่าวก็มีความสัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การเพิ่มขึ้นของการใช้สุรา ปัญหาความอ้วนและการควบคุมอาหาร และเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มของนิสิตแพทย์ของ สุรนันทา ฉันทรุจิพงษ์ และคณะ⁽³⁸⁾ ที่ได้ ทำการศึกษานักศึกษาแพทย์ ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2533 ซึ่งพบว่ามีนักศึกษาแพทย์ชายมารับบริการมากเป็น 4 เท่าของนักศึกษาแพทย์หญิง นอกจากนี้จากการศึกษาของกิตติยา จำรัสเลิศสัมฤทธิ์⁽³⁹⁾ สุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า นิสิตแพทย์ชายมีปัญหาสุขภาพจิตในด้านอาการโรคจิตมากกว่านิสิตแพทย์หญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$ และการศึกษาปัญหาการปรับตัวของนิสิตแพทย์ของดารณี ประครองศิลป์⁽⁴⁴⁾ พบว่า นักศึกษาแพทย์หญิงมีการปรับตัวด้านสุขภาพและพัฒนาร่างกาย ร่ากาย และมีการปรับตัวทางการเรียนดีกว่านักศึกษาแพทย์ชายมาก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของแพทย์ประจำบ้านเมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรเพศเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดความเครียดร่วมกับที่มาความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้ร้อยละ 54.4

ปัญหาอุปสรรคในการวิจัย

ปัญหาอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้ คือ การเก็บข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับคืนมาค่อนข้างน้อยเนื่องจากมีแพทย์ประจำบ้านบางส่วนที่ออกฝึกงานที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดและบางส่วนมีภารกิจมากทำให้ไม่มีเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้รับการตอบกลับเป็นจำนวนค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่น่าสนใจที่ทำให้เกิดความเครียดจัดหนึ่งคือสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่า ร้อนอบอ้าวและมีการระบายอากาศไม่ดี ร้อยละ 56.1 ซึ่งนับว่าเป็นสภาพแวดล้อมทางชีวภาพที่มีผลอย่างยิ่งประการหนึ่งต่อการเกิดความเครียด หากมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ประการหนึ่ง ส่วนอีกประการหนึ่งที่น่าสนใจในประเด็นของสิ่งแวดล้อม คือ การขาดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน หากมีการจัดบริการให้เป็นสวัสดิการเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การมีสถานที่ให้ออกกำลังกาย มีสวนหย่อม หรือ มีบริการนวดคลายเครียด ฯลฯ ก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตลดปัญหาความเครียดได้อีกทางหนึ่ง

2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่กลุ่มให้ความสนใจร่วมกัน และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำในรูปแบบของชมรมต่าง ๆ

3. ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มที่มีความเครียดสูง ซึ่งแม้จะเป็นกลุ่มน้อยแต่ก็ควรให้ความสำคัญ อาจจะได้จัดให้พบอาจารย์ที่ปรึกษา หรือผู้ให้การปรึกษาเพื่อจะได้หาแนวทางในการลดความเครียดและป้องกันมิให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความเครียดในแพทย์ประจำบ้าน

2. ควรทำการศึกษาความเครียดและรูปแบบในการแก้ไขปัญหาในแพทย์ประจำบ้านเพื่อหารูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

3. ทำการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในแพทย์ประจำบ้านสถาบันต่าง ๆ

รายการอ้างอิง

1. เขียวรัชย์ นามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตรวรรตน์ และ มาลัย เฉลิมชัยนุกูล. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45: 59 – 69
2. รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช . การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์:ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
3. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามธิบดี . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 87-98
4. สุรีย์ กาญจนวงศ์. ความพึงพอใจในงาน .จุลสารความเครียดจากการทำงาน. ความเครียดจากการประกอบอาชีพ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในกลุ่มแพทย์ : ที่มีเพศแตกต่างกัน; กรุงเทพฯ : โครงการ Global Competence Project, 2541 .
5. First J. Level and source of stress in medical students. Br Med J 1986; 292: 1117-80
6. First J. Emotional distress in junior house officer. Br Med J 1987; 295: 553-6
7. Lindeman S, Laara E, Hakko H, et al. A systemic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996; 168:274-9.
8. Young EH. Realtionship of residents'emotional problems, coping behaviors and gender. J Med Educ 1987; 62: 642-50
9. Mazie B . Job stress, Psychological health and social support of family practice residents. J Med Educ 1985; 60: 935-41
10. Hsu K. Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry 1987; 144: 1561-6
11. พยอม อิงคตานุวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศิลปการพิมพ์, 2525.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ คอน จำกัด, 2541.
13. สุวณีย์ ตัณฑิพัฒนานนท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.
14. Robinson L. Psychiatric nursing as a human experience. 3rd ed, Philadelphia : W.B. Saunders, 1983.

15. วรินทร์ บุญเยี่ยม. ความชุกของความเครียดจากการทำงานและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องของคณงานส่วนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมแมกเนติกเทปและอัลคาไลน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
16. Robert SL. Behavioral concept and nursing throughout the life span. New York : Practice-Hall, 1978.
17. Selye H. The stress syndrome. Am J Nursing 1965; 65 : 97-99.
18. ชูทิติย์ ปานปรีชา. ความเครียด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.
19. Lazarus RS. Psychological stress and coping process. New York : MaGraw-Hill, 1966.
20. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์, 2539
21. Miller BF and Keane CB. Encyclopedia and dictionary of medicine & nursing and allied health . 3rd ed , Philadelphia : W.B. Saunders, 1983.
22. Engel GL. Psychoogical development in health and disease. Philadelphia : W.B. Saunders, 1962.
23. Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and psychiatry. In : Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: 7th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkind, 2000: 1835-45.
24. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. วิทยาการความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์.ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ,2544
25. อัมพร โอตระกูล.สุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 2,กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์ ,2540.
26. Dunn AJ. Psychoneuroimmunology : Introduction and general perspectives . In : Leonard BE, Miller K, eds. Stress, the immune system and psychiatry. West Sussex: John Wiley & Sons, 1995: 1-16.
27. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, พูนศรี รังษิณี และคณะ. ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-28 ฉบับภาษาไทยในประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 325-35.
28. Salrafino EP. Health psychology: biopsychology interactions. New York: John Wiley & Sons,1990.

29. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore : William & Wilkind, 1998:910.
30. Adler CL, Adler SM. Biofeedback and psychosomatic disorders. In Basmajian JV ed. Biofeedback: principles and practice for clinician. 3rd ed. Baltimore: William & Wilkins, 1989:249-64.
31. Fuller GD. Biofeedback; methods and procedures in clinical practice. San Francisco: Biofeedback Press, 1977:32-65.
32. Burgess A. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 5th ed. California: Appleton & Lange, 1990.
33. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 2-17.
34. ละเอียด ชูประยูร. การศึกษาแบบทดสอบ SCL-90 ในคนไข้โรคประสาท. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2521; 9:9-16.
35. สุธีรา ภัทรายุควรรตน์, เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพในคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44: 285-97.
36. สุชาติ พหลภาคย์ และสมพงษ์ รังสีพรหมมณฑล. การป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2529; 31: 53-9
37. วันเพ็ญ ฐรกิจต์วัฒนการ. การสำรวจสุขภาพจิตนิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 88-100.
38. สุนันทา ฉันทธุจิกพงศ์, รติยา ลอยแสงอรุณ และ ชลิดา รัตนาประภาพันธุ์. นักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2533. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534; 36: 145-55
39. กิตติยา จำรัสเลิศสัมฤทธิ์. สุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
40. ทัสสนี นุชประยูร และ เต็มศรี ชำนาญกิจ. สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์, 2541.

41. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล,วนิดา พุ่มไพศาล และ พิมพมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัด
ความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 2540; 13: 1-20
42. ภิรมย์ กมลรัตนกุลและคณะ. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ พิมพ์ครั้งที่ 1,กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์
แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด, 2542.
43. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่10,กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2543.
44. ดารณี ประครองศิลป์. การศึกษาปัญหาการปรับตัวของนิสิตแพทย์.มหาวิทยาลัยสงขล
านครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ , 2530
45. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียด.กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ คอน
จำกัด, 2541.
46. วิภาวรรณ ชะอุ่ม.ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง
พึ่งพา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
มหาวิทยาลัยมหิดล,2536



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียด ระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับข้อมูลพื้นฐานและความแตกต่างของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในแต่ละชั้นปีและแต่ละภาควิชา ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำไปเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน และเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถามซึ่งท่านต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตัวเองทั้งหมดโดยประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนของข้อมูลพื้นฐาน และแบบประเมินความเครียดซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลเฉพาะ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินที่มาของความเครียด จำนวน 24 ข้อ และแบบประเมินระดับความเครียดจำนวน 20 ข้อ ตามระดับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่มีในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อนางสาวประพัทธรา จันธนะสมบัติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกนาคารุงเทพ โทร 02 -2564298 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอพระขอบคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ.ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
การวิจัยเรื่อง ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด
ของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามยินยอมในการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน และเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริม สุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

วิธีการวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งจะครอบคลุมเรื่องที่มาและระดับของความเครียด โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปของสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจอีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

20 สิงหาคม 2545

เรื่อง ขอบความกรุณาตอบแบบสอบถาม

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ฉบับ

ดิฉันนางสาวประพัศรา จันธนะสมบัติ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปประกอบวิจัยในวิทยานิพนธ์เรื่องความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ขอความร่วมมือจากท่านตอบคำถามทุกข้อ ตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน และขอให้ถึงใบปะหน้าที่มีชื่อของท่านออกก่อนจะส่งแบบสอบถามกลับ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันภาวะสุขภาพจิตในแพทย์ประจำบ้านต่อไป ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ.ที่นี้

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

(นางสาวประพัศรา จันธนะสมบัติ)

นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต

ขอความกรุณาท่านส่งแบบสอบถามทันทีที่ตอบแบบสอบถามเสร็จหรือ ภายในวันที่ 26 สิงหาคม 2545
ที่แผนกธุรการ ของภาควิชาของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ข้อมูลทั่วไป

ทำเครื่องหมาย / ลงใน และเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
4. ภูมิลำเนา.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
5. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/ร้าง
6. อาชีพของคู่สมรส.....
7. จำนวนบุตร.....คน
8. สถาบันที่จบการศึกษา.....ปีที่จบ.....
9. ผลการเรียนตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต.....
10. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพแพทย์.....ปี
11. องค์กรหรือหน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชน
 โรงพยาบาลทั่วไป
 โรงพยาบาลศูนย์
 อื่น ๆ
12. ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ปีที่ 1 ปีที่ 2 ปีที่ 3
13. ภาควิชา.....
14. เหตุผลในการเลือกสาขาวิชาที่มาศึกษาต่อ

<input type="checkbox"/> ความชอบ	<input type="checkbox"/> ผลตอบแทนทางการเงิน
<input type="checkbox"/> ความก้าวหน้า	<input type="checkbox"/> ความต้องการของหน่วยงาน
<input type="checkbox"/> ความสบายของงาน	<input type="checkbox"/> ความต้องการของบุคคลใกล้ชิด
<input type="checkbox"/> เป็นประโยชน์ต่อสังคม	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

15. ท่านทำงานอื่นนอกเหนือจากงานประจำหรือไม่

- ไม่
- มี (ถ้ามี โปรดระบุ).....

16. รายได้ของท่านพอเพียงกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

- ไม่พอเพียง
- พอเพียง
- มีเงินเก็บ

2. ข้อมูลเฉพาะ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย “/” ในข้อความที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| 1 | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย | 4 | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก |
| 2 | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย | 5 | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |
| 3 | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง | | |

ข้อความ	1	2	3	4	5
1. ท่านมีความมั่นใจในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน					
2. ท่านมีความมั่นใจต่อการสอบวุฒิปริญญาชีพเฉพาะทาง					
3. ท่านคิดว่า การตัดสินใจมาศึกษาต่อครั้งนี้ถูกต้อง					
4. สถานที่ปฏิบัติงานของท่านไม่สะดวกและไม่เหมาะสมกับการทำงาน					
5. สถานที่ปฏิบัติงานของท่านร้อนอบอ้าว การระบายอากาศไม่ดี					
6. ภายในหน่วยงานของท่านมีห้องน้ำและห้องสำหรับพักผ่อนเพียงพอและเหมาะสม					
7. หน่วยงานของท่านมีเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพได้					
8. งานที่ท่านทำเสี่ยงต่อการเกิดโรค					

ข้อความ	1	2	3	4	5
9. งานที่ท่านทำเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง					
10. งานที่ท่านทำมีปริมาณมากเกินไป					
11. งานที่ท่านทำต้องแข่งกับเวลา					
12. จำนวนงานที่ทำ ไม่สมดุลย์กับเจ้าหน้าที่					
13. งานที่ท่านทำซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อ					
14. การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานที่ท่านเรียนทำให้การปฏิบัติงานของท่านยุ่งยากมากขึ้น					
15. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานของท่าน					
16. การพัฒนาคุณภาพการบริการ (HA หรือ ISO) ในหน่วยงานของท่านทำให้การบริการของท่านมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
17. ในการปฏิบัติงานมักมีความขัดแย้งและขาดความสามัคคีระหว่างเพื่อนแพทย์ด้วยกันเสมอ					
18. มีการปฏิบัติงานก้าวร้าวหน้าที่กันเสมอระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงาน					
19. เพื่อนร่วมงานที่ท่านร่วมงานด้วยมีการประสานงานและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี					
20. ท่านได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างดีจากอาจารย์แพทย์					
21. อาจารย์แพทย์ให้ความอบอุ่นและเป็นกันเองกับท่าน					
22. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่จากอาจารย์					
23. ท่านสามารถปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวกับอาจารย์ได้อย่างจริงใจ					

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

ส่วนที่ 1

เหตุการณ์ไหนเกิดขึ้นกับท่านในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านประเมินว่ารู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร แล้วให้ทำเครื่องหมาย “/” ตรงช่องนั้น

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| 0 | ไม่มีเหตุการณ์นั้นในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา | 3 | หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง |
| 1 | หมายถึง ไม่เครียด | 4 | หมายถึง รู้สึกเครียดมาก |
| 2 | หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย | 5 | หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด |

ข้อความ	0	1	2	3	4	5
1. ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ						
2. งานที่รับผิดชอบมากเกินไป						
3. กลัวทำงานผิดพลาด						
4. รู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี						
5. การจัดการในที่ทำงานมีความขัดแย้ง						
6. งานน่าเบื่อ						
7. มีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้า						
8. รู้สึกตนเองไม่สวຍหรือไม่มีเสน่ห์						
9. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย						
10. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						
11. ไม่มีเวลาให้ตัวเอง						
12. ชีวิตมีปัญหา						
13. มีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน						
14. ครอบครัวขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน						
15. มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ						
16. รู้สึกต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสังคม						
17. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ						

ข้อความ	0	1	2	3	4	5
18. มีปัญหาการจราจร การจอดรถ การเดินทาง						
19. ในชุมชนที่อยู่มีการอาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการทำลายทรัพย์สิน						
20. ไม่มีที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน						
21. เป็นกังวลกับสารพิษต่าง ๆ และมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง ดิน						
22. เงินไม่พอใช้จ่าย						
23. รายจ่ายเพิ่มขึ้น						
24. ไม่มีเงินพอสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ						

ส่วนที่ 2

ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความกังวลใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดและเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวประพัตรา จันณะสมบัติ เกิดเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2514 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี 2536 และเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จากนั้นเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย