

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด กับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท
2. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. ความเครียดในบทบาท
5. พฤติกรรมการเผชิญความเครียด
6. การสนับสนุนทางสังคม
7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด กับความเครียดในบทบาท
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท

การศึกษาทฤษฎีบทบาท เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่มีผลมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เรียกว่าสังคม โดยคำว่า“บทบาท” (Role) มีรากศัพท์มาจากบทบาททางการแสดงละครเวที ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในปี ค.ศ. 1930 โดยกลุ่มนักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยาที่พัฒนาทฤษฎีบทบาทนี้ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มละครจิตบำบัด (Dramaturgical perspective) กลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ (Symbolic interaction) และกลุ่มโครงสร้าง (Structural approach) (รุจา ฎไพบุลย์, 2537) โดยกลุ่มละครจิตบำบัด มีจิตแพทย์ชื่อ Moreno เป็นผู้ริเริ่มนำการทำกิจกรรมจิตบำบัดในคนไข้จิตเวช โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และ

การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) ในการรักษา สำหรับกลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ พัฒนาโดยนักสังคมวิทยา ชื่อ George Herbert Mead การศึกษาของเขาให้ความสำคัญกับบทบาทในแง่ความหมายของ “ตน” (Self) จากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้นั้นเลือกปฏิบัติกับบุคคลอื่นอย่างไร ส่วนกลุ่มโครงสร้าง พัฒนาโดยนักมนุษยวิทยาชื่อ Park และ Linton ซึ่งมีการวิเคราะห์ห้วงในมิติของบทบาท โดยนำมาสัมพันธ์กับโครงสร้างของสังคม ได้แก่ ตำแหน่ง สถานภาพ และความคาดหวังของสังคม (Hardy และ Hardy, 1988) ทั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างสถานภาพ (Status) กับ บทบาท (Role) โดยสถานภาพย่อมได้มาก่อนแล้วบทบาทจึงเกิดตามมา (ณรงค์ เส็งปรีชา, 2538) เช่น พยาบาลเป็นสถานภาพ การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาท

นักสังคมวิทยาได้ศึกษามโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทโดยตระหนักในความเป็นจริงในชีวิตที่ว่า บุคคลหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันตามบทบาทต่าง ๆ ที่ตนดำรงอยู่ การศึกษาทฤษฎีบทบาทจึงเป็นการศึกษาถึงความเป็นจริงในชีวิตทางด้านสังคม ซึ่งเป็นที่มาของพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง (ทัศนาศา บุญทอง, 2525) ความหมายของบทบาทมีดังนี้

ตามแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ Topham (1987) ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามกระบวนการของสังคม ในขณะที่บุคคลดำรงตำแหน่งในสังคมและแนวคิดของนักวิชาการไทย ทัศนาศา บุญทอง (2525) ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นรูปแบบพฤติกรรมซึ่งถูกกำหนดขึ้นตามผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น ตามกระบวนการสังคม และ ณรงค์ เส็งปรีชา (2538) ให้ความหมายว่าบทบาท คือพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามสถานภาพ โดยบทบาทเป็นพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำตามหน้าที่ ซึ่งจากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าบทบาท หมายถึงพฤติกรรมหรือหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำตามตำแหน่งหรือสถานภาพของตน และตามความคาดหวังและกระบวนการทางสังคม

บทบาทของบุคคลจะเป็นไปในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของสังคมนั้น ๆ ผนวกกับการแสดงออกของบุคคลอื่นรอบข้าง และบุคคลนั้นเป็นสำคัญ ซึ่งลักษณะที่ว่านี้เกิดขึ้นจากกระบวนการที่เรียกว่า กระบวนการสังคม (Socialization) เช่น บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลไม่ได้ถูกกำหนดและคาดหวังจากสังคมโดยรวมเพียงอย่างเดียวเท่านั้นแต่ยังถูกคาดหวังจากผู้ร่วมงาน เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ และผู้ป่วยอีกด้วย (ทัศนาศา บุญทอง, 2525)

Schuster และ Smith (1986) กล่าวถึงบทบาทของบุคคลว่าเกิดขึ้นจาก 2 ทาง คือ

1. บทบาทที่รับมา (Acquired roles) เป็นบทบาทที่บุคคลไม่สามารถเลือกได้ เช่น เพศ อายุ และเชื้อชาติ เป็นต้น
2. บทบาทที่ได้มาด้วยความสามารถ (Achieved roles) บทบาทนี้มีความเกี่ยวข้องกับความรู้และความคาดหวังของสังคม ทำให้รายละเอียดในแต่ละบทบาทแตกต่างกันออกไป เช่น บทบาทของบุคคลในแต่ละอาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และวิศวกร เป็นต้น

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าบทบาทของบุคคลในสังคมนั้นเกิดจาก 1) บุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งหล่อหลอมมาจากค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ ประสบการณ์ และการศึกษาอบรม ตลอดจนพื้นฐานทางวัฒนธรรมประเพณีที่ผู้ดำรงบทบาทจะยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ 2) บทบาทที่เกิดจากตำแหน่งในสังคม ซึ่งจะหล่อหลอมมาจากกฎระเบียบ ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยจะกำหนดไว้เป็นบรรทัดฐานสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

กระบวนการเกิดบทบาท

Mittchell (1983) ได้อธิบายกระบวนการเกิดบทบาทว่าประกอบด้วย ขั้นแรกกลุ่มจะต้องมีความคาดหวังต่อบทบาทของตำแหน่งนั้นๆ ซึ่งจะเป็นขั้นของการคาดหวังต่อบทบาทใด บทบาทหนึ่งว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งนั้นควรมีบทบาทอย่างไร ต่อมาก็จะมีการสื่อสารเกี่ยวกับความคาดหวังนั้นซึ่งเป็นขั้นของการสื่อสารเกี่ยวกับความคาดหวังนั้นให้แก่บุคคลทราบ โดยอาจจะทำโดยการปฐมนิเทศ หรือฝึกอบรม จากนั้นบุคคลก็จะรับรู้ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาท ทั้งนี้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อบทบาทของตนแล้ว ก็จะมีการรับรู้ และสามารถคาดหวังถึงบทบาทที่ตนต้องแสดงออก ซึ่งขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลต้องคำนึงว่าจะต้องทำอะไรและควรจะทำอย่างไรโดยใช้วิจารณญาณของตน ต่อจากนั้นขั้นสุดท้ายคือบุคคลจะมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามบทบาท (Actual role behavior) เป็นขั้นที่บุคคลแสดงบทบาทออกมา ซึ่งอาจจะเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม หรืออาจจะแตกต่างอย่างไรรันขึ้นอยู่กับการรับรู้ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทนั้นๆ ของบุคคล ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากระบวนการเกิดบทบาทเริ่มต้นด้วยสังคมมีความคาดหวังต่อบทบาท แล้วจึงมีการสื่อสารเกี่ยวกับความคาดหวังนั้นให้ผู้ดำรงบทบาททราบ จากนั้นบุคคลก็จะรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในบทบาทนั้นของสังคม และมีการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทออกมา

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

บทบาท เป็นพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการครองสถานภาพที่บุคคลดำรงอยู่ ซึ่งการที่บุคคลจะดำรงตำแหน่งใดนั้น ต้องมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบกำหนดควบคู่กับตำแหน่งนั้นเสมอ โดยบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบจะต้องเป็นที่รู้จักและเข้าใจระหว่างบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลนั้นค่อยๆ พัฒนา มาเรื่อยๆ ตามความเหมาะสมและความต้องการของสังคม บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยก็เช่นกัน ได้มีนักวิชาการและองค์กรวิชาชีพกำหนดบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2530) กล่าวถึง บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามลักษณะของวิชาชีพพยาบาลว่ามีดังนี้

1. ด้านบริการ คือ การให้การพยาบาลระดับวิชาชีพ โดยเป็นการกระทำอย่างมีหลักการและเหตุผลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มุ่งผลทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เป็นการกระทำที่มีความเคารพในตนเอง และมีความรับผิดชอบสูง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย และแผนบริการทางเวชกรรม
2. ด้านวิชาการ คือ การพัฒนาตนเองให้ทันกับความเจริญก้าวหน้าของศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ และแนวคิดเชิงวิชาการ ให้กระจายกว้างขวางต่อไป
3. ด้านบริหาร เป็นการใช้ความรู้ ความสามารถให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มคน คือ ช่วยให้กลุ่มคนได้ทำงานอย่างเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง สถาบันวิชาชีพ และสังคม

กุลยา ตันติผลลาชีวะ (2539) ได้รวบรวมบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ 7 บทบาท คือ

1. เป็นผู้บริหาร โดยกำหนดนโยบายการพยาบาลระดับหอผู้ป่วย เป็นผู้วางแผนปฏิบัติงานที่จะทำให้งานดำเนินไปสู่ความสำเร็จ รวมทั้งต้องเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษา และวินิจฉัยสั่งการ
2. เป็นผู้จัดการการพยาบาล โดยจะเป็นผู้ทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับงานต่างๆ ในหอผู้ป่วย เช่น จัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม จัดความพร้อมด้านวัสดุ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ให้พร้อมจำแนกประเภทผู้ป่วย จัดสภาพให้กับผู้ป่วย รวมทั้งใช้เวลาในการลงมือปฏิบัติการพยาบาล และเป็นผู้นิเทศบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยด้วย

3. เป็นผู้ประสานการรักษาพยาบาล โดยเมื่อมีปัญหาในด้านการรักษาเกิดขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะนำข้อมูลมาปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา หรือถ้ามีปัญหาด้านการพยาบาลก็จะชี้แนะกับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย
4. เป็นผู้สนับสนุนประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล โดยเป็นผู้ดูแลและตรวจสอบการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เป็นผู้สนับสนุน เป็นกำลังใจ และให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย
5. เป็นนักพัฒนา โดยเป็นตัวจักรสำคัญในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยมีการนำเสนอข้อมูลใหม่ทางการพยาบาล ทำวิจัย หรือนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาล
6. เป็นผู้รักษาสวัสดิภาพของผู้ป่วยตามสิทธิมนุษยชน โดยให้ความปลอดภัย และช่วยเหลือตามควรแก่ผู้ป่วย
7. เป็นครู โดยเป็นผู้สอนวิชาการและสุศึกษาให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรการพยาบาล รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ทั้งหมด 8 บทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น คืออยู่ระหว่างผู้วางนโยบายด้านการบริหารการพยาบาลทั้งหมด คือกลุ่มงานการพยาบาลและบุคลากรการพยาบาล (Staff nurse) รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่น ๆ และเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย เป็นไปด้วยดี ตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์
2. เป็นส่วนหนึ่งหรือสมาชิกคนหนึ่งของทีมสุขภาพ (Health team) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสามารถที่จะร่วมอภิปรายและให้ข้อคิดต่อทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นผู้ประสานงานที่ดีในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การจะทำหน้าที่นี้ได้ดี หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้บริหารที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
4. เป็นผู้อำนวยความสะดวกที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการ และสวัสดิภาพที่ดี
5. เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องให้ความเป็นกันเองพอสมควรแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ความต้องการการปรึกษาหารือจึงจะเกิดขึ้นได้

6. เป็นผู้นิเทศและเป็นครูแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ไม่มีครูประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องรับผิดชอบในด้านการสอนมากขึ้น

7. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านปฏิบัติการทางคลินิก ในสาขาที่ตนปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้เกิดศรัทธาแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเข้าใจถึงปัญหาทางการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติพยาบาล

8. เป็นผู้สังเกตการณ์ที่ดี

นอกจากนี้ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

1. รับนโยบายจากฝ่ายการพยาบาล
2. วางแผนงานในความรับผิดชอบเกี่ยวกับ
 - 2.1 แผนอัตรากำลัง
 - 2.2 แผนงานวิชาการ
 - 2.3 แผนพัฒนาบริการพยาบาล
 - 2.4 แผนการจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้
 - 2.5 แผนการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วย
3. มอบหมายงานใหม่แก่เจ้าหน้าที่ตามระดับความรู้ความสามารถ
4. ติดตามควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
5. ประเมินผลงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพการพยาบาล

ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

6. พิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน
7. ส่งเสริมขวัญ และกำลังใจ แก่เจ้าหน้าที่
8. จัดระบบบริการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน
9. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงาน
10. กำหนดความต้องการการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งเครื่องนอน และเสื้อผ้า
11. จัดหา ควบคุมการใช้ บำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือรวมทั้งเครื่องนอนและเสื้อผ้า
12. ปรับปรุงงานบริการพยาบาลของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
13. ควบคุมดูแลการจัดความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของอาคาร

สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

14. จัดตารางเวรการทำงานของผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และควบคุมให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
15. ควบคุมการจัดสอนสุขศึกษา ผู้ใช้บริการเป็นรายกลุ่ม
16. ควบคุมและตรวจสอบการบันทึกรายงานทางการพยาบาล
17. รวบรวมสถิติรายงานของหน่วยงานประจำวัน ประจำเดือน ประจำปี
18. เยี่ยมตรวจและนิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
19. จัดทำ จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือทางวิชาการต่างๆ
20. สนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาล และติดตามนำผลการวิจัยมาปรับปรุงการบริการทางการพยาบาล
21. ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ และผู้มาศึกษา อบรม ดูงานทางการพยาบาล
22. จัดประสบการณ์ทางด้านบริการพยาบาล ให้แก่นักศึกษาและผู้มาฝึกอบรม ดูงานทางการพยาบาล
23. เป็นผู้นำในการดำเนินงานวิชาการของหน่วยงาน
24. เป็นวิทยากร เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล
25. ร่วมเป็นกรรมการเฉพาะกิจ ในคณะทำงานต่างๆ
26. เป็นที่ปรึกษา และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน
27. ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

กองการพยาบาล (2539) ได้วางแนวทางการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้านการบริหารงานหอผู้ป่วย การบริหารบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย และการบริหารงานวิชาการและบริการการศึกษาในหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

การบริหารงานหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีแนวทางการบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดระบบงาน การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการประสานงาน ดังนี้

- 1 การวางแผนงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการวางแผนให้ครอบคลุมแผนงาน ดังนี้
 - 1.1 แผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย
 - 1.2 แผนการจัดการงานด้านการรักษาพยาบาลของพยาบาล

1.3 แผนการพัฒนาบริการพยาบาล

1.4 แผนงบประมาณเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์พยาบาล และเครื่องมือในการรักษาที่พยาบาลเกี่ยวข้อง รวมทั้งแผนเกี่ยวกับพัสดุครุภัณฑ์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องวางแผนและกำหนดความต้องการขั้นต้นให้กับกลุ่มงานการพยาบาล วางแผนการตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพ สมรรถภาพของพัสดุ และจำหน่ายพัสดุที่เสื่อมสภาพการใช้ (ดารณี จามจรี, 2534)

1.5 แผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เช่นการศึกษาอบรม ดูงาน

1.6 แผนการจัดระบบงานด้านวิชาการ และการบริการการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษาต่างๆ

2. การจัดระบบงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดระบบงานในหอผู้ป่วยโดยมีหลักใหญ่ๆ ดังนี้คือ

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์การบริการผู้ป่วยทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความต้องการของสังคมและนโยบายของโรงพยาบาล

2.2 กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และแผนภูมิการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องและประสานงานกัน

2.3 กำหนดอัตรากำลัง และประเภทของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแต่ละระดับ

2.4 กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และลักษณะงานที่ทำของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ โดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

2.5 กำหนดการติดต่อสื่อสารและขั้นตอนการรายงานต่างๆ อย่างละเอียด

2.6 จัดหาคู่มือการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อจะได้ค้นคว้าเมื่อมีข้อสงสัย หรือปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

2.7 กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีการวางแผนการให้การพยาบาล

2.8 กำหนดนโยบายการบริหารบุคคล โดยศึกษาบุคลากรเพื่อทราบลักษณะความสามารถความถนัดเพื่อมอบหมายงานได้เหมาะสม มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ มีการประเมินผลการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล มีการบันทึกรายงานของบุคลากร เช่น การขาดงานบ่อย มีการผิดพลาดในการให้การพยาบาลบ่อย

2.9 จัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ โดยกำหนดให้มีผู้ควบคุมดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้พอเพียง รวมทั้งมีผู้รับผิดชอบในการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ และให้คำแนะนำวิธีการใช้

2.10 กำหนดการรายงาน โดยมีมาตรฐานสำหรับการบันทึกและการรายงานที่จะเสนอต่อผู้บังคับบัญชาทราบความก้าวหน้าของงานทุกระยะ สะดวกแก่การประสานงานกับ

หน่วยงานอื่น ในขณะที่เดียวกันเสนอรายงานให้ผู้ร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชาทราบด้วย เพื่อความเข้าใจอันดีในการปฏิบัติงาน

2.11 มีการเสริมความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ มีการวางแผนการเสริมความรู้

2.12 กำหนดแนวทางในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

2.13 มีการประเมินผลการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพ

3. การบริหารงานบุคคล หัวหน้าหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการบริหารงานบุคคลดังนี้

3.1 การจัดแผนภูมิสายการบังคับบัญชาในหอผู้ป่วย

3.2 มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า เพื่อเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

3.3 มีการพรรณานงานและการมอบหมายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3.4 การควบคุมกำกับงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องทำแผนควบคุมกำกับงานในหอผู้ป่วยทั้งแผนประจำปี แผนประจำเดือน แผนประจำอาทิตย์และแผนประจำวันไว้อย่างชัดเจน ทั้งงานด้านบริหาร ด้านการบริการพยาบาล และด้านวิชาการ

3.5 มีการนิเทศงานบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โดยต้องมีการทำแผนการเยี่ยมตรวจงานบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ซึ่งการนิเทศที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะให้แก่บุคลากรแต่ละระดับย่อมแตกต่างกันทั้งในลักษณะและจำนวน หรือความมากน้อยของการนิเทศ ตลอดจนความบ่อยที่จะนิเทศ ซึ่งควรคำนึงถึงความต้องการของบุคลากรเป็นสำคัญ

3.6 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ตามเกณฑ์ ประเมินผลที่กลุ่มงานการพยาบาลกำหนด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องรวบรวมผลของการประเมินแต่ละครั้ง และพิจารณาข้อบกพร่องของบุคลากรในทุกๆ ด้าน กล่าวคือด้านการบริการ เทคนิคการบริการ วิชาการ ตลอดจนคุณธรรม จริยธรรมและบุคลิกภาพ ตามข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินผล และเสนอผลของการประเมินมายังกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขใหม่

3.7 มีการพิจารณาความดีความชอบ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยนำผลการพิจารณาความดีความชอบบุคลากรในหอผู้ป่วยทุกระดับ และเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อดำเนินการต่อไป

4. การอำนวยความสะดวก โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการติดตามดูแลให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติงานตามแนวทางการดำเนินงานที่ได้วางไว้ โดยต้องอาศัยการวินิจฉัยสั่งการ การใช้ภาวะผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ และการใช้ศิลปการจูงใจ

5. การประสานงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการประสานงานทั้งในกลุ่มงานการพยาบาล และการประสานงานระหว่างแผนกหรือฝ่ายอื่นๆ ดังนี้

5.1 การประสานงานในกลุ่มงานการพยาบาล เป็นการดำเนินการปฏิบัติงานระหว่างกรรมการนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลไปปฏิบัติในระดับหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีของผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยการดำเนินนโยบายหอผู้ป่วยอย่างสอดคล้อง และประสานไปกับนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล ทำงานเป็นสื่อกลางที่ดีของกลุ่มงานการพยาบาลเกี่ยวกับนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงานของกลุ่มงานการพยาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยจะต้องรับรู้และถือปฏิบัติ

5.2 การประสานงานระหว่างแผนกหรือฝ่ายอื่นๆ เช่นแผนกธุรการ การเงิน แผนกรังสี แผนกกายภาพบำบัด แผนกโภชนาการ แผนกสังคมสงเคราะห์ และฝ่ายการศึกษาของสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติของแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง และนำมาชี้แจงแก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับเพื่อนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง ซึ่งรายละเอียดของการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้รูปแบบรายงาน ผู้มาติดต่อ เวลาปฏิบัติงานของแผนกที่ติดต่อ และระยะเวลาของการติดตามผลการติดต่อนั้นๆ ทั้งนี้การติดต่อประสานงานกับแผนกอื่นๆ นั้นจำเป็นต้องมีคู่มือประสานงานเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการติดต่อนานร่วมด้วย

การบริการพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ดังที่กองการพยาบาล (2539) กำหนดไว้ตามแนวทางของ Rinehart (1969) ดังนี้

1. การวางแผน หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดให้มีบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาล พร้อมทั้งดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ให้บริการเป็นรายบุคคลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ โดยการมอบหมายงานการดูแลผู้ให้บริการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลตามความสามารถ ตามลักษณะอาการและตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังทำหน้าที่อธิบายให้ผู้ใช้บริการและญาติเข้าใจในการรักษาพยาบาล ร่วมในการสอนและแนะนำผู้ให้บริการ รวมทั้งอภิปรายปัญหาในการพยาบาลกับผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงขึ้นไปอีก

2. การจัดระบบงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน และวิเคราะห์ความต้องการด้านอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วยของตน โดยพิจารณาถึงจำนวนผู้ให้บริการ ลักษณะอาการ ระยะเวลาที่ผู้ให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาล พร้อมทั้งจัดตารางเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลให้เพียงพอ และเหมาะสมตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนรายงานหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ตรวจการพยาบาลให้ทราบถึงความต้องการด้านอัตรากำลังในหน่วยงานของตนเอง

3. การอำนวยความสะดวก หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดให้มีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยร่วมการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาล และร่วมในการอภิปรายปัญหาของผู้ให้บริการ จัดให้มีการจัดบันทึกและรายงานที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ทั้งยังให้ความร่วมมือและประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับบริการอย่างเต็มที่

4. การควบคุมงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาล โดยการสังเกตจากลักษณะอาการของผู้ให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำได้ขณะร่วมเยี่ยมชมตรวจแต่ละครั้ง พร้อมทั้งการสอนและสาธิตเทคนิควิธีการพยาบาลใหม่ๆ แก่บุคลากรทางการพยาบาล และให้การพยาบาลแก่ผู้ให้บริการในรายที่ต้องการทักษะในการพยาบาลเป็นพิเศษด้วย

การบริการด้านวิชาการและบริการการศึกษา

การจัดระบบงานด้านวิชาการนั้นต้องมีการวางแผนวิชาการทางการพยาบาล โดยมี การวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนามูลากร การศึกษาค้นคว้าวิจัย การเผยแพร่ความรู้ การจัด ประสพการณ์การศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการ ตามแผนงานวิชาการดังกล่าวคือ

1 มีการจัดอบรมปฐมนิเทศในหอผู้ป่วยสำหรับบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือผู้มา ฝึกปฏิบัติงานและดูงานภายในหอผู้ป่วย

2 มีการนิเทศงานวิชาการ โดยการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงานบริการพยาบาล

3 มีการส่งเสริมความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วย เช่น จัดให้มีการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ และการประชุมปรึกษาหารือเป็นทีม เป็นต้น

4 จัดให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เข้ารับการศึกษาดูงานประจำการ (Inservice education) ตามนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล

5 จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจร่วมมือกับหน่วยงานจัดทำมาตรฐานการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล

6 มีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยทำการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และตามนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล

7 มีการสร้างงานวิชาการ โดยการจัดทำเอกสารวิชาการ

8 สนับสนุนงานวิจัยทางการแพทย์ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยอาจทำการวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ หรือสนับสนุนงานวิจัยกับผู้ทำวิจัยอื่น

9 ให้บริการการศึกษาแก่ผู้มาศึกษาดูงานหรือฝึกปฏิบัติในหน่วยงาน เช่น นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรต่างๆ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดให้มีการปฐมนิเทศ การจัดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ และการประเมินผลการศึกษาภาคปฏิบัติแก่ผู้มาศึกษาดูงานหรือฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้ว

หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน โดยกองการพยาบาลได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ว่ากลุ่มงานการพยาบาลจะต้องมีการกำหนดปรัชญา นโยบาย วัตถุประสงค์การดำเนินงาน ขอบเขตโครงสร้างงานในความรับผิดชอบของกลุ่มงาน แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงาน การพรรณาลักษณะงานพยาบาลระดับต่างๆ ทุกระดับ ระเบียบข้อปฏิบัติในการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น ข้อปฏิบัติในการลา หลักเกณฑ์ในการลาศึกษาดูงาน หลักเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการเลื่อนระดับ ไว้อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรด้วย

จากลักษณะบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปว่า บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นครอบคลุมใน 3 ด้านคือ

1. บทบาทด้านการบริหาร เป็นผู้รับนโยบายขององค์กร นำมาปฏิบัติในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบ โดยยึดหลักการบริหารการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่การวางแผน

การจัดระบบงาน การบริหารงานบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการประสานงาน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. บทบาทด้านการบริการพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยการใช้กระบวนการพยาบาล และมอบหมายให้บุคลากรผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ รวมทั้งเป็นผู้นิเทศและประเมินผลการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และบุคลากรได้บังคับบัญชา

3. ด้านวิชาการ เป็นคณะกรรมการ หรือวิทยากรในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย รวมทั้งจัดอำนวยความสะดวกแก่นักศึกษาที่มาศึกษาหาความรู้ และประสบการณ์ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่รักษาการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จะปฏิบัติงานแทนหัวหน้าหอผู้ป่วยในกรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่อยู่ปฏิบัติงานด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ลาพักร้อน ลาป่วย ลาไปศึกษาอบรมหรือดูงานต่างๆ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะทำหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือถ้าหอผู้ป่วยใดไม่มีรองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยก็อาจมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอาวุโสในหอผู้ป่วยนั้นๆรักษาการณ์แทน ซึ่งกระทำอย่างไม่เป็นทางการได้ ทั้งนี้ตามความเหมาะสม โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องรายงานให้หัวหน้าพยาบาลซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงสุดทราบ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม หรือกล่าวได้ว่าบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ดังนั้นบุคคลจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเครียดได้ มีผู้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันออกไปดังนี้

Selye (1976) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) ซึ่งการตอบสนองนั้นจะเป็นไปในรูปของการตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific reactions) ถ้าการตอบสนองนั้นมีความรุนแรงและเป็นระยะเวลานาน ก็จะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และเกิดโรคที่เกิดจากความเครียดขึ้น

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงทฤษฎีความเครียดของ Lazarus ว่า ความเครียดเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมมีอันตรายต่อตนเอง หรือมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง

ทัศนาศา บุญทอง (2535) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นภาวะการณซึ่งเป็นผลกระทบทั้งหมดที่เกิดแก่บุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

จากความหมายของความเครียดดังกล่าวจะเห็นว่า Selye มีแนวคิดที่ว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง ส่วน Lazarus มีแนวคิดที่ว่าความเครียดเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งการตอบสนองนั้นก่อให้เกิดผลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลตามมา

ความเครียดในบทบาท

ความเครียดในบทบาท (Role stress) เป็นการศึกษาถึงปัญหาในการดำรงบทบาทตามอาชีพของบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยมีนักวิชาการทางด้านสังคมวิทยาและผู้บริหารองค์การให้ความสนใจศึกษากันเป็นอย่างมาก เพราะมีผลต่อการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในองค์การ

ความเครียดในบทบาทมีสาเหตุส่วนใหญ่จากปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม และเป็นสาเหตุจากปัจจัยภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคล โดยผลกระทบที่ตามมาของความเครียดในบทบาทคือ ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดำรงบทบาท หรือที่เรียกว่าภาวะตึงเครียดในบทบาท (Role strain) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้ดำรงบทบาท (Role occupant) เกิดความเป็นทุกข์วิตกกังวล หรือคับข้องใจ (Hardy และ Hardy, 1988) ได้มีผู้ให้ความหมายของความเครียดในบทบาทไว้ดังนี้

Hardy และ Hardy (1988) ให้ความหมายของภาวะเครียดในบทบาทว่า เป็นภาวะทางสังคมที่ขัดข้องเกี่ยวกับบทบาท (Role obligation) มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน ไม่ลงรอย หรือมีความขัดแย้งกัน มีความยากหรือไม่สามารถกระทำให้สำเร็จได้

ทัศนาศา บุญทอง (2525) กล่าวว่าความเครียดในบทบาท คือ ภาวะความไม่ผสมผสานในการแสดงบทบาทของบุคคลอันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ ทางสังคม แต่ รุจา ภูไพบูลย์ (2537) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะเครียดในบทบาท หมายถึง ภาวะที่มีปัญหาเกี่ยวกับการแสดงบทบาท ทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด กระวนกระวายใจ เสียใจ และซึมเศร้า

จากความหมายของความเครียดในบทบาทดังกล่าวสรุปได้ว่า ความเครียดในบทบาท หมายถึง ภาวะความไม่ผสมผสานในการแสดงบทบาทของบุคคล โดยมีความขัดแย้งกันหรือไม่ชัดเจน ไม่สามารถกระทำให้สำเร็จได้ อันเป็นผลมาจากปัญหาในการดำรงบทบาททางสังคม ทำให้ผู้ดำรงบทบาทรู้สึกวิตกกังวล เสียใจ ซึมเศร้าและลำบากใจในการแสดงพฤติกรรมตามบทบาท

ผลของความเครียดในบทบาทก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน การขาดงาน การเจ็บป่วย รวมทั้งทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ผู้ที่มีภาวะเครียดในบทบาทและมีภาวะตึงเครียดในบทบาทตามมาจะมีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั่วไป ดังที่ Hardy และ Hardy (1988) ได้รวบรวมไว้ทางด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ดังนี้คือ

ในด้านจิตใจ พบว่ามีความวิตกกังวล (Anxiety) ตึงเครียด (Tension) หงุดหงิด กระวนกระวาย (Irritation) นอกจากนี้ยังพบว่า มีความโกรธง่าย (Resentment) และซึมเศร้า (Depression) เกิดขึ้น ส่วนด้านร่างกาย พบว่ามีการตอบสนองทางด้านร่างกาย โดยจะตรวจพบว่ามีความผิดปกติของระดับแอดรีนาลิน ไซมันโนเส้นเลือดและความผิดปกติของอัตราการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจจะผิดปกติ โดยถ้าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) จะพบว่าผิดปกติ มีพยาธิสภาพของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือด (Coronary heart disease) และยังมีอาการแสดงต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ มึนงง หายใจถี่ คลื่นไส้ และร่างกายอ่อนเปลี้ย (Fatigue) ทางด้านสังคม จะพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะลดลง แยกตัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นหรือบุคคลอื่น ๆ ภายในองค์การ มีความไม่พึงพอใจในงาน ทำให้เปลี่ยนงานบ่อยได้ อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเครียดในบทบาทส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล และยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและองค์การ

ความเครียดในบทบาทมีความใกล้เคียงกับความเครียดในงาน หรือความเครียดจากการปฏิบัติงาน (Occupational stress) ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดจากการปฏิบัติงานเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะคุกคามจากปัจจัยต่างๆ จากการทำงาน (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2538) โดยปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความสำคัญของเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การหย่าร้าง สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายสังคม สภาพของงาน เช่น งานที่หนักเกินไป บทบาทที่ไม่ชัดเจน ความขัดแย้งในบทบาท สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ส่วนปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ A อารมณ์ ประสบการณ์ และความต้องการ เป็นต้น (Powell และ Enright, 1990) ดังนั้นความเครียดในบทบาทจึงถือว่าเป็นการศึกษาความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงลงไปในบทบาทที่เป็นปัญหาของบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดนั่นเอง

ลักษณะของความเครียดในบทบาท

ความเครียดในบทบาท แบ่งออกได้ 7 ลักษณะ โดยวิเคราะห์ตามความคาดหวังในบทบาท (Role expectation) ตำแหน่งของบทบาทในโครงสร้างของสังคม และความเพียงพอของแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ดำรงบทบาท (Role occupant) สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม (Role competence) (Hardy และ Hardy, 1988) ดังนี้คือ

1. ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) เป็นลักษณะของความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งขาดความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงเป็นเสียงเดียวกัน
2. ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) เป็นลักษณะของความคาดหวังในบทบาทเฉพาะหลายอย่างและค้ำกันเอง
3. ความไม่เหมาะสมในบทบาท (Role incongruity) เป็นลักษณะที่ความคาดหวังของสังคมและบุคคลทั่วไปในบทบาทเฉพาะนั้นๆ ไม่เป็นไปตามทัศนคติ ค่านิยมและการรับรู้บทบาทแห่งตนของผู้ดำรงบทบาท
4. ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป (Role overload) เป็นลักษณะที่ความคาดหวังในบทบาทมีมากเกินไป หรือซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้ดำรงบทบาทจะกระทำได้ในเวลาที่กำหนด และด้วยความสามารถที่มีอยู่

5. ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป (Role underload) เกิดในกรณีตรงข้ามกับความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป โดยสังคมไม่ให้ความสำคัญ หรือมีความคาดหวังต่อบทบาทนั้นน้อยกว่าความสามารถของผู้ดำรงบทบาท หรือผู้แสดงบทบาท ซึ่งผู้ดำรงบทบาทจะรู้สึกว่างานที่ทำงานเกินไปทำให้รู้สึกเบื่อรู้สึกถึงความรับผิดชอบและความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย

6. ความสามารถมากเกินบทบาท (Role overqualification) เป็นลักษณะที่ผู้ดำรงบทบาทมีแรงจูงใจ ทักษะ ความรู้ มากกว่าที่คุณสมบัติที่สังคมคาดหวัง ก่อให้เกิดปัญหาทั้งกับตัวผู้ดำรงบทบาท และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการใช้ผู้ดำรงบทบาทน้อยกว่าความสามารถของเขา ทำให้ผู้นั้นเกิดความคับข้องใจได้

7. ความสามารถน้อยกว่าบทบาท (Role underqualification หรือ Role incompetence) เป็นลักษณะที่ผู้ดำรงบทบาทขาดสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาท ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ความตั้งใจ ตลอดจนทักษะไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติบทบาทตามที่รับมอบหมายได้

ความเครียดในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นพยาบาลกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะเครียดในบทบาทได้สูง ด้วยเหตุที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลายด้าน ทั้งด้านบริหารการพยาบาล ด้านบริการพยาบาล และด้านวิชาการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ความคาดหวังต่อบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความแตกต่างกันออกไป ก่อให้เกิดความไม่ผสมผสานในการแสดงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีความกดดันทางอารมณ์หรือที่เรียกว่า เกิดความเครียดในบทบาทนั่นเอง

จากการศึกษาวรรณกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับความเครียดในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล พบว่ามีการศึกษาดังนี้ Blauvelt (1991) ศึกษาความเครียดในบทบาทด้านความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาททำให้เกิดความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้พอ ๆ กัน และมีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงควรมีการประเมินความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย และจัดหาสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนการทำงานในบทบาทตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องการอย่างเพียงพอ

Fleming (1991) ศึกษาความเครียดในบทบาทด้านความขัดแย้งในบทบาท และความคลุ้มเครือในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล (Nurse manager) พบว่าความขัดแย้งในบทบาท เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของความเครียดในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล ส่วน Bull (1995) ศึกษาความเครียดในบทบาทด้านความขัดแย้งในบทบาท และความคลุ้มเครือในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล (Nurse executive) พบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีการศึกษา และประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหารมากจะมีความเครียดในบทบาททั้งด้านความขัดแย้งในบทบาท และความคลุ้มเครือในบทบาทต่ำ

จากการศึกษาของ Riding และ Wheeler (1996) พบว่า ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระงานในหน้าที่การให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ ชนิดของการให้การพยาบาล ประเภท อายุ และจำนวนผู้ป่วย และนอกจากนี้ Helps (1997) ได้ทำการศึกษาความเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ สภาพแวดล้อมจากการทำงาน และการขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

การศึกษานำร่อง (Pilot study) ของผู้วิจัยในเดือนกรกฎาคม 2540 ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 8 คน มีความเครียดในบทบาทซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การขาดประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งขาดการศึกษาอบรมในตำแหน่งบริหาร
2. การขาดการยอมรับนับถือจากบุคลากรในหอผู้ป่วย
3. การขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้างานเฉพาะทางหอผู้ป่วย เป็นต้น
4. การมีปริมาณงานมากเกินไป

ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงสาเหตุส่วนใหญ่ของความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการวิจัยภาคสนามต่อไป

จากการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในบทบาทพอสรุปได้ว่าความเครียดในบทบาท เป็นภาวะความไม่ผสมผสานในการแสดงบทบาทของบุคคล โดยมีความขัดแย้งกันหรือไม่ชัดเจน ไม่สามารถกระทำให้สำเร็จได้ อันเป็นผลมาจากปัญหาในการดำรงบทบาททาง

สังคมทำให้ผู้ดำรงบทบาทมีความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด ความเครียดในบทบาทของ Hardy และ Hardy (1988) โดยสรุปรวมความเครียดในบทบาทว่ามี 4 ลักษณะคือ

1. ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป (Role overload)
2. ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity)
3. ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict)
3. ความไม่เหมาะสมในบทบาท (Role incongruity)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวมความเครียดในบทบาทที่เหลือ 3 ด้าน ของ Hardy และ Hardy คือ ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป ความสามารถมากเกินไป บทบาท และความสามารถน้อยกว่า บทบาท ไว้ในด้านความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป โดยมีความเห็นสอดคล้องกับ มนภรณ์ วิทยาวงศุจ (2538) ที่ว่าเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการสร้างเครื่องมือ เนื่องจากการศึกษา ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป กล่าวถึงความคาดหวังมากเกินไปทั้งในด้านปริมาณและ คุณภาพ โดยในด้านคุณภาพก็คือ การใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งลักษณะของ ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไปนั้นแสดงว่ามีความสามารถน้อยกว่าบทบาท ซึ่งก็ตรงกับด้าน การมีความสามารถน้อยกว่าบทบาท (Role underqualification) และในด้านความคาดหวังใน บทบาทน้อยเกินไป (Role underload) ก็กล่าวถึงในลักษณะตรงกันข้าม คือ มีความสามารถมาก กว่างานที่ทำ ซึ่งก็ตรงกับด้านความสามารถมากเกินไป (Role overqualification) เมื่อวัดความ คาดหวังในบทบาทมากเกินไปได้ ก็เท่ากับวัดความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไปได้ โดยคำตอบ จะออกมาตรงกันข้ามกัน ซึ่งรายละเอียดของความเครียดในบทบาททั้ง 4 ลักษณะ มีดังนี้

ความคลุมเครือในบทบาท

ความคลุมเครือในบทบาทเกิดจากความไม่ชัดเจนของความคาดหวังของสังคม หรือ ไม่มีข้อตกลงเป็นอย่างเดียวกัน ในอันที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ดำรงบทบาทนั้นๆ ทำให้ผู้ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม

สาเหตุของความคลุมเครือในบทบาทอาจเกิดจาก องค์การมีขนาดใหญ่ มีโครงสร้าง ซ้ำซ้อน หรือเกิดจากการขาดประสบการณ์ในกระบวนการทางสังคม (Socialization) ในบทบาท

ของหัวหน้าหรือผู้ป่วยเอง (Ellis, 1986) หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบขององค์การ เทคโนโลยีการทำงาน นโยบาย และวิธีการดำเนินการที่มากเกินไปหรือเร็วเกินไป จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความยากลำบาก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน รวมทั้งการขาดการสื่อสาร หรือการชี้แจงที่ดีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในองค์การ ก็ก่อให้เกิดความคลุมเครือในบทบาทได้ (Kahn et al. cited in Ellis, 1986) นอกจากนี้สาเหตุของความคลุมเครือในบทบาท ยังอาจเกิดจากผู้แสดงบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่โดยไม่รู้ถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาทนั้นๆ หรืออาจเกิดได้ในกรณีที่วัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้บทบาทที่คาดหวังเปลี่ยนไปไม่ชัดเจนพอที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม หรืออาจเกิดจากผู้แสดงบทบาทอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบทบาทหนึ่งไปสู่อีกบทบาทหนึ่ง ที่ไม่มีขอบเขตของบทบาทชัดเจนว่ามีความคาบเกี่ยวกันอย่างไร จะเลือกปฏิบัติบทบาทอย่างไร และเมื่อไร (รุจา ภูโพนุลย์, 2537)

ผลของความคลุมเครือในบทบาทก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ดังการศึกษาของ Scalzi (1988) ที่พบว่าความคลุมเครือในบทบาทเป็นสาเหตุของความเครียดในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงซึ่งก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานตามมา

ความขัดแย้งในบทบาท

ความขัดแย้งในบทบาทเป็นภาวะที่บุคคลหนึ่งๆ ต้องดำรงบทบาทหลายบทบาท และเกิดความขัดแย้งขึ้นในตนเองเพราะต้องเปลี่ยนบทบาทกลับไปกลับมาตามสถานการณ์ หรือเป็นสถานการณ์ที่คาดหวังในบทบาทหนึ่งมีหลายอย่างและค้ำกันในตัว ทำให้ผู้ดำรงบทบาทเกิดความขัดแย้ง ไม่อาจแสดงบทบาทไปตามความคาดหวังได้ เกิดในหน่วยงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกหน่วยงาน ความขัดแย้งในบทบาทเกิดได้ใน 4 ลักษณะตามที่ Kahn (cited in Rizzo et al. , 1970) ได้รวบรวมไว้ คือ

1. ความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่คาดหวังต่อผู้ดำรงบทบาท (Intersender role conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากความคาดหวังของผู้อื่น เช่น มีผู้บังคับบัญชาที่สัมพันธ์อยู่ด้วยมากกว่า 1 คนขึ้นไป และแต่ละคนมีความคาดหวังต่อหัวหน้าหรือผู้ป่วยแตกต่างกัน หรือเป็นความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้หนึ่งแสดงออกตามบทบาท กับความคาดหวังของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง (รุจา ภูโพนุลย์, 2537) เช่น พยาบาลหัวหน้าหรือผู้ป่วยคนหนึ่งถูกคาดหวังจากหัวหน้าพยาบาลว่าจะต้องปฏิบัติงานอย่างมีระเบียบและตามข้อบังคับของโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยกลับคาดหวัง

ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจในการแสดงบทบาทที่ขัดแย้งระหว่างความคาดหวังของหัวหน้าพยาบาลกับความคาดหวังของผู้ป่วย

กรณีของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัดกระทรวงกลาโหม ก็อาจเกิดความขัดแย้งในลักษณะนี้ได้มาก ทั้งนี้เพราะบทบาทที่ถูกคาดหวังจากผู้บังคับบัญชาแต่ละระดับของหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือจะต้องเป็นทั้งผู้ให้บริการในหอผู้ป่วย เป็นผู้บริหารการพยาบาล และยังต้องมีบทบาทของทหาร (Military role) โดยจะต้องเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จะต้องมีการทดสอบสมรรถภาพร่างกายให้พร้อมอยู่เสมอ (Adams, 1988)

2. ความขัดแย้งภายในบุคคลที่คาดหวังต่อบทบาท (Intrasender role conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากผู้บังคับบัญชาคนเดียวกันที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน และขัดแย้งในเวลาเดียวกัน ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง หรือเกิดจากผู้บังคับบัญชาผู้นั้นเกิดเปลี่ยนใจ หรือลืมไปว่าเคยให้ข้อมูลหรือคำสั่งอะไรไว้ก่อน

3. ความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้แสดงบทบาท (Interrole conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยคนเดียวกันที่จำเป็นต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมๆ กัน และเกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่หัวหน้าหอผู้ป่วยคนเดียวกันต้องแสดง

4. ความขัดแย้งระหว่างผู้แสดงบทบาทกับบทบาท (Person-role conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีค่านิยม และทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทนั้นๆ แตกต่างกันไป

ความไม่เหมาะสมในบทบาท

ความไม่เหมาะสมในบทบาทเป็นภาวะที่ความคาดหวังขององค์กร หรือหน่วยงานไม่สอดคล้องกันกับการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-perception) ด้านค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ และเป้าหมายของผู้ดำรงบทบาท (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2537) หรือผู้ดำรงบทบาทมีความสามารถไม่เหมาะสมกับบทบาทที่ได้รับมอบหมาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ความไม่เหมาะสมในบทบาทนี้เกิดได้ใน 2 ลักษณะตามที่ Hardy และ Hardy (1988) รวบรวมไว้คือ

1. ความไม่ผสมผสานระหว่างบุคคลกับบทบาท (Person - role fit problematic) คือลักษณะที่บุคคลไม่สามารถใช้ทักษะ หรือความสามารถของตนเองให้ผสมผสานไปกับหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ

2. ความไม่ผสมผสานระหว่างค่านิยมของบุคคลกับสังคม (Personal values and self concept are incompatible) คือลักษณะที่บุคคลนั้นมีค่านิยมและการรับรู้ต่อบทบาท แตกต่างจากความคาดหวังของสังคม เช่น พยาบาลคนหนึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้นี้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และไม่ได้รับการเตรียมตัวให้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยมาก่อน ก็จะมีทักษะและเห็นคุณค่าของงานบริการมากกว่างานการบริหารจัดการ ในขณะที่สังคมเห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีงานหลักในการบริหารจัดการมากกว่า

นอกจากนี้ความไม่เหมาะสมในบทบาทยังเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งหน้าที่ (Role transition) หรือในการเข้ารับบทบาทใหม่ซึ่งตนไม่เคยดำรงมาก่อน บุคคลจึงต้องมีการปรับทัศนคติ และค่านิยมซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เช่น การรับตำแหน่งใหม่ในหน้าที่การงาน (ทัศนา บุญทอง, 2525)

ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป

ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไปเกิดในกรณีที่ผู้ดำรงบทบาทนั้น สามารถแสดงบทบาทตามที่คาดหวังได้เหมาะสม ถูกต้องสมบทบาทแล้ว แต่ความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อตนตามตำแหน่งหน้าที่นั้น ๆ มีมาก จนผู้ดำรงบทบาทไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน เป็นที่พึงพอใจตามความคาดหวัง ในระยะเวลาที่จำกัด เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยถูกคาดหวังให้ปฏิบัติงานมากมาย ซึ่งในบางครั้งปฏิบัติได้ไม่หมด เพราะเวลาจำกัด ซึ่ง Hardy และ Hardy (1988) ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคาดหวังในบทบาทมากเกินไปว่า สัมพันธ์กับเรื่องของเวลา และความสามารถในการปฏิบัติงานที่ไม่สมดุลกับภาระงานในหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาในเรื่องความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป มีอยู่ 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ปริมาณงาน (Quantitative load) หมายถึง ปริมาณงานที่ต้องทำมีมาก เมื่อเทียบกับเวลาในการปฏิบัติงาน
2. คุณภาพงาน (Qualitative load) หมายถึง งานที่ได้รับมอบหมายมีความยากและซับซ้อนมาก โดยไม่จำกัดในเรื่องของเวลา

ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป เป็นลักษณะของความเครียดในบทบาทที่สำคัญ มีงานวิจัยที่พบว่า ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไปเป็นแหล่งของความเครียดในบทบาท เช่น

การศึกษาของ Scalzi (1988) ที่พบว่าผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในบทบาทเป็นผลจากความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้ Frisch et al. (1991) ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ ปริมาณงานมากเกินไป การขาดแคลนบุคลากร และการขาดอำนาจหน้าที่

ระดับของความเครียดในบทบาท

แต่ละบุคคลจะมีความเครียดไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ พื้นฐานทางบุคลิกภาพ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระยะเวลาที่ความเครียดคงอยู่ในตัวบุคคล นั้นๆ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2538) แบ่งระดับของความเครียดตามแนวคิดของ Janis (1952) เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดระดับน้อยและสั้นสุดในเวลาสั้น อาจนานเป็นวินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องกับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยที่พบได้ในชีวิตประจำวันของทุกคน ความเครียดระดับต่ำนี้เราอาจไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเพราะความเคยชิน หรือรู้สึกได้เล็กน้อยพอทนได้ เช่น การไปทำงานสาย และการผิดเวลานัดหมาย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับปานกลาง ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก อาจมีอยู่เป็นเวลานานเป็นชั่วโมง หลายชั่วโมง หรือเป็นวัน เช่น ความเครียดจากงานหนักหรือต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน เป็นต้น

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับสูง เป็นความเครียดที่มีความรุนแรงหรือเครียดมาก จะมีอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจอย่างเห็นได้ชัด เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

นอกจากนี้ความเครียดยังแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามที่มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2538) ได้แบ่งไว้ตามปริมาณของความเครียดที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน โดยใช้แนวคิดของ DuBrin (1984) และ Altman et al. (1985) ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ จะทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยขาดความท้าทายในการปฏิบัติงาน และเกิดความเกียจคร้าน เบื่อหน่าย ขาดความสนใจ ทำงานไปเรื่อยๆ ตามหน้าที่ให้หมดไปวันๆ เหมือนเครื่องยนต์ที่สนิมเกาะทำงานไม่คล่องตัว ทำให้ประสิทธิผลในการปฏิบัติงานต่ำ

2. ความเครียดระดับปานกลาง เมื่อความเครียดอยู่ในระดับปานกลางการปฏิบัติงานอาจจะดีขึ้น เพราะความเครียดช่วยกระตุ้นให้บุคคลใช้พลังในการทำงานเพิ่มขึ้น และเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลทำงานตามสิ่งท้าทายนั้นไปจนระดับหนึ่งที่หัวหน้าหรือผู้ช่วยทำงานได้ดีที่สุดภายใต้ปริมาณความเครียดที่เหมาะสม

3. ความเครียดระดับสูง เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน พลังในกายที่ต่อต้านกับความกดดันจากภายนอกจะค่อยๆ ลดลงและหมดแรง การทำงานจะลดลง หัวหน้าหรือผู้ช่วยจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้หรือไม่สามารถตัดสินใจ เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เบื่องาน ทำให้ประสิทธิภาพของหัวหน้าหรือผู้ช่วยลดลง บางรายเกิดความเบื่องาน ไม่ต้องการทำงานที่เดิม จึงเปลี่ยนงานใหม่

พฤติกรรมและการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมในการเผชิญความเครียด เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่หากบุคคลเผชิญความเครียดได้ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคมได้

ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus กล่าวถึงบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นความเครียดต่าง ๆ จะตอบสนองโดยการกระทำหลายอย่างต่อเนื่องกัน เริ่มจากการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นความเครียด เมื่อประเมินแล้วจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปของพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ หรือแสดงพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดออกมา (Lazarus และ Folkman, 1984)

การประเมินเหตุการณ์เป็นกระบวนการด้านความคิดในการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา เลือกรูปวิธีที่จะจัดการกับปัญหา ซึ่งการประเมินตัดสินใจแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Lazarus และ Folkman, 1984) ดังนี้

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นความเครียดว่าคืออะไร และตัดสินใจว่าสิ่งนั้นมีอิทธิพลหรือมีผลอะไรต่อบุคคล ซึ่งประเมินหรือตัดสินใจได้เป็น 3 ทาง คือ 1) ไม่มีผลดีหรือผลเสีย

ต่อตนเอง (Irrelevant appraisal) 2) มีผลดีหรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง (A benign positive appraisal) 3) เป็นภาวะเครียด (Stress appraisal) ซึ่งภาวะเครียดนี้ยังแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1. เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) 2. เป็นสิ่งคุกคาม (Threat) 3. เป็นสิ่งท้าทาย (Challenge)

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์นั้น และมีทางเลือกอะไรบ้างในการที่บุคคลจะเลือกใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเข้ามามีส่วนร่วม การถอยหนี การใช้กลไกทางจิต ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ระบุการประเมินนี้ว่าเป็นวิธีการเผชิญความเครียด ทั้งนี้การเผชิญความเครียดถือว่าเป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลามากกว่าจะเป็นคุณลักษณะที่ติดตัว (Trait) และต้องมีความจำเพาะสำหรับเหตุการณ์ หรือขึ้นอยู่กับบริบท (Specific context)

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยกระทำแล้ว เนื่องจากบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ ๆ ช่วยให้คุณตัดสินใจได้ดีขึ้น การประเมินซ้ำอาจเป็นแบบปกป้องตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินซ้ำโดยที่บุคคลทบทวนและแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่ให้มีความรุนแรงน้อยลง

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่า เมื่อบุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด หรือมีผลคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน ก็จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปของพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์หรือแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกมา Lazarus และ Folkman (1984) และ Lazarus (1991) ให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายาม (Effort) ทั้งการกระทำ (Behavioral) ความนึกคิด (Cognitive) ที่จะจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน โดยบุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มากกว่าปกติในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น

ในการเผชิญความเครียดแต่ละครั้งนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดหลาย ๆ วิธีในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) และ Lazarus (1991) แบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์

1. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามแก้ไขปัญหา หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดโดยพยายามแก้ที่ตัวปัญหาตามขั้นตอนของการแก้ปัญหา ได้แก่ การค้นหาความหมายของปัญหาว่าเกิดจากอะไร การคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา และการเลือกวิธีแก้ปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมมากที่สุด เป็นต้น

2. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ (Emotional - focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยใช้กลไกทางจิต เพื่อลดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือปัญหา (Avoidance) การเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่ทำให้สมองไม่หมกมุ่นกับปัญหา การนั่งสมาธิ การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ การโทษตนเอง และการแสดงความโกรธ เป็นต้น

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของบุคคลของ Folkman และ Lazarus ในปี 1980 พบว่าบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไปในสถานการณ์หนึ่งๆ การจะใช้วิธีใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โดยบุคคลจะใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าวิธีจัดการกับอารมณ์ ในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับแก้ได้ และบุคคลจะใช้วิธีจัดการกับอารมณ์มากกว่าวิธีมุ่งแก้ปัญหาถ้าสถานการณ์นั้นยากที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไข ดังนั้นในปี 1984 Lazarus และ Folkman จึงได้เสนอแนวคิดว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบดังกล่าวไม่อาจแยกจากกันได้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์และต่างส่งผลต่อกัน เช่นในกรณีที่บุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล หรือก่อให้เกิดความเครียด ในขั้นแรกบุคคลจำเป็นต้องควบคุมอารมณ์ให้คงที่ หรือลดความวิตกกังวล และความรุนแรงของความเครียดลง ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ต่อจากนั้นบุคคลจึงใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยพยายามพิจารณาหาสาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์ที่มากกระทบนั้น

บุคคลอาจใช้หรือแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้หลายวิธี ทั้งนี้การแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้หรือแสดงออกเป็นหมวดหมู่อย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับผู้ที่ต้องการศึกษา เช่น สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวถึงวิธีการเผชิญความเครียดว่ามี 5 วิธี คือ

1. การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข
 2. การกระทำโดยตรง (Direct action) เป็นการกระทำเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
 3. การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรงคือไม่กระทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย
 4. การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง
 5. การใช้กลไกทางจิต(Intrapsychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับภาวะอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ เก็บกด เป็นต้น
- เมื่อพิจารณาวិธีการเผชิญความเครียดทั้ง 5 วิธี จะเห็นได้ว่าเป็นการผสมผสานการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์เข้าด้วยกันนั่นเอง

Jalowiec ได้สร้างเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดของบุคคลครั้งแรกในปีค.ศ. 1979 ตามทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Launier (1978) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-oriented) 2) การจัดการกับอารมณ์ (Affective-oriented) ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบคือ

1. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา (Confrontive coping behavior) เป็นการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหา และคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น พฤติกรรมนี้ได้แก่ การคิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์ การทดลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี และการกำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น เป็นต้น
2. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behavior) เป็นการปรับความรู้สึกนึกคิด หรือระบายอารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ออกมา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่ได้เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมนี้ ได้แก่ การระบายความเครียดกับ

บุคคลอื่นหรือสิ่งของ การโทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหา การแสดงอาการกระวนกระวายหงุดหงิด การแยกตัวอยู่คนเดียว เป็นต้น

3. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาปัญหา (Palliative coping behavior) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการควบคุมหรือบรรเทาปัญหาทางอารมณ์ โดยหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาโดยตรง ดังนั้นปัญหาหรือเหตุการณ์จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมนี้ ได้แก่ การปลอบใจตนเองไม่ให้กังวลกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การสวดมนต์ ภาวนา หรือยึดสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่ง การหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเอง เป็นต้น

โดยแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผลรวมของคะแนนจะบ่งชี้ว่าผู้ตอบใช้พฤติกรรมใดมากที่สุดในการเผชิญความเครียด

Hymovich และ Hagopian (1992 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540) เสนอว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 2 แบบได้แก่

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด พฤติกรรมนี้คล้ายกับพฤติกรรมที่บุคคลใช้แก้ปัญหาโดยทั่วๆ ไปเช่นเดียวกันกับพฤติกรรมที่เป็นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ การขจัดอุปสรรคต่างๆ และการรวบรวมทรัพยากรที่จำเป็น เป็นต้น

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อลดหรือขจัดภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อลดความรุนแรง ความกดดันภายในจิตใจ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้นในเหตุการณ์นั้นโดยใช้กลไกทางจิต ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่ใช้เพื่อการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ได้แก่ วิธีการประเมินเหตุการณ์ใหม่ การเบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง

ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด

ผลของการเผชิญความเครียดแสดงออก 3 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่ในสังคม 2) ขบวนการและกำลังใจ (Morale) 3) สุขภาพกาย (Somatic health) ทั้งนี้ Lazarus และ Folkman (1984) เน้นว่าบุคคลจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีหรือไม่นั้น จะมองที่ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน

ที่กล่าวมา นั่นคือบุคคลนั้นจะต้องสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้เหมาะสม มีขวัญกำลังใจดี และมีสุขภาพกายที่ดี โดยบุคคลที่สามารถรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ต่อครอบครัว และสังคม ตลอดจนคงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไว้ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวก็คือบุคคลนั้นสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่วนขวัญและกำลังใจนั้นจะเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการที่ตนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การที่บุคคลเผชิญความเครียดได้ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมก็จะมีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ DuBrin (อ้างถึงในมณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2538) ที่ว่าถ้าหัวหน้าหรือผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้เหมาะสมก็จะเกิดผลทางบวก (Eustress) โดยจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ความคิดสร้างสรรค์ ความกระตือรือร้นในการทำงาน ถ้าเผชิญความเครียดได้ไม่เหมาะสมก็จะเกิดผลทางลบ (Distress) ส่งผลให้การตัดสินใจผิดพลาด ไม่มีสมาธิ เสี่ยงต่ออันตราย เจ็บป่วย หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติ

Lazarus และ Folkman เชื่อว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์อาจมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะเครียดได้ไม่มากนัก เพราะว่าเป็นการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเท่านั้น ไม่ได้เป็นการแก้ไขที่ตัวปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์แต่อย่างใด แต่พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ช่วยทำให้บุคคลมีความหวังมีความรู้สึกที่ดีขึ้นพร้อมที่จะเผชิญความเครียดต่อไป ทั้งนี้ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2540) กล่าวเสริมว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์จะช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ลงได้ชั่วคราว แต่ต่อมาบุคคลจะเรียนรู้ว่าไม่สามารถทำให้ความเครียดของตนเองลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจก่อให้เกิดความเครียดในระยะต่อมา

การที่บุคคลใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา สะท้อนให้เห็นถึงการที่พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพราะนักวิชาการหลายท่านพิจารณาเห็นว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จ (Moos และ Tue; Siddle et al. cited in Jalowiec และ Powers, 1980; Billing และ Moos cited in McNett, 1987) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบไม่มีประสิทธิภาพ (Billing และ Moos cited in McNett, 1987) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mattson (1990) ที่ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่นการตำหนิตนเอง การแยกตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรม

เผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ และการศึกษาของ Bowman และ Stern (1995) ที่พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพราะส่งผลทางบวกต่องานที่ทำ

จะเห็นได้ว่า การเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่มีเหตุการณ์มากระทบบุคคล บุคคลจะทำการประเมินเหตุการณ์อย่างเป็นขั้นตอนในการพิจารณาว่าเหตุการณ์เหล่านั้นเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนหรือไม่ ในลักษณะใด มีระดับความรุนแรงเพียงใด และบุคคลควรจะมีการตอบสนองโดยใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างไรเพื่อเป็นการลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มาคุกคาม และเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ หรือมีข้อมูลเพิ่มเติมก็จะทำการประเมินซ้ำ การประเมินซ้ำนี้จะเป็นการเริ่มต้นกระบวนการเผชิญความเครียดอีกครั้ง ถ้าผลการประเมินแปลผลได้ว่าเหตุการณ์นั้นยังคงคุกคามบุคคลอยู่ ขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการก็จะมีดำเนินไป และย้อนกลับไปได้ตลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ เช่น Woodhouse (1990) ศึกษาพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทางแถบตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา มีวิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้การมีอารมณ์ขัน (Humor) ส่วน Joslin (1991) พบว่า พยาบาล 2 กลุ่ม คือ พยาบาลจบใหม่และผู้บริหารการพยาบาล (Nurse managers) มีวิธีเผชิญความเครียดโดย 1) ใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม 2) การใช้ความคิดและเหตุผลในการแก้ปัญหา 3) พยายามดูแลช่วยเหลือตนเอง 4) เข้ากลุ่มสนทนากาการ นอกจากนี้ James (1993) ยังพบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้บริหารการพยาบาล ได้แก่ 1) ออกกำลังกาย 2) อ่านหนังสือ 3) ฟังเพลง และ 4) การพักผ่อนหย่อนใจอื่น ๆ

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย ในเดือนกรกฎาคม 2540 โดยได้ทำการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 8 คน คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมกระดูก นรีเวช กุมารเวช พิเศษกุมารเวช และหอผู้ป่วยหนัก พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลลพบุรี ใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ย 3.93 โดยอยู่ในระดับมาก และใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 2.39 โดยอยู่ในระดับน้อย สำหรับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา

ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) พยายามนำเอาประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา 2) พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์เหมือนกัน ส่วนพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) ปลอดภัยตนเองไม่ให้กังวลกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น 2) ระบายปัญหากับบุคคลอื่น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดมีหลากหลายแบบ และหัวหน้าหอผู้ป่วยคนหนึ่งอาจใช้พฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดได้หลายแบบ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม คือผู้ที่สามารถเลือกใช้พฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์ตลอดจนสภาพแวดล้อม ดังที่ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั่นเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ในการวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดที่ Jalowiec ศึกษาว่ามี 3 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา (Confrontive) 2) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) และ 3) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาปัญหา (Palliative) เป็นแบบวัดที่ได้มีการพัฒนาอย่างมีระบบจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 20 คน พบว่าร้อยละ 85 มีความเห็นตรงกันในเนื้อหา และมีการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1400 คน ใช้สถิติ LISREL ในการวิเคราะห์ พบว่าแบบวัดพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านดังกล่าวมาแล้ว โดยพฤติกรรมด้านการบรรเทาปัญหาที่มีทั้งหมด 14 ข้อนั้นเป็นพฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์ (Affective-oriented) 10 ข้อ และเป็นพฤติกรรมด้านการมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused) 4 ข้อ ตามแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ที่สร้างขึ้นในปีค.ศ. 1979 นั้นเอง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ตามแนวคิดของ Lazarus

และ Folkman (1984) ทั้งนี้เนื่องจากการบรรเทาปัญหาเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์เพื่อบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ได้มุ่งแก้ที่ตัวปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ดังนั้นปัญหาจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป นอกจากนี้ Lazarus (1976) ยังใช้คำว่า การบรรเทาปัญหาควบคู่ไปกับการจัดการกับอารมณ์เสมอ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด (Brown, 1986) โดยการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้บุคคลปรับตัวได้เหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Cohen และ Wills, 1985) Thoits (1986) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ส่วน House (cited in Brown, 1986) กล่าวถึงความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลป้อนกลับ

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลในกลุ่มสังคม ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ และแรงงาน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimensional concepts) (House cited in Thoits, 1982 และ McNett, 1986; Brown, 1986) ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่ให้การสนับสนุน ดังนี้

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นมิติหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

House (1981 cited in Thoits 1982) Tilden (1985) และ Brown (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ (Esteem) ความรัก (Affect) ความเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) ความห่วงใย (Concern) และรับฟัง
2. การสนับสนุนด้านการชี้แนะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้องรับรอง (Affirmation) การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำปรึกษาแนะนำ ให้แนวทางปฏิบัติ ให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่น ให้ เงิน แรงงาน เวลา

Schaefer et al. (1981 cited in Tilden, 1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกผูกพัน อบอุ่นใจ และเชื่อมั่น ไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Thoits (1986) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group belonging)
2. การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และข้อมูลป้อนกลับ
3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้นบุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับชนิดและปริมาณ ทั้งนี้ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน ส่วนปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะขึ้นอยู่กับขนาดของเครือข่ายสังคมที่ให้การสนับสนุน

McElveen (อ้างถึงใน จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2531) กล่าวถึงแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดโดยจะมีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รองลงมาคือกลุ่มเพื่อน ส่วน Wortman (1984) แบ่งแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ออกเป็น 7 แหล่ง คือ คู่สมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ให้บริการ เช่น ทีมสุขภาพ และ Jennings (1990) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Caplan et al. (1980) ออกเป็น 3 แหล่งคือ 1) ผู้บังคับบัญชา 2) ผู้ร่วมงาน 3) คู่สมรส เพื่อน และเครือญาติ

การสนับสนุนทางสังคมในพยาบาล

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลได้รับ เช่น Boyle et al. (1991) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลหรือผู้ป่วยหนักได้รับมีทั้งจากในที่ทำงาน และนอกที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล สำหรับ Burns (1992) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่หัวหน้าหรือผู้ป่วยได้รับจากผู้บังคับบัญชาและจากผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่หัวหน้าหรือผู้ป่วยได้รับจากผู้บังคับบัญชาช่วยลดความเครียดในการทำงาน และเกิดความพึงพอใจในงานมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากผู้ร่วมงาน ส่วน Boumans และ Landeweerd (1992) ศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดของพยาบาลเช่นกัน นอกจากนี้ Pettis (1995) ยังศึกษาพบว่า พยาบาลอเมริกันได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวได้ว่าการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของนักวิชาการหลายๆ ท่านมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดในการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามแนวคิดของ Thoits (1986) ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะได้รับครอบคลุมตามความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นของบุคคล โดยการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายก็คือการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร และตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านอารมณ์ และสังคม ก็คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์สังคม รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้บุคคลได้รับคำปรึกษาแนะนำนั่นเอง และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 แหล่งใหญ่ๆ คือ 1) จากผู้บังคับบัญชา 2) จากผู้ร่วมงาน 3) จากเพื่อน 4) จากครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด กับความเครียดในบทบาท

ความเครียดในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นภาวะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการดำเนินบทบาทอันเกิดจาก ความคาดหวังต่อบทบาทกับการปฏิบัติบทบาทจริงไม่สอดคล้องกัน ซึ่งความเครียดในบทบาทนี้ มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเอง และยังเกี่ยวข้องกับความสามารถส่วนบุคคลในการเผชิญกับเหตุการณ์ และเหตุการณ์แวดล้อมนั้นๆ ด้วย โดยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดในบทบาท

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และรายได้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทใน 2 ประเด็น คือ อายุอาจจะอยู่ในส่วนที่เป็นตัวการให้เกิดความเครียด และอายุเป็นตัวตัดสินการตอบสนองต่อความเครียด ทั้งนี้เพราะเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น ระดับวุฒิภาวะก็จะสูงขึ้นตามวัย ความคิดความ

อ่านจะมีความสุขุม การมองปัญหาจะมองได้ชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น ความคิด การกระทำจะค่อยเป็นค่อยไปตามวัย (ทัศนาศ นุญทอง, 2529) ดังที่ Rosenthal et al. (1989) ทำการศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และ การศึกษาของ Burns (1992) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา ของ ศุภกรใจ เจริญสุข (2536) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของ อาจารย์พยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมจิตต์ แก้วเกรียงไกร (2537) ยังศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ในงานของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาท จากการศึกษาของ Pilon (1988) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยส่วนบุคคล กับความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และความตึงเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในรัฐอลาบามา และการศึกษาของ Frisch et al. (1991) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความเครียด และการเผชิญความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาของ Burns (1992) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ผลสอดคล้องกันว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่องค์การ ในระยะแรกๆ จะค่อยๆ เรียนรู้บทบาทของตนเองตามท้องคํากำหนด เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ และความคาดหวังของผู้ร่วมงาน และพยายามปรับบทบาทให้มีความสอดคล้องกับความ มุ่งหวังของตนเอง ถ้าไม่สามารถปรับได้ก็จะเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือ ในบทบาทขึ้น (ธงชัย และ ชัยยศ สันติวงศ์, 2533) นอกจากนี้ Bull (1996) ทำการศึกษา ความเครียดในบทบาท ด้านความคลุมเครือในบทบาทและด้านความขัดแย้งในบทบาทของผู้ บริหารการพยาบาลในเขตชนบท พบว่าประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเครียดในงานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รายได้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียด เนื่องจากผู้มีรายได้ดีและเพียงพอจะทำให้มีปัจจัยช่วยส่งเสริมการดำรงชีวิตประจำวัน มีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก หรือมีโอกาสใช้แหล่งบริการทางสังคมได้มากกว่า หรือดีกว่าผู้มีรายได้น้อย (Jalowiec และ Powers, 1980) ซึ่ง Farmer et al. (1984) กล่าวสนับสนุนว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ จินตนา ญนิพันธ์ (2534) ที่ว่าถ้าบุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะเกิดความวิตกกังวล อึดอัดใจ ไม่พอใจในการทำงาน หรือถ้างานที่ปฏิบัติอยู่ให้รายได้ต่ำไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย ย่อมก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน และ ศุภวีใจ เจริญสุข (2536) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และรายได้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงเป็นตัวแปรที่ควรนำมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างไร

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาท

การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียด โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลยทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลลบต่อสุขภาพ (จินตนา ญนิพันธ์, 2534) ดังจะเห็นได้จากแนวคิดต่างๆ ที่ยอมรับว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเกิดความเครียดของบุคคลดังนี้

Cohen และ Wills (1985) ได้ศึกษากลไกของการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยสรุปผลไว้ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบการทำงานในร่างกาย ได้แก่ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น อันอาจส่งผลโดยตรงให้บุคคลมีสุขภาพดี

2. การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่ง Cohen และ Wills อธิบายว่าความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรู้สึกว่าจะไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกไม่มีคุณค่า ซึ่งภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค และมีความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ Crowford (1987) ได้อธิบายผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการเกิดความเครียดด้วยทฤษฎีการดูดซับความเครียด (Buffering hypothesis) คล้ายกับ Cohen และ Wills (1985) โดยอธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตนั้นลดความรุนแรงลง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ได้แก่ ในด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และทางด้านอารมณ์สังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพยายามที่จะแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไป

งานวิจัยที่ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาทที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยของ Randolph และ Posner (1981 cited in Hardy และ Hardy, 1988) ที่ศึกษาพบว่า ความคลุมเครือในบทบาทมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา สำหรับ Singh (1988) ที่ทำการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลทหารอากาศ Boumans และ Landeweerd (1992) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของพยาบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ Brooks (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขตเมือง รวมทั้งการศึกษาของ Carson et al. (1996) ให้ผลสอดคล้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของพยาบาล

นอกจากนี้ Burns (1992) ยังศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา และจากผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในงานของหัวหน้าผู้ป่วย รวมทั้ง McNeal (1997) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของ ศุภรีใจ เจริญสุข (2536) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากเพื่อนร่วมงาน และจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล

จากการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อภาวะเครียด โดยถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียดของบุคคลลงได้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความเครียดในบทบาท

ดังที่ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลประเมิณต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของความเครียด และตนเองจะต้องใช้ความพยายามทั้งด้านพฤติกรรม และความคิดมากกว่าปกติเพื่อใช้จัดการหรือเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย และประเมินตัดสินว่าปัญหาในการปฏิบัติงานในบทบาทที่ตนดำรงอยู่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลำบากใจในการที่จะแสดงพฤติกรรมตามบทบาท หรือเกิดความเครียดในบทบาทขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายหรือคุกคามความผาสุกของตนเอง นั่นก็คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องใช้ความพยายามทั้งด้านพฤติกรรมและความคิดมากกว่าปกติเพื่อใช้จัดการกับความเครียดนั้น นั่นก็คือการประเมินขั้นทุติยภูมิ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจะแสดงออกมาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหา โดยการศึกษาที่ผ่านมาของ Lazarus และ Folkman (1984) พบว่าบุคคลจะใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ในการเผชิญความเครียดพร้อมกันในแต่ละสถานการณ์ ต่อมา Jalowiec (1988) พบว่าบุคคลใช้วิธีการบรรเทาปัญหาร่วมด้วย

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์กัน โดยรูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้มีผลต่อภาวะเครียด และในขณะเดียวกันภาวะเครียดก็มีผลต่อการเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเครียดได้ปัจจัยหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ ถ้าบุคคลใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีผลทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป แต่ถ้าบุคคลใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่ถูกต้องเหมาะสม ความเครียดก็ยังคงอยู่ และอาจเพิ่มขึ้นจนเป็นอันตรายได้ (Lazarus และ Folkman, 1984) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ

จิวีวรรณ สุตตะบุตร (2527) ที่ว่าบุคคลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ความเครียดที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นความเครียดที่ช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการที่ดี สามารถปรับตัวได้ และประสบความสำเร็จในการทำงาน แต่หากบุคคลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ความเครียดที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับสูงและมีความต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้

การจะถือว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดวิธีใดเหมาะสม หรือสามารถใช้เผชิญกับความเครียดได้ดีนั้น ได้มีผลการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถใช้เผชิญกับความเครียดได้ดี เพราะพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จ (Moos และ Tue; Sidle et al. cited in Jalowiec และ Powers, 1980; Billing และ Moos cited in McNett, 1987) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ทำให้บุคคลปรับตัวได้ไม่ดี (Billing และ Moos cited in McNett, 1987; Mattson, 1990)

สำหรับระดับของความเครียดนั้นมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของบุคคล ดังที่ Anderson (1977 cited in Lazarus และ Folkman, 1984) ศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดในระดับต่ำ จะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบจัดการกับอารมณ์ เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลาง บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อภาวะเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรง บุคคลมักใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และความเครียดของพยาบาลที่ผ่านมา ได้แก่การศึกษาของ Rosenthal et al. (1989) พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดแสดงออกใน 2 ลักษณะ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบจัดการกับอารมณ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์นั้น ช่วยลดระดับความเครียดของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ได้น้อยกว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการศึกษาของ Lewis และ Robinson (1990) ที่ศึกษาพบว่าภาวะเครียดในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ

อารมณ์ โดยพยาบาลที่มีภาวะเครียดในงานสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบปรับตัวไม่ได้ รวมทั้งการศึกษาของ Gabbert (1990) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหา แบบหลีกเลี่ยงปัญหา แบบยอมรับในโชคชะตา และแบบบรรเทาปัญหาของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล North Center Texas ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบยอมรับในโชคชะตา และแบบบรรเทาปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้บริหารการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนี้ Boumans และ Landeweerd (1992) ยังศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหา และแบบบรรเทาปัญหา ช่วยลดความเครียดของพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ และพัชรินทร์ สุตันตปฤดา (2535) ศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการเผชิญความเครียดและความเครียดของพยาบาลมีดังนี้

พัชรินทร์ สุตันตปฤดา (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 51 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยจากการปฏิบัติงานด้านลักษณะงานพยาบาล โครงสร้างของสถาบัน และบรรยากาศในการทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และด้านบุคคลก่อให้เกิดความเครียดกับพยาบาลได้ปานกลาง พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานน้อย พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักใช้ค่อนข้างบ่อย คือ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ส่วนพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์มีการใช้ค่อนข้างน้อย ปัจจัยจากการปฏิบัติงานด้านบุคคล ด้านลักษณะงานพยาบาลมี

ความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรมการเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศุภกรใจ เจริญสุข (2536) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาท ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 254 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล รวมทุกด้านแต่ละด้านคือ ความขัดแย้งในบทบาท ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป ความคลุมเครือในบทบาท ความไม่เหมาะสมในบทบาท และความด้อยความสามารถในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ภูมิหลังในด้านรายได้ ประสบการณ์การทำงาน อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา และตำแหน่งหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้ร่วมงานและจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับคือ พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต รายได้ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ และวุฒิการศึกษา

มนภรณ์ วิทยาวงศรุจิ (2537) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 308 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดในบทบาทของพยาบาลประจำการ รวมทุกด้าน และในแต่ละด้าน ได้แก่ ความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท ความไม่เหมาะสมในบทบาท และความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป อยู่ในระดับปานกลาง ประสบการณ์ และบรรยากาศองค์การมิติขวัญมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดในบทบาท ส่วนบรรยากาศองค์การมิติขาดความสามัคคีและมิติอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำและปานกลางกับความเครียดในบทบาท อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนภาวะ

ในครอบครัว และบุคลิกภาพแบบมุ่งความสำเร็จ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประสบการณ์ บรรยายภาคองค์การมิติอุปสรรคและมิติขวัญ สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของพยาบาลประจำการได้ ร้อยละ 14.31

สมจิตต์ แก้วเกรียงไกร (2537) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ กับความเครียดในงานของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาล และศูนย์ บริการสาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดในงานของผู้บริหารการพยาบาลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ ส่วนค่าเฉลี่ย ของแรงจูงใจในงานของผู้บริหารการพยาบาลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และผู้บริหารการ พยาบาลในโรงพยาบาลมีความเครียดในงานสูงกว่า แต่มีแรงจูงใจในงานต่ำกว่าผู้บริหารการ พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่า อายุ ประสบการณ์การ ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบ ในขณะที่ภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ในงานของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล ส่วนแรงจูงใจในงานด้านความสำเร็จในงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน และ แรงจูงใจในงานรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเครียดในงานของผู้บริหารการ พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่แรงจูงใจในงาน รวมทุกด้านของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในงาน

Pilon (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยส่วนบุคคลและ ระหว่างบุคคล กับความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท และความตึงเครียดใน บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 17 โรงพยาบาลในรัฐอลาบามา จำนวน 195 คน พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือใน บทบาท และความตึงเครียดในบทบาทใกล้เคียงกัน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การ ทำงาน 2 ปี หรือน้อยกว่า จะมีความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเครือในบทบาทมากกว่าผู้ที่ มีประสบการณ์มากกว่า

Scalzi (1988) ทำการศึกษาความเครียดในบทบาท และการเผชิญความเครียดของ ผู้บริหารการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาล ของโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศ สหรัฐอเมริกา รัฐแคลิฟอร์เนีย และลอสแอนเจลิส จำนวน 30 คน โดยทำการศึกษาปัจจัย 4

ลักษณะของความเครียดในบทบาท คือ ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป คุณภาพการบริการ ความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเครือในบทบาทพบว่าความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป เป็นสาเหตุของความเครียดในงานมากที่สุด คุณภาพการบริการทำให้เกิดความเครียดรุนแรงที่สุด ส่วนความขัดแย้งในบทบาทเกิดจากการต้องทำงานติดต่อกับบุคคลหลายกลุ่ม และมีภาระงานมากเกินไป และส่วนมากไม่พบความคลุมเครือในบทบาท สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดพบว่าผู้บริหารการพยาบาลใช้วิธีหางานอดิเรกทำมากที่สุด

Rosenthal, Schmid และ Black (1989) ศึกษาภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 8 สถานการณ์ แบบวัดการเผชิญความเครียด 5 แบบ และแบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่พบบ่อยคือ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการตัดสินใจด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย แต่สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้สูงคือ การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลอย่างกะทันหัน และปัญหาด้านจริยธรรม สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักใช้มากที่สุดคือ การเผชิญความเครียดโดยการวิเคราะห์เหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม และการแก้ปัญหาตามลำดับ พยาบาลส่วนน้อยจะใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ คือ การรับประทานอาหารมากขึ้น การดื่มสุรา และยังพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา ช่วยลดความเครียดได้ดีกว่าวิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

Gabbert (1990) ศึกษาการรับรู้ความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้บริหารการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น จำนวน 23 คน ของโรงพยาบาล North Central Texas ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 169 เตียง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowiec พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่ใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหา และส่วนน้อยใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหา การหลีกเลี่ยงปัญหา และการยอมรับโชคชะตา และพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบยอมรับโชคชะตา และการบรรเทาปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้บริหารการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Lewis และ Robinson (1990) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความรุนแรงของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล คือ สถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้จะมีความรุนแรงมาก ทำให้พยาบาลมีปฏิกริยาต่อความเครียดมาก และยังพบว่า ภาวะเครียดในงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยพยาบาลที่มีความเครียดในงานสูงส่วนมากจะมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ และพยาบาลที่มีภาวะเครียดต่ำ ส่วนมากจะมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่แบบมุ่งแก้ปัญหา

Frisch, Dembeck และ Shannon (1991) ศึกษาความเครียดจากการทำงาน และวิธีการเผชิญความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 21 คน จาก 4 โรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือการขาดแคลนบุคลากร ปริมาณงานมาก และการขาดอำนาจหน้าที่ และพบว่าระยะเวลาในตำแหน่งหัวหน้ามีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนมากใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหา รองลงมาคือการจัดการกับอารมณ์

Fleming (1991) ศึกษาความเครียดในบทบาทด้านความขัดแย้งในบทบาท และความคลุมเครือในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 53 คน พบว่าความเครียดในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งในบทบาท

Burns (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความพึงพอใจในงานของหัวหน้าพยาบาล 124 คนจาก 14 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck และ Caplan แบบวัดความเครียด (Job-Related Tension Index) และแบบวัดความพึงพอใจในงาน (Index of Work Satisfaction) พบว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนที่ได้รับด้านการงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย สำหรับการสนับสนุนทางสังคมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับจากผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล และประสบการณ์ในตำแหน่งบริหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย

Brooks (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนในงาน กับความเครียดในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขตเมืองประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 538 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนในงานด้านความมีอิสระในการทำงาน การควบคุมดูแลขณะปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ความเอาใจใส่ของผู้บริหาร และการได้รับสิ่งตอบแทนที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในงานของพยาบาล

Bowman (1995) ศึกษาการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจากศูนย์การแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 187 คน พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทางบวกต่องานที่ทำ ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาส่งผลลบต่องานที่ทำ

Bull (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ กับความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท และอาการซึมเศร้าของผู้บริหารการพยาบาลในเขตชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงในเขตชนบทของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) CES-Scale 2) แบบสอบถามความเครียดในบทบาท 3) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านองค์การ ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาและประสบการณ์ในตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาททั้งด้านความคลุมเครือในบทบาท และด้านความขัดแย้งในบทบาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

McNeal (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อน ความหวัง และความเครียดในงานของพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และจากเพื่อน และความหวัง มีความสัมพันธ์กับความเครียดในงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

