

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ดังนี้

1. ความหมายของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค
3. ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. ความหมายของความเครียดจากการทำงาน
6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. เหตุผลในการตั้งสมมติฐาน

ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค (Adversity Quotient)

ความหมายของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค

สตอลทซ์ (Stoltz, 1997) กล่าวว่า ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค หมายถึง ความอดทน ความพากเพียรและความสามารถในการผ่านพ้นความยากลำบากโดยไม่ล้มเลิก

คันสนีย์ ัฒตรคุปต์ (2544, น. 103) กล่าวว่า ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค คือ รูปแบบปฏิกิริยาการตอบสนองหรือพฤติกรรมของคน ๆ นั้นต่อปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นรูปแบบพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาอุปสรรคในชีวิต ซึ่งเป็นกลไกของสมองที่เกิดจากใยประสาทต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้น ผักผันขึ้น ปัญหาที่กล่าวถึงนี้อาจจะเป็นปัญหาเล็กน้อย หรืออาจจะเป็นปัญหาปานกลาง หรืออาจจะเป็นปัญหาที่ใหญ่โตมหาศาสตร์ก็เ็นไปได้ รูปแบบการตอบสนองนี้คือรูปแบบการจัดการกับปัญหา

อารี พันธุ์มณี (2546, น.101-102) กล่าวว่า AQ หรือการเอาชนะปัญหาและอุปสรรค หมายถึง บุคคลที่มีความอดทน จิตใจเข้มแข็ง และมีเป้าหมายชัดเจนแน่นอน มีความเข้าใจโลก

สามารถอดทนต่อความเหนื่อยยาก ลำบาก ความเจ็บปวด การรอคอย อดทนต่อความเบื่อหน่าย มุ่งมั่น พยายามให้ฟันอุปสรรคและแก้ปัญหาให้ได้

นันทนุช ตั้งเสถียร (2546) ได้ให้คำจำกัดความว่า AQ เป็นแนวคิดที่พยายามทำความเข้าใจอุปสรรค ความยากลำบากและรู้ที่มาของความรู้สึกว่าทำไมคนจึงท้อแท้และสิ้นหวังเมื่อประสบกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก และฟันฝ่าเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นไปได้

วันวิสาข์ ฤทธิธาดา (2549) กล่าวว่า Adversity Quotient หรือ AQ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเผชิญหน้าและข้ามฟัน หรือเอาชนะความยากลำบากที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ด้วยความมุ่งมั่น จดจ่อ มีความอดทน และพากเพียรในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้

กล่าวโดยสรุป Adversity Quotient หรือ AQ คือ ความสามารถของบุคคลที่มีความอดทนต่อความเหนื่อยยาก ลำบาก เบื่อหน่าย และพากเพียรในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สามารถผ่านฟันอุปสรรคเหล่านั้นไปได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค

ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค หรือ Adversity Quotient หรือ AQ เป็นแนวคิดใหม่ที่ได้มีการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 19 ปี และมีการนำมาประยุกต์ใช้กับองค์กรต่าง ๆ มากกว่า 10 ปี โดยผู้ที่ทำการศึกษาเรื่องนี้และเป็นผู้เผยแพร่แนวความคิดนี้ คือ ดร.พอล สตอลทซ์ (Paul G. Stoltz, PhD)

ความสำคัญของความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค

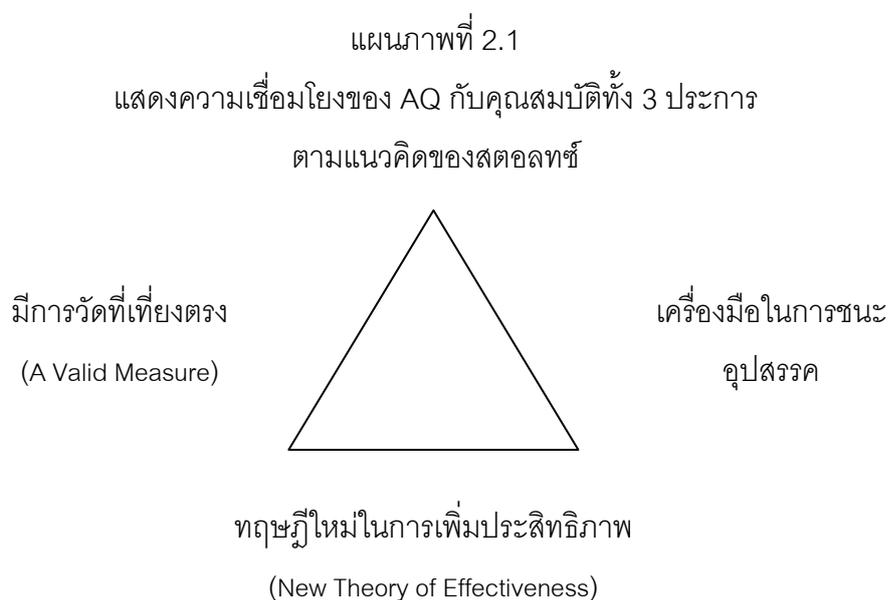
ตามแนวคิดของสตอลทซ์ (Stoltz, 1997) ได้ระบุไว้ว่า AQ สามารถบอกถึงความอดทน ความพากเพียร และความสามารถในการผ่านฟันความยากลำบาก พร้อมทั้งพยากรณ์ได้ว่าใครจะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคและใครจะพ่ายแพ้ ช่วยพยากรณ์ว่าใครจะทำงานได้และมีศักยภาพมากกว่ากัน และใครจะล้มเหลวในเวลาอันสั้น รวมทั้งสามารถพยากรณ์ได้ว่าใครจะล้มเลิกการทำงานและใครจะได้รับชัยชนะ และนอกจากนี้คุณสมบัติของ AQ ยังแบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ

ประการแรก AQ เป็นแนวคิดใหม่ที่ทำให้เข้าใจและส่งเสริมเรื่องของการประสบความสำเร็จ โดยคิดขึ้นจากพื้นฐานงานวิจัยของ Landmark การได้รับการฝึกหัดเป็นการเชื่อมโยงความรู้ใหม่ทำให้

ทราบว่ามีสิ่งใดที่ทำให้คนพบกับความสำเร็จ

ประการที่สอง AQ เป็นสิ่งวัดค่าว่าคนแต่ละคนตอบสนองต่ออุปสรรคและปัญหาอย่างไร และเป็นครั้งแรกที่เราสามารถวัดสิ่งนี้ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้

ประการสุดท้าย AQ มาจากพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้ และเป็นเครื่องมือพัฒนาว่าเราจะตอบสนองต่ออุปสรรคอย่างไร และผลของมันจะเพิ่มประสิทธิภาพให้กับทั้งด้านส่วนตัวและงานอาชีพ เราสามารถเรียนรู้และประยุกต์ใช้ทักษะนี้ทั้งแก่ตนเอง ผู้อื่น และแก่องค์กรได้ ซึ่งสามารถแสดงการเชื่อมโยงของทั้ง 3 ส่วนข้างต้น ได้ดังแผนภาพที่ 2.1



AQ ไม่จำเป็นจะต้องใช้ในระดับตัวบุคคลอย่างเดียวเท่านั้น พบว่า แนวคิดนี้สามารถช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของทีมงาน (Teams), สัมพันธภาพระหว่างกัน (Relationship), ครอบครัว (Families), องค์กร (Organizations), ชุมชน (Communities), วัฒนธรรม (Cultures), และสังคม (Societies) ได้อีกด้วย

โดย AQ สามารถใช้เป็นสิ่งพยากรณ์ความสำเร็จของสิ่งต่าง ๆ ได้ถึง 17 อย่าง ได้แก่

1. ผลการปฏิบัติงาน (Performance)
2. แรงจูงใจ (Motivation)
3. การให้อำนาจแก่พนักงาน ผู้ปฏิบัติงาน (Empowerment)
4. ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity)

5. การเพิ่มผลผลิต (Productivity)
6. การเรียนรู้ (Learning)
7. พลังงาน (Energy)
8. ความหวัง (Hope)
9. ความสุข ความมีชีวิตชีวา และความสนุกสนาน (Happiness, Vitality and Joy)
10. ความแข็งแรงทางอารมณ์ (Emotion Health)
11. สุขภาพทางกาย (Physical Health)
12. การยืนกราน (Persistence)
13. ความยืดหยุ่น (Resilience)
14. การปรับปรุงตัวเองตลอดเวลา (Improvement over time)
15. เจตคติ (Attitude)
16. การมีอายุยืน (Longevity)
17. การตอบโต้ต่อการเปลี่ยนแปลง (Response to Change)

องค์ประกอบความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค

สตอลทซ์ (Stoltz, 1997) ได้เสนอถึงองค์ประกอบความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคว่าประกอบด้วย 4 มิติ คือ CO₂RE ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นเกี่ยวกับ AQ ของบุคคลได้ว่าอยู่ในระดับสูง ปานกลาง หรือต่ำ มิติทั้ง 4 ของ AQ นั้น ได้แก่

มิติที่ 1 C = Control หรือความสามารถในการควบคุม หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคลเพื่อผ่านพ้นอุปสรรคความยากลำบาก หรือเหตุการณ์ที่คับขัน หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์

ความสามารถควบคุมเริ่มต้นที่การรับรู้ว่ามีสิ่งต่างๆ สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ ผู้ที่มี AQ มิติด้านการควบคุมสูง จะรับรู้ได้ถึงความสามารถควบคุมที่แข็งแกร่งต่อเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ซึ่งจะทำให้พวกเขากระทำสิ่งที่ส่งผลให้เกิดการควบคุมได้มากกว่าคนที่ AQ ต่ำ ยิ่งความสามารถในการควบคุมที่รับรู้ได้มีมากขึ้นเท่าไร จะนำบุคคลนั้นไปสู่แนวทางการมีอำนาจในตนเอง และการปฏิบัติเชิงรุกต่อปัญหามากขึ้นเท่านั้น บุคคลนั้นจะทนทานไม่ย่อท้อต่อความยากลำบากต่างๆ และยังคงรักษาความมั่นคง และการกระทำที่รวดเร็วในการหาหนทางแก้ไขปัญหา ความสามารถควบคุมจะส่งผลดีในการทำงานระยะยาว ส่งผลต่อผลผลิตของงานและสุขภาพ

ผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้สูง เปรียบได้กับนักบินเขาที่ชอบความท้าทาย คนกลุ่มนี้มักคิดเสมอว่าทุกอย่างมีหนทางเสมอ ซึ่งทำให้จิตใจอีกheim ทำให้เกิดพลังและความคิดที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้ตนเองผ่านพ้นอุปสรรคและความยากลำบาก

ผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้ต่ำ ความสามารถในการควบคุมภาวะวิกฤตจะยิ่งน้อย ไม่มีสิ่งใดเลยที่เขาจะสามารถทำเพื่อป้องกัน หรือจำกัดความเสียหายได้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมที่ต่ำส่งผลเสียหายอย่างสูงต่อพลังความรู้สึกของเขาในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ผู้ที่รับรู้ความสามารถในการควบคุมที่ต่ำมักจะรู้สึกตกใจจนเย็นเยือกเมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรคสิ่งนี้ ได้ทำลายความสามารถของพวกเขาในการผันฟ้าไปสู่จุดหมายอย่างช้า ๆ หรืออาจรุนแรงถึงขั้นส่งผลให้เกิดการล้มเลิกความตั้งใจที่จะแก้ปัญหานั้นไปในที่สุด มีมุมมองชีวิตที่เชื่อโชคชะตามากขึ้น

มิติที่ 2 O₂ = Origin and Ownership จุดเริ่มต้นของปัญหาและความเป็นเจ้าของ หมายถึงการพิจารณาว่า

1. ใครหรืออะไรที่เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาและอุปสรรค
2. เราเป็นเจ้าของปัญหาหรือมีภาระต้องรับผิดชอบที่ตามมาของปัญหาและอุปสรรคที่ระดับแค่ไหน จุดเริ่มต้นของปัญหามักจะเกี่ยวข้องกับการกล่าวโทษ คนที่ AQ ต่ำมีแนวโน้มที่จะกล่าวโทษตัวเองเกินความจำเป็นเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้าย ๆ ในหลายกรณีที่เขาเห็นว่าตัวเองเพียงคนเดียวที่เป็นสาเหตุ หรือจุดเริ่มต้นของปัญหาอุปสรรคทั้งหมด

การกล่าวโทษมีคุณค่า 2 ประการ คือ

1. การกล่าวโทษตัวเองช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้จากเหตุการณ์ และปรับพฤติกรรมของตัวเอง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาตัวเอง
2. การกล่าวโทษนำไปสู่การรู้สึกผิดซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างแรงจูงใจที่มีพลังตัวหนึ่ง ซึ่งถ้านำไปใช้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดประโยชน์

การกล่าวโทษตัวเองขนาดที่พอเหมาะและถูกต้องจะกระตุ้นคนเราให้ทำการแก้ไข แต่การกล่าวโทษที่มากเกินไปจะไม่ก่อให้เกิดการกระทำใด ๆ ที่เป็นประโยชน์เลย ทำให้เราอ่อนแอลง สูญเสียความหวัง และมีความกดดัน ในที่สุดอาจทำให้ตัดสินใจล้มเลิกที่จะทำอะไรก็ได้

ในด้านความเป็นเจ้าของ หากคนเรามีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาสูงขึ้นเท่าไร เรายิ่งมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของปัญหามากขึ้นเท่านั้น โดยไม่ใส่ใจถึงสาเหตุของมันว่าเกิดจากอะไร แต่ถ้าความเป็นเจ้าของของเราต่ำ เรายังไม่เข้าไปรับผิดชอบต่อความเป็นเจ้าของผลลัพธ์ของปัญหา โดยไม่ใส่ใจถึงสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น

ผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้สูง คือผู้ที่มีแนวโน้มมองเห็นความสำเร็จของตัวเองว่าเป็นการกระทำ

ของตัวเอง และปัญหาอุปสรรคมีจุดเริ่มต้น หรือสาเหตุพื้นฐานจากแหล่งภายนอกและไม่กล่าวโทษตัวเองโดยไม่จำเป็น แต่ยอมรับผิดชอบตามสัดส่วนที่เป็นจริงสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่ขับเคลื่อนบุคคลให้ก้าวสู่การแก้ปัญหา

ผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้ต่ำ มักจะมีนิสัยชอบตำหนิหรือโทษตัวเองเกินควร การตำหนิตัวเองมากเกินไปสามารถเพิ่มระดับความเครียด ระดับการคำนึงถึงแต่ตัวเองมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ปิดความรับผิดชอบในการทำงานเพื่อแก้ไขสถานการณ์ นอกเหนือจากนั้นการตอบสนองแบบนี้อาจนำไปสู่ความไม่แน่ใจในตัวเอง และการถอนตัวจากวิกฤตที่ยิ่งใหญ่ได้

มิติที่ 3 R = Reach เป็นการวัดผลกระทบของปัญหาความยุ่งยากที่มีต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ว่ามีมากน้อยเพียงใด

ลักษณะของผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้สูง คือ บุคคลที่ตอบสนองต่อปัญหาด้วยความคิดว่าปัญหามีขอบเขตจำกัด ยิ่งถ้าบุคคลนั้นมีประสิทธิภาพในการจัดการเก็บการแพร่กระจายของปัญหาไว้ในพื้นที่เฉพาะ ก็จะมีรู้สึกเหมือนได้รับมอบหมายให้มีอำนาจมากขึ้น และมีความตื่นตระหนกน้อยลง การจัดการปัญหาอุปสรรคไว้ในที่ของมันจะช่วยให้บุคคลนั้น ๆ จัดการกับความยุ่งยากของชีวิตความคับข้องใจ และอุปสรรคต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้ต่ำ จะเข้าใจว่าปัญหาอุปสรรคกำลังทำให้พื้นที่ส่วนอื่น ๆ ในชีวิตสูญเสียมากขึ้นด้วย ซึ่งการยอมให้ปัญหาอุปสรรคแพร่ขยายไปถึงพื้นที่อื่น ๆ ในชีวิต ย่อมทำให้เกิดความท้อแท้ เหนื่อยหน่าย ทำให้เกิดความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นในการทำสิ่งที่ถูกต้อง ผลที่ได้รับคือการบิดเบือนภาพของปัญหาอุปสรรคให้ดูรุนแรง และทำให้เราไร้ความสามารถในการหาทางแก้ปัญหาที่จำเป็น

มิติที่ 4 E = Endurance ความอดทน หมายถึง การรับรู้ถึงความคงทนของอุปสรรค และการรับมือกับความยืดหยุ่นของปัญหา พยายามจัดให้หมดไปอย่างถูกวิธี มิตินี้จะเป็นการประเมินว่าปัญหาอุปสรรคและสาเหตุนั้นจะคงทนถาวรอยู่นานแค่ไหน

ลักษณะของผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้สูง คือ ผู้ที่รับรู้ว่าคุณอุปสรรคจะคงทนอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เราสามารถแก้ไขได้ด้วยการฝึกฝนทักษะความรู้ ความสามารถ และเป็นผู้ที่มีความหวังในชีวิต พยายามที่จะหาหนทางแก้ไขอุปสรรคให้ออกไปโดยเร็ว และพยายามทำให้ความสำเร็จอยู่กับตัวเองได้นาน แต่ถ้าไม่สามารถรักษาให้คงทนได้นาน จะพิจารณาได้ว่าปัญหาและเหตุแห่งปัญหาเป็นเรื่องธรรมดา จะสามารถผ่านพ้นไปได้อย่างรวดเร็วและจะไม่กลับมาอีก

ต่างจากผู้ที่มี AQ มิติด้านนี้ต่ำ จะเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณอุปสรรค และ/หรือ สาเหตุของปัญหาจะคงทนอยู่ยาวนานทำให้เป็นคนี่สิ้นหวังในชีวิต คิดแต่ว่าไม่มีใครหรืออะไรที่จะช่วยแก้ไขได้ ไม่พยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหา คิดอยู่เสมอว่าปัญหายังคงเป็นปัญหาและอยู่กับตัวเองตลอดไป

ประเภทของอุปสรรคและความยากลำบากในชีวิต

สตอลทซ์ (Stoltz, 1997) เสนอแนวความคิดว่าอุปสรรคและความยากลำบากในชีวิตสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

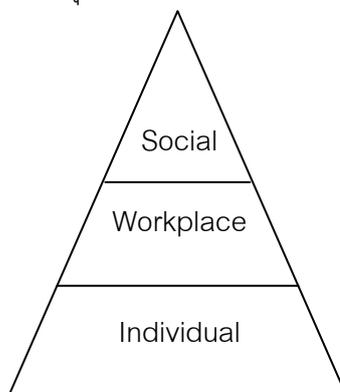
1. อุปสรรคความยากลำบากระดับสังคม (Social Adversity) คือ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นในระดับสังคมที่เราอาศัย เช่น ความไม่ปลอดภัยจากอาชญากรรม ความตึงเครียดทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ถูกทำลาย ความอบอุ่นภายในครอบครัว ความเสื่อมถอยของศีลธรรมของคนในสังคม และการขาดศรัทธาในขนบธรรมเนียมรวมถึงระบบการศึกษา

2. อุปสรรคในงาน (Workplace Adversity) คือ ความไม่มั่นคงในอาชีพการงาน เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้คนไม่ทุ่มเทในการทำงานเนื่องจากความไม่แน่นอนขององค์กรที่ตนทำงานอยู่ เพราะในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อผู้ปฏิบัติงานมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการลดขนาดองค์กร การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเพิ่มประสิทธิภาพองค์กร

3. อุปสรรคระดับบุคคล (Individual Adversity) เป็นความทุกข์ที่ได้รับผลกระทบมาเป็นขั้น ๆ จากสังคมและจากอาชีพการงาน โดยขึ้นอยู่กับบุคคลเองว่าสามารถที่จะปรับเปลี่ยนอุปสรรคความทุกข์นั้นให้เป็นโอกาส ต้องอาศัยความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของบุคคล

สตอลทซ์ (Stoltz) ยังได้เปรียบเทียบอุปสรรคทั้ง 3 ประการเป็นรูปพีระมิดที่มีการทำงานจากยอดสามเหลี่ยมลงมาด้านล่างนั้น หมายถึง อุปสรรคต่าง ๆ ที่พวกเราต้องเผชิญในโลกปัจจุบัน เป็นผลรวมมาจากอุปสรรคความยากลำบากระดับสังคม อุปสรรคในงาน และอุปสรรคระดับบุคคล แต่การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงแก้ไขต้องเริ่มในระดับบุคคล เพื่อส่งผลให้เกิดต่อไปยังในระดับอาชีพและระดับสังคมในภาพรวม ดังนั้น บุคคลต้องเห็นความสำคัญและได้รับการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคในระดับสูงขึ้นไป ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นภาพรวมในแผนภาพที่ 2.2

แผนภาพที่ 2.2
ระดับอุปสรรคความยากลำบาก



ที่มา : Stoltz, P.G (1997). Adversity Quotient: Turning obstacles into opportunities. New York : John Wiley & Son, p.39.

การแบ่งประเภทของบุคคลตามแนวความคิดความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค

สตอลทซ์ (Stoltz,1997,p13-15) ได้นำเสนอการดำเนินชีวิตที่มีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค เปรียบเทียบได้กับคนที่ปีนป่ายภูเขา หากต้องการจะประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยจิตใจที่มีความมุ่งมั่น จดจ่อ ทรหดอดทน และพากเพียรพยายาม เพราะบางครั้งอาจจะปีนได้อย่างเชื่องช้า และอาจเจ็บป่วย เหนื่อยล้า การเปรียบเทียบนี้ไม่แต่เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังสามารถนำมาใช้กับการเสริมสร้างทีมงานและองค์การได้ด้วย โดยได้แบ่งลักษณะบุคคล/องค์การ ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

คนไม่สู้ (The Quitter) ซึ่งเป็นพวกปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงการปีนเขา ชาว Quitter ขาดวิสัยทัศน์ และไม่ศรัทธาอนาคต เห็นความสำคัญเพียงเล็กน้อยของการลงทุน เวลา เงิน และแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ไม่กล้าเสี่ยง แทบจะไม่มีความคิดสร้างสรรค์ เว้นแต่ว่าสิ่งนั้นจะทำให้เขาสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำทนายหรือสิ่งที่ยากลำบากได้ ในด้านการงานจะลงทุนลงแรงน้อยที่สุดที่จะสามารถเป็นได้ ดังนั้นในชีวิตจริงของชาว Quitter จึงไม่มีความกระตือรือร้น ไม่ขวนขวาย ชอบความสบาย เรียบง่าย ไม่ชอบสร้างความสัมพันธ์ และมักขาดเพื่อน ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า ชาว Quitter ถือเป็นตัวถ่วงความก้าวหน้าขององค์การ

นักตั้งแคมป์ (The Camper) เป็นกลุ่มที่จำกัดการปีนเขา และพยายามแสวงหาทางเรียบ ๆ ที่สบายกว่า ปรารถนาจะเลือกที่นั่งรอ แต่ Camper จะต่างจาก Quitter ตรงที่อย่างน้อยได้เริ่มต้นที่จะปีนเขา เพียงแต่เขาจะไปไกลเพียงในระดับหนึ่งแล้วจะหยุดเพราะมีความคิดว่า “เรา

มาไกลที่สุดแล้วที่เราจะสามารถทำได้แล้ว” ความพยายามในส่วนนี้ทำให้คนส่วนใหญ่หลงผิดคิดว่าได้พบกับความสำเร็จแล้วแต่จริง ๆ เป็นเพียงความสำเร็จที่อยู่ในวงจำกัดเท่านั้นเอง ซึ่งเหมือนกับเวลาปีนเขาที่จะมีจุดพักสำหรับนักปีนเขาและชาว Camper เลือกที่จะอยู่ตรงนั้นไม่ยอมปีนขึ้นไปสัมผัสกับอากาศเย็นสดชื่นที่ยอดเขา หากพิจารณาให้ดีจะพบว่าพวก Camper จะไม่สามารถรักษาความสำเร็จที่แท้จริงเอาไว้ได้ เหตุเพราะเขายังไปไม่ถึงยอดเขาซึ่งเป็นจุดหมายที่แท้จริง นักตั้งแคมป์มักจะถูกครอบงำด้วยความกลัวและความสบาย พวกเขาจึงมีขอบเขตจำกัดสำหรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ใหญ่ นักตั้งแคมป์จะเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ตราบเท่าที่การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ได้ลั่นคลอนพื้นฐานของชีวิตที่ควบคุมไม่ได้ของพวกเขา

นักปีนเขา/นักต่อสู้ (The Climber) คนกลุ่มนี้จะเป็นคนที่ชอบความท้าทาย ใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกที่ตื่นตัว มีแรงจูงใจในตัวเองสูง เป็นผู้ที่มีความเพียรพยายามที่จะปีนไปให้ถึงยอดเขาไม่ว่าจะพบกับอุปสรรค ข้อเสียเปรียบหรือความอับโชคก็ตาม ยิ่งมีความเสี่ยงและความลำบากมากเท่าไร ยิ่งรู้สึกตื่นเต้นและท้าทาย จะยังคงมุ่งหน้าไม่ลดละ ชาว Climber จะมีศรัทธาแรงกล้าและเชื่อมั่นในชีวิตและอนาคต จะมีวิถีชีวิตที่กระตือรือร้น มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีแรงบันดาลใจสูงพร้อมที่จะเผชิญกับอุปสรรคทุกอย่าง สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีได้กับคนทุกระดับ และมักเป็นผู้นำที่ดี เวลาพบกับอุปสรรคมักจะกล้าเผชิญและไม่ยอมแพ้ ชีวิตจึงมีผลงานมาก ประสบความสำเร็จสูง

และหากนำลักษณะของบุคคล/องค์การ ทั้ง 3 ประเภทนี้มาเปรียบเทียบกับทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของนักจิตวิทยาที่มีชื่อว่า อับราฮัม มาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) จะเห็นได้ชัดเจนจากแผนภาพที่ 3.3 ซึ่ง The Quitter จะเป็นผู้ที่ยึดติดอยู่กับความต้องการพื้นฐานขั้นที่ 1 คือความต้องการทางสรีระ และความต้องการพื้นฐานขั้นที่ 2 คือความต้องการความมั่นคงทางจิตใจและความปลอดภัยทางกาย สำหรับ The Camper จะเป็นผู้กล้ามากขึ้นกว่า The Quitter แต่ก็ยังยึดติดอยู่กับความสุขและความสบาย หากเปรียบเทียบกับทฤษฎีของมาสโลว์ จะพบว่าอยู่ในช่วงของความต้องการขั้นที่ 3 คือความต้องการเข้าสังคมและความรัก และความต้องการขั้นที่ 4 คือความต้องการได้รับการยอมรับจากทั้งผู้อื่นและตนเอง แต่สำหรับ The Climber จะเป็นกลุ่มเดียวเท่านั้นที่สามารถบรรลุศักยภาพของตนขึ้นสูงสุดสู่ความสามารถขั้นที่ 5 คือความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้

มาสโลว์เชื่อว่ามนุษย์แสดงพฤติกรรมเพื่อแสวงหาสิ่งที่สามารถบำบัดความต้องการของตนได้ ความต้องการจึงเป็นบ่อเกิดของแรงจูงใจเพื่อการแสวงหาสิ่งบำบัดภาวะบังคับความต้องการ (ลีทิไซควรานูสันติกุล, 2539) โดยมาสโลว์ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์แยกประเภทออกเป็น 5 อย่างและเห็นว่ามนุษย์จะตอบสนองความต้องการทั้งหมดนี้อย่างมีลำดับขั้น ความสำคัญของความต้องการและตามความพึงพอใจ

ในแต่ละเวลา ความต้องการทั้ง 5 ประการนี้ ได้แก่

1. ความต้องการทางสรีระ (Physiological Needs) ได้แก่ ปัจจัยสี่คือ อากาศ อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ ทั้งหมดนี้เป็นความต้องการที่คนเราทุกคนต้องหมกมุ่นอยู่กับการบำบัดให้ร่างกายอยู่รอดและสบายเสียก่อน

2. ความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ และความปลอดภัยทางกาย (Safety Needs) เช่น ความต้องการทำงานในบริษัทที่มีกิจการรุ่งเรือง ไม่มีนโยบายให้คนงานออกจากงานเมื่อผลการดำเนินงานไม่ดี ต้องการงานที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ

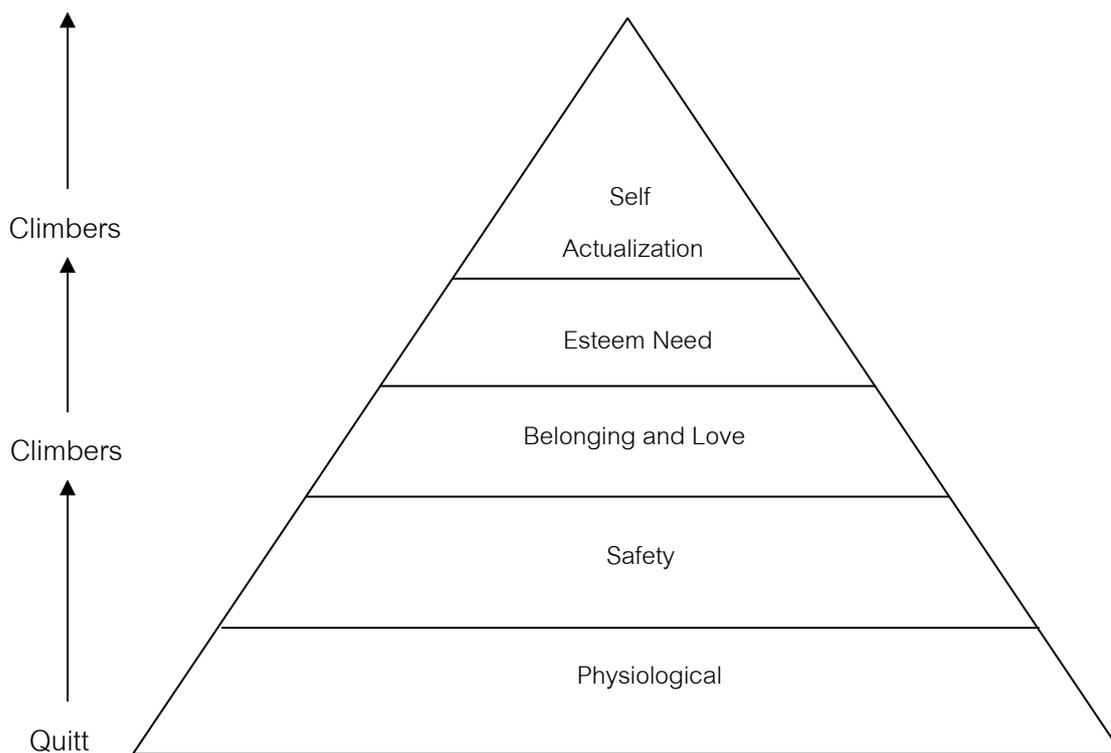
3. ความต้องการเข้าสังคมและความรัก (Belonging and Love Needs) เช่น อยากอยู่ในกลุ่มเพื่อน อยากอยู่ในแวดวงเพื่อนร่วมงานที่สามัคคีกัน อยากมีคนรัก

4. ความต้องการได้รับการยอมรับจากทั้งผู้อื่น และตนเอง (Esteem Needs) คือ อยากจะทำอะไรอันนำมาซึ่งชื่อเสียง เกียรติยศ และตำแหน่ง

5. ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง (Self Actualization Needs) หมายถึง ความอยากที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ตนเองสนใจ อยากพัฒนาความสามารถที่ตนเองมีอยู่ให้สูงขึ้น เป็นความต้องการที่จะทำเพื่อจะทำ ไม่มีความต้องการอื่นมาแอบแฝง

และเนื่องจากความต้องการมีหลายอย่าง ในเวลาที่ความต้องการใดมีอำนาจมากกว่าอย่างอื่น มนุษย์ก็จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองความต้องการที่มีอำนาจมากนั้นก่อน

แผนภาพที่ 2.3
 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างลักษณะของบุคคล ทั้ง 3 ประเภท
 กับทฤษฎีความต้องการเป็นลำดับขั้นของอับราฮัม มาสโลว์

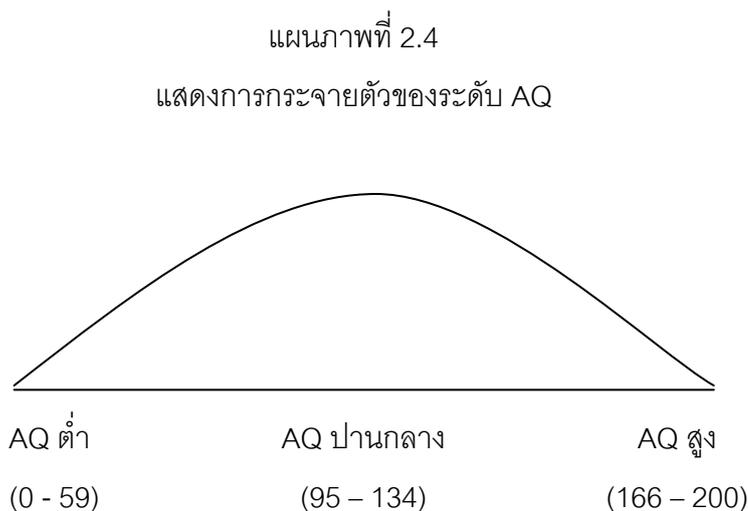


ที่มา : Stolt, 1997, p.17

การวิเคราะห์ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค

ในการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค ไม่สามารถที่จะตีความได้โดยง่ายว่า ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคนั้นจะมีค่าสูงหรือต่ำ แต่สตอลท์ (Stolt, 1997) พบว่า ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคนั้นมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) การที่เรามีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูงนั้นหมายถึงเราจะได้รับประโยชน์จากความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมากขึ้น เมื่อเรามีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูงมากขึ้น เราจะมีความเข้าใจและความสามารถหาหนทางในการประสบความสำเร็จในชีวิต ขณะเดียวกันเรายังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นให้ประสบความสำเร็จได้อีกด้วย

โดยทั่วไปบุคคลมักจะมีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางมากกว่าในระดับสูง และต่ำมาก ๆ การกระจายตัวของระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคเป็นแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) รูปประหลังกว้า (Bell-Shaped) ดังแผนภาพที่ 2.4



ที่มา : Stoltz, P.G (1997). Adversity Quotient: Turning obstacles into opportunities. New York: John Wiley & Son, p.105.

สตอลทซ์ (Stolt, 1997) ได้กล่าวถึง AQ ว่ามีความต่อเนื่องที่ไม่ใช่สิ่งตรงข้ามระหว่างชาวกับดำ ไซท์กับไม่ไซท์ หรือประสบผลสำเร็จกับไม่ประสบผลสำเร็จ แต่เป็นระดับของ AQ คือ สูง ปานกลาง หรือต่ำ เราไม่สามารถบอกจุดที่แตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้ที่มี AQ 134 กับ AQ 135 แต่สามารถแสดงความแตกต่างของคนที่มีคะแนนความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

AQ 166 – 200 หากคะแนนของบุคคลอยู่ในช่วงนี้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเป็นคนที่มีความสามารถในการอดทนต่ออุปสรรค ความยากลำบาก สามารถเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส และก้าวต่อไปข้างหน้า พร้อมทั้งพัฒนาทักษะของตนเองอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้พบกับชัยชนะ และความสำเร็จได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะเป็นผู้นำและสอนแนะผู้อื่นได้

AQ 135 – 165 หากคะแนนของบุคคลอยู่ในช่วงนี้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะทำงานได้ค่อนข้างดีมีการใช้ความสามารถพื้นฐานในแต่ละวัน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของตนเองได้ โดยการพัฒนา AQ ของตนเองให้สูงขึ้น

AQ 95 – 134 หากคะแนนของคุณอยู่ในช่วงนี้ คุณคนนั้นมีแนวโน้มที่จะทำงานได้ดีพอใช้ ทุกอย่างเป็นอย่างเรียบง่าย เมื่อผิดพลาดบุคคลกลุ่มนี้จะเสียใจมากเกินไป และอาจทำให้ท้อใจ หากความรู้สึกเสียใจนั้นสะสมอยู่เป็นเวลานานจะทำลายความตั้งใจของคุณ อย่างไรก็ตาม ก็ยังสามารถพัฒนาเพื่อเพิ่ม AQ ได้เช่นกัน

AQ 60 – 94 หากคะแนนของคุณอยู่ในช่วงนี้ คุณคนนั้นมีแนวโน้มที่จะใช้ประโยชน์จากความสามารถของตนเองน้อย อุปสรรคความยากลำบาก จะทำให้บุคคลสูญเสียพลัง หหมดสิ้นความเพียรพยายาม หากต้องการที่จะรอดพ้นจากความหายนะ บุคคลกลุ่มนี้ต้องพยายามเพิ่มระดับ AQ ของตนเอง

AQ 59 และต่ำกว่า หากคะแนนของคุณอยู่ในช่วงนี้ ค่อนข้างเป็นที่แน่นอนว่า คุณคนนั้นจะมีแต่ความเสียใจโดยไม่จำเป็นกับทุก ๆ เรื่อง จะสูญเสียพลังงาน แรงจูงใจ สุขภาพ ความมีชีวิตชีวา ผลการปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพงานจะตกต่ำ

เทคนิคในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค

สตอลทซ์ (Stolt, 1997, p.154) ได้เสนอเทคนิคในการพัฒนา AQ ที่เรียกว่า The LEAD Sequence ดังนี้

L = Listen to your adversity response เป็นการพูดหรือบอกกับตัวเองให้รับรู้ว่าคุณณนี้ได้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคขึ้นกับตนเอง และต้องตอบสนองต่ออุปสรรคด้วยความเข้มแข็งระดับใดจึงจะแก้ไขได้

E = Explore all origins and your ownership of the result เป็นการค้นหาว่าสิ่งใดคือสาเหตุของปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระบุให้ชัดเจนลงไปว่าตนต้องทำสิ่งใดที่เฉพาะเจาะจงลงไป เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้น สิ่งใดที่อยู่ในความรับผิดชอบของเรา สิ่งใดอยู่นอกเหนือความรับผิดชอบของเรา

A = Analyze the evidence คือ การวิเคราะห์ให้เกิดความชัดเจนโดยการหาหลักฐานหรือเหตุการณ์มาสนับสนุนว่าสิ่งใดบ้างที่อยู่เหนือการควบคุม อุปสรรคจะคงอยู่อีกนานเท่าไร ทำอย่างไรจะทำให้อุปสรรคหมดไป พร้อมทั้งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการแก้ไขและพัฒนาศักยภาพของตนเอง

D = Do something เป็นการลงมือปฏิบัติเพื่อให้อุปสรรคหมดไปอย่างรวดเร็ว โดยการหาข้อมูลเพิ่มเติม และวิธีควบคุมไม่ให้อุปสรรคเข้ามามีบทบาทต่อชีวิต

ธีระศักดิ์ กำบรรณารักษ์ (2546) ได้เสนอเทคนิคในการพัฒนา AQ ที่เรียกว่า “ADVERSITY” ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

A = Activating Event การนึกถึงเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น

D = Degree of Adversity การประเมินความรุนแรงของปัญหาและวิกฤตเพื่อดูแลแรงจูงใจในการที่จะแก้ปัญหา

V = Verify การตรวจสอบความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและวิธีการให้เหตุผลถึงสาเหตุของวิกฤตว่าเกิดจากตัวเอง หรือสิ่งแวดล้อม ความรับผิดชอบต่อการแก้ไข ปัญหา คิดว่าปัญหาลูกกลมกว้างขวางแค่ไหน และสามารถแก้ไขได้ทันทีหรือไม่ คิดว่าผลลัพธ์ของปัญหาจะเป็นอย่างไร

E = Explain การอธิบายวิธีการตอบโต้ต่อภาวะวิกฤตว่าเป็นแบบใด แบบ AQ สูงหรือแบบ AQ ต่ำ หลังจากที่เรา verify CO₂RE

R = Reassessment การประเมินวิธีการตอบโต้ต่อภาวะวิกฤตใหม่อย่างคนมี AQ เชื่อว่าเหตุการณ์นี้สามารถควบคุมได้ เพราะอะไร สาเหตุของปัญหานั้นน่าจะเกิดจากสิ่งแวดล้อม เพราะถึงแม้จะเป็นความผิดพลาดของเราแต่ก็เป็นความผิดพลาดที่เผลอเรา เราเรียนรู้ที่จะแก้ไขได้ เราคงจะต้องรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของภาวะวิกฤตด้วยความกล้าหาญ ไม่ท้อแท้ มีความเชื่อว่า “ปัญหามีไว้ให้แก้ไข มิใช่ท้อแท้” เราจะไม่ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ และไม่ผลัดวันประกันพรุ่งในการแก้ปัญหา

S = Systems Thinking for Solution

1. Control = ควบคุมสถานการณ์ด้วย AQ และ EQ โดยกำหนดปัญหาให้ชัดเจน

2. Origin = วิเคราะห์สาเหตุด้วย Cause & Effect วิเคราะห์สาเหตุด้วยผังก้างปลา

3. Ownership = ความรับผิดชอบต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น แล้วกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา

4. Reach = แยกแยะความกลัวกับความจริงที่เกิดจากผลลัพธ์ของวิกฤตที่เกิดขึ้นแยกแยะระหว่างข้ออนุมานกับข้อเท็จจริง เชื่อตามที่กล่าว “เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโลกไม่เคยทำให้คนเดือดร้อน ที่เดือดร้อนเพราะเราคิดไปเอง”

5. Endurance = ความสามารถที่จะอดทนต่อความยืดเยื้อของภาวะวิกฤต โดยเชื่อว่าภาวะวิกฤตนั้นไม่ยืดเยื้อ เมื่อเกิดขึ้นต้องแก้ไขให้หมดไปได้

I = Initiate New Perception of Adversity สร้าง Paradigm ใหม่ ด้วยการเปลี่ยนมุมมองปัญหา คิดแบบ The Winner เชื่อว่าทุกปัญหามีทางแก้ไข ถึงปัญหานั้นจะยากแต่ก็สามารถที่จะแก้ไขได้

T = Take Immediate Action การลงมือแก้ปัญหาทันทีตาม Systems Thinking เช่น

1. เรียนรู้ที่จะควบคุมสถานการณ์วิกฤตด้วยการหาข้อมูลเพิ่มเติม ฝึกการควบคุมการหายใจ สติรู้ทันถึงการใช้ การคิดที่เป็นระบบ (Systems Thinking)
2. ทักษะที่จะไม่โทษตัวเองสำหรับภาวะวิกฤตนี้ แต่เรียนรู้ที่จะแก้ไขความผิดพลาด ถือว่า "ผิดเป็นครู" ฝึกภาวะจิตวิธีคิดแบบ Internal Locus of Control ฝึกวิธีการหาสาเหตุความผิดพลาดจากฝั่งข้างปลา
3. กำหนดให้ชัดเจนว่า เราต้องรับผิดชอบส่วนใดของวิกฤตนี้ อะไรที่เราทำได้ อะไรที่ต้องขอให้คนอื่นช่วยเหลือ ฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออก (Assertive Behavior)
4. กำหนดวิธีการที่จำกัดความเสียหายของวิกฤต ทำตารางเปรียบเทียบว่าอะไรคือความกลัว อะไรคือความจริงที่เกิดขึ้น
5. กำหนดแผนในการแก้ไขปัญหาวิกฤต อะไรที่ทำก่อน อะไรที่ทำหลัง อะไรที่ต้องทำเอง อะไรที่ให้คนอื่นทำ

Y = Yummy for your Success หรือ ยิ้ม for your Success การยิ้มหรือให้รางวัลกับความสำเร็จในการแก้ปัญหา เช่น ดูภาพยนตร์สนุกสนานสักเรื่อง พาคนสนิทไปทานอาหารอร่อยสักครั้ง

และ ธีระศักดิ์ กำบรรณรักษ์ (2546) ยังเสนอแนวทางการพัฒนา AQ ตามแนวคิด CO₂RE ของสตอลท์ (Stolt, 1997) ดังนี้

Control = การกำหนดสติ ฝึก Sense of Control ฝึกบุคลิกภาพแบบ Proactive และ Assertive Behavior

Origin = การคิดอย่างเป็นระบบ การคิดเชิงบวก (Positive Imagination)

Reach = ฝึกการควบคุมอารมณ์ด้านลบด้วย Game Accepting & Rejecting เกมยิ้มสดตางค์ และเกมทดสอบความเสียว

Endurance = ฝึกการสร้างกำลังใจกับตนเอง คิดอย่าง The Winner จินตนาการ สร้างความสำเร็จของชีวิต สร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง และเกมเป่ากระดาษ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แฮริส และ กลูเต็น (Haris & Gluten, 1979 อ้างถึงใน ภัทรจิต นิลราช, 2546, น.13) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์

กอกแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532, น.44-45) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา รวมทั้งที่สังเกตไม่ได้ (Covert behavior) ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้

เพนเดอร์ (Pender, 1982) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่มุ่งเน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพใดโดยเฉพาะเป็นพฤติกรรมที่มุ่งจะเพิ่มศักยภาพของบุคคล ด้านบวกอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน หรือแบบแผน การดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพเพิ่มพูนความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุกทั้งตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน

พาลังก์ (Palank, 1991) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์ และ เซนท์เนอร์ (Murray & Zentner, 1993, p.695) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า ถ้าตนปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว ตนเองต้องมีสุขภาพดีและได้ลงมือกระทำ มีการดำเนินกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมสำคัญอันประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

วาสนา สารการ (2544) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยมีการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อการกระทำกิจกรรมของบุคคล จนเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคล ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อเพิ่มระดับความผาสุกของชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในทางที่ดีเพื่อให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีผลทางบวก ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้บุคคลสามารถดำรงรักษาสุขภาพะยังประโยชน์ให้เกิดความเจริญอกงาม หรือนำไปสู่การมีสุขภาพสมบูรณ์ สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคล โดยงดเว้นกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เอกเกอร์, สปาร์ค และ ลอสัน (Egger, Spark and Lawson, 1990) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขศึกษา และการดำเนินการทางการบริหารจัดการ การเมือง และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่จะปกป้องและส่งเสริมสุขภาพ และได้สรุปว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยและการตาย มาจากองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่

1. ความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ
2. พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
3. อันตรายจากสิ่งแวดล้อม
4. องค์ประกอบทางชีวภาพของมนุษย์

องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ (อ้างถึงใน Registered Nurses Association of British Columbia, 1994) และการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยให้มีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่

ถูกสุขลักษณะ การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพจะต้องไม่มุ่งเฉพาะตัวบุคคล แต่ต้องรวมครอบครัวและชุมชนที่บุคคลอยู่อาศัยด้วย (Pender, 1996)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ที่ผสมผสานมุมมองของศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นการทำนายผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยพัฒนารูปแบบมาจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. บุคคลจะพยายามปรับสภาพเงื่อนไขในการดำรงชีวิตให้เอื้ออำนวยเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์
2. บุคคลมีความสามารถที่จะเกิดความตระหนักในตนเองรวมทั้งสามารถประเมินศักยภาพของตนเองได้
3. บุคคลเห็นคุณค่าของการพัฒนาในทางบวกและพยายามปรับตัวให้คงภาวะสมดุลระหว่างความเปลี่ยนแปลงกับภาวะคงที่
4. บุคคลมีพฤติกรรมเฉพาะของตนเอง
5. บุคคลประกอบด้วย ชีวจิตสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเอง
6. บุคลากรที่มีสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. แบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ทฤษฎีที่ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพ

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพมีหลายทฤษฎี เช่น

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) อธิบายถึงเหตุผลของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Action Model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป

รูปแบบพรีซีด-โพรซีด (PRECEDE-PROCEED Model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการป้องกันโรคหรือภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมของคนทั้งคน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ เป็นรูปแบบที่มุ่งอธิบายคนทั้งคนไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะภาวะหรือโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม และเน้นความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ให้อยู่ในระดับสูงสุด

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพมีหลายทฤษฎี เช่น รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) รูปแบบการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Action Model) รูปแบบพรีซีด-โพรซีด (PRECEDE-PROCEED Model) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นรูปแบบที่มุ่งอธิบายคนทั้งคนไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะภาวะหรือโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม และเน้นความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ให้อยู่ในระดับสูงสุด

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เกิดจากทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perception Factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน

(Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) โดยปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยลักษณะทางชีวภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม และตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น จากผลการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) ได้นำมาใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ มากมาย และจากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีบางปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ต่อมา เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้พัฒนารูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ (revised Health Promotion Model) ภายหลังได้มีการศึกษาวิจัย และทดสอบการใช้ทฤษฎีใหม่นี้ทั้งในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้มีการปรับปรุงใหม่เพิ่มเติมของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้มีการลดตัวแปร 3 ตัว คือ ความสำคัญต่อสุขภาพ (importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceive control of health) และสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ (cues to action) ส่วนการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceive health status) และลักษณะทางประชากรและทางชีววิทยา (demographic and biologic characteristics) เข้าไปอยู่ในปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนั้น ยังได้เพิ่มตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (activity-related affect) การยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ (commitment to a plan of action) และทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) โดยการปรับปรุงใหม่ครั้งนี้ อาศัยงานวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล นอกจากนั้นยังได้พิจารณาถึงความเหมาะสมของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and

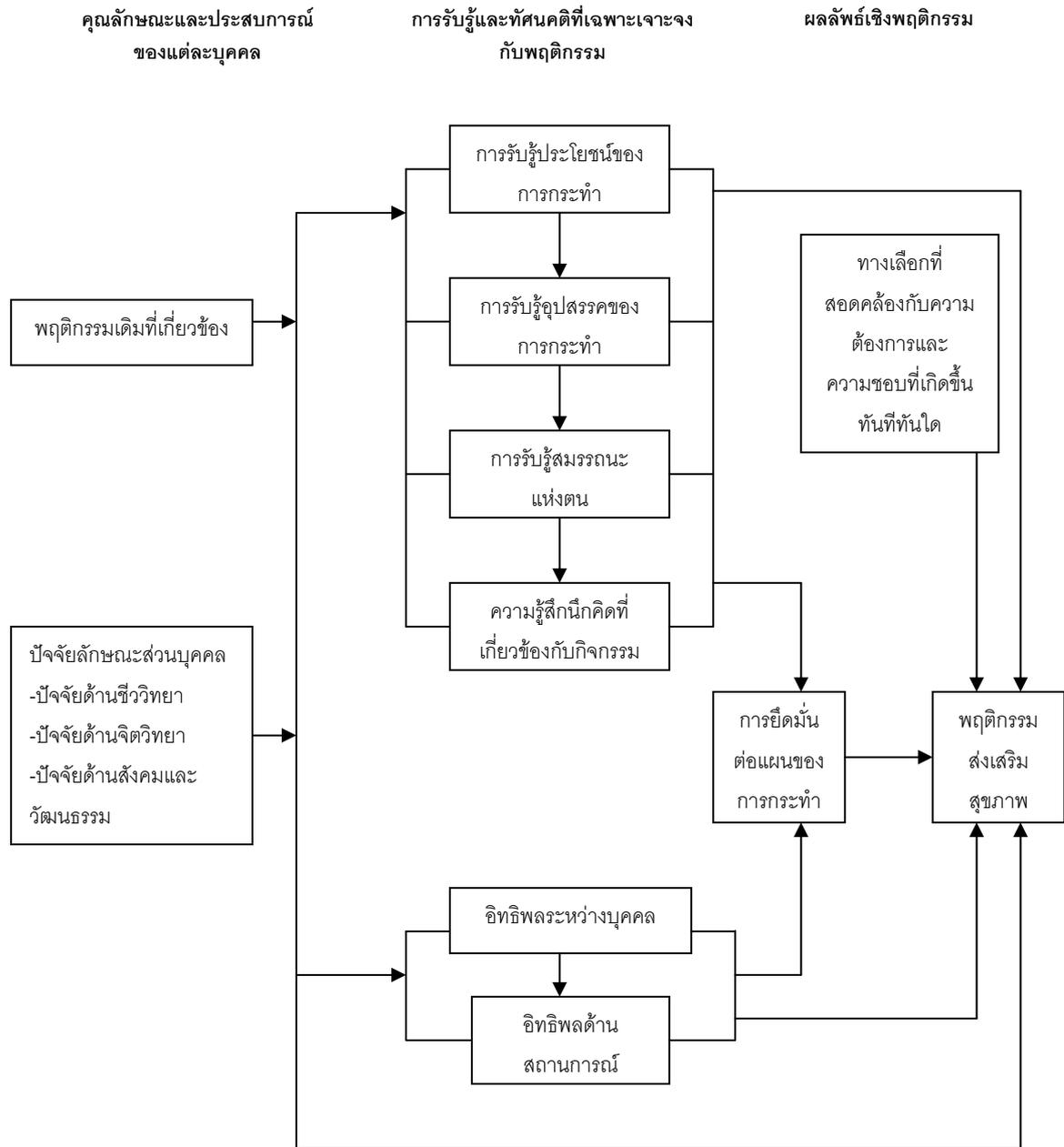
experiences) บุคคลจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งการกระทำจะมีผลต่อบุคคลในภายหลัง ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประกอบไปด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมที่ทำบ่อย ๆ หรือที่ผ่านมามีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (personals factor) ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะการณการเข้าสู่วัยรุ่น ภาวะหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความอ่อนไหว และความสมดุล ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกพฤติกรรมหรือทุกกลุ่มประชากร แต่จะเกิดขึ้นกับบางพฤติกรรมและบางกลุ่มประชากรเท่านั้น (Pender, 1996 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2544)

2. การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognition and affect) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนำไปสู่การกระทำของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีหรือผลบวกกับตน ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceive of barrier of action) คือการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ โดยอาจจะเป็นสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นเองหรือสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจากการคิดว่าจะเกิด เช่น การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก และเสียเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้บุคคลนั้นไม่อยากปฏิบัติพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceive self-efficacy of action) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ที่คิดว่าตนเองสามารถกระทำให้สำเร็จได้ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (activity-related affect) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรม และยังรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่างจากบุคคลอื่นด้วย อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันอาจส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การเข้าถึงระบบบริการ ลักษณะที่ต้องการและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วยการยึดมั่นต่อแผนของการ

กระทำ (commitment to a plan of action) กล่าวคือ ถ้าบุคคลตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้ว พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลยึดมั่นต่อแผนการกระทำนั้น ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมยัง ประกอบไปด้วยทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการวางแผนที่จะกระทำและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจไม่ตรงกับความยึดมั่นต่อแผนที่กำหนดไว้ได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งมีผลทำให้ผู้กระทำมีภาวะสุขภาพที่ดี และตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

แผนภาพที่ 2.5
แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



ที่มา: Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. Stamford: Appleton & Lange, p.67

เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเป็นการเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก (Pender, 1996) แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า การดำรงและเพิ่มพูนสุขภาพ ความผาสุก คุณภาพและความยืนยาวของชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุถึงศักยภาพสูงสุด มีความเป็นอิสระมากขึ้นและสามารถเพิ่มผลผลิตของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลง (Pender, 1982) โดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น มีแนวคิดที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก โดยทั่วไปบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาจากการรับรู้ของบุคคล การรับรู้เกิดจากสิ่งเร้ามายังบุคคลเพื่อตีความหมายหรือแปลความออกมา โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ในอดีต และแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น การรับรู้มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการกระทำ ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์การรับรู้ทั้ง 6 ประการนี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ควรปฏิบัติ นั้น วอลเคอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) ได้กำหนดแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เพนเดอร์ (Pender, 1987, p.138) ได้ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) 10 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care)
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices)
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity)

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns)
5. การจัดการกับความเครียด (Stress management)
6. การบรรลุอุดมการณ์ของตน (Self-actualization)
7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose)
8. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationship with others)
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control)
10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system)

ต่อมาวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al., 1987, p.76-81) ร่วมกันพัฒนารูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้รับข้อคำถามจากเดิม 100 ข้อ ให้ลดลงเหลือ 48 ข้อ โดยประเมินพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเพียง 6 ด้าน ได้แก่

1. การบรรลุอุดมการณ์ของตน (Self-actualization)
2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)
3. การออกกำลังกาย (Exercise)
4. โภชนาการ (Nutritional)
5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal support)
6. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

และต่อมาในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ปรับปรุงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตอีกครั้ง โดยนำรูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al., 1987, p.76-81) มาปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งเพนเดอร์ให้ชื่อว่า แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ II (The Lifestyle and Health Habits Assessment II: LHHA II) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดี ของมีนเมา เพื่อส่งเสริมตนเองให้ปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายจากสุขภาพ
2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

แต่ละวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกอาหารที่รับประทานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น งดเว้นการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง การรับประทานอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไข้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ และเกิดความสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ความเครียดจากการทำงาน (Occupational Stress)

ความหมายของความเครียดจากการทำงาน

จากการศึกษาความหมายของความเครียด และความเครียดจากการทำงาน ได้มีผู้ให้คำจำกัดความดังต่อไปนี้

แม็คกุกแกน และคณะ (McGuigan et al., 1980, p.3) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง เป็นปฏิกิริยาของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าที่เป็นพิษเป็นภัยต่าง ๆ และความตึงก็จัดว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียด

สก็อต และฮอเวิร์ด (Scott and Howard, 1970 อ้างถึงใน McGuigan et al., 1980, p.20) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง สิ่งเร้า หรือสภาพที่ก่อให้เกิดความต้องการทั้งทางกายและจิตใจในสิ่งมีชีวิตในระดับที่มากกว่า หรือน้อยกว่าปกติ

แฮริส (Harris, 1979, p.145-146) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง การทำงานของต่อมฮอว์มอดินผิดปกติ ตราบใดก็ตามที่การทำงานของต่อมฮอว์มอดินยังอยู่ในสภาพปกติ มนุษย์เรา จะทนต่อความเครียดได้ แต่ถ้าสิ่งนี้ถูกรบกวน ระบบต้านทานของมนุษย์จะลดลงจนถึงที่สุด

ฮามิลตัน และวอร์เบอร์ตัน (Hamilton and Warburton, 1979, p.13) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง สภาพความไม่สบายใจที่มนุษย์ต้องการหลีกเลี่ยง เนื่องจากสภาพความไม่สบายใจนี้ ส่งผลต่อระบบชีวเคมีในร่างกาย รวมทั้งระบบความคิดของมนุษย์ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ รวมไปถึงการไร้ความสามารถทางสังคม

เลวี (Levi, 1971 อ้างถึงใน Hamilton and Warburton, 1979, p.13) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ลักษณะทางจิตวิทยาของสิ่งมีชีวิต ในการเตรียมพร้อมที่จะมีพฤติกรรมเป็นการตอบสนองทางกายอย่างไม่เจาะจงต่อความต้องการต่าง ๆ

แคพแลน (Kaplan, 1983, p.158) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง การรับรู้สภาพความไม่ลงรอยระหว่างตนเอง กับสิ่งแวดล้อม

ในด้านความเครียดจากการทำงาน มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ลาคิน (Lakin, 1982, p.19) ให้ความหมายของความเครียดจากการทำงาน หมายถึง สภาพความกระสับกระส่ายไม่สบายใจที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความซับซ้อนนั้น ๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานเผชิญเพื่อการดำรงอยู่ ซึ่งมีระดับของความเครียดได้ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงการเกิดความกดดันอย่างต่อเนื่อง

ฮอว์คินส์ (Hawkins, 1995, p.99) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ความกดดัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ เช่น เกิดความไม่พอใจงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการเสียสุขภาพเป็นต้น

คูเปอร์ และมาร์แชลล์ (Cooper and Marshall, 1976, p.11) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ความสัมพันธ์ของงานบางอย่างกับปัจจัยด้านลบที่เป็นสาเหตุของความเครียดในการทำงาน เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป ความสับสนและความขัดแย้งในบทบาท สภาพการทำงานที่ไม่ดี งานที่ต้องรับผิดชอบสูง และความสัมพันธ์ไม่ดีกับบุคคลอื่น

เวย์แมน (Weiman, 1977, p.119) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ผลรวมของปัจจัยที่สัมพันธ์กับงานที่มีผลกระทบต่อภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน

จากความหมายที่หลากหลายของความเครียดนี้ สามารถสรุปเพื่อเป็นความหมายของความเครียดที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ว่า ความเครียดจากการทำงาน คือ สภาพความกดดันไม่พึงประสงค์ในทางจิตวิทยา อันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ

ซึ่งรบกวนความสุขสบายของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนลดประสิทธิภาพในการทำงาน

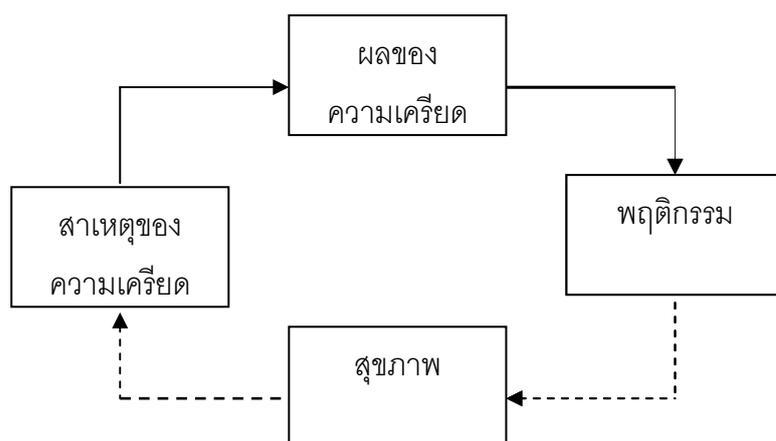
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน

แนวคิดทฤษฎีความเครียด

ฟาร์เมอร์ โมนาฮาน และ เฮคเลอร์ (Farmer, Monahan and Hekeler, 1984, p.20-24) กล่าวถึงวงจรสุขภาพ (Health cycle) ที่เกี่ยวกับความเครียดว่า มีกระบวนการ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.6

แผนภาพที่ 2.6

วงจรสุขภาพ



จากแผนภาพที่ 2.6 วงจรสุขภาพประกอบด้วย

1. สาเหตุของความเครียด (Source of Stress) มี 4 สาเหตุ ได้แก่ ตัวบุคคลเอง เศรษฐกิจ ครอบครั้ว และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2. ผลของความเครียด (The Effect of Stress) โดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ฉุนเฉียว และมีผลทางสรีระ เช่น ปวด ตีรชะ ท้องปี่นป่วน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของร่างกายต่อสาเหตุของความเครียดในสถานการณ์นั้นๆ

3. พฤติกรรม (Behaviors) สืบเนื่องมาจากผลของความเครียด เป็นการกระทำที่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน (สาเหตุของความเครียด) จึงนอนมาก (พฤติกรรม) ดังนั้น ผลของความเครียดจะ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4. สุขภาพ (Health) หมายถึง ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ลักษณะธรรมชาติของความเครียดอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางบวก เช่น เกิดความมุ่งมั่นที่จะเผชิญสถานการณ์ หรือพฤติกรรมทางลบ เช่น ท้อแท้ ลี้หนีหวัง ดังแสดงในรูปเส้นปะ ซึ่งหมายความว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นจะมีผลต่อสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบ

สาเหตุของความเครียดในการทำงาน

ความเครียดกับการทำงานเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงานและการรับรู้ทักษะของบุคคลว่าเหมาะสมกับงานหรือไม่ ดังนั้น สาเหตุของความเครียดในการทำงานจึงประกอบด้วยปัจจัยการทำงานหลายปัจจัยต่างๆ มากมาย ดังนี้

แมสแลช (Maslach, 1986, pp. 55-57) และซุนเจนส์ (Seuntjens, 1982, p.13) ได้แบ่งสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งขึ้นกับสาเหตุที่มากกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความเครียด ดังนี้

1.1 ลักษณะงาน ได้แก่ งานที่หนักเกินไป งานที่ยุ่งยากซับซ้อน งานที่ไม่แจ้งการเปลี่ยนแปลงแผนงานล่วงหน้า หรืองานที่มีอุปกรณ์เครื่องใช้ไม่พอเพียง

1.2 บทบาทและความรับผิดชอบในการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่การงานและบทบาทไม่ชัดเจน ทำงานนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ต้องรับผิดชอบต่อกลุ่มคนหลายกลุ่ม ตลอดจนขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร

1.3 โครงสร้างและบรรยากาศของหน่วยงาน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่ไม่ดี ขาดการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือกันทำงาน แผนการบังคับบัญชาไม่ชัดเจน

1.4 ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ร่วมงาน

1.5 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหน่วยงาน ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อผู้บังคับบัญชา หรือผู้ใต้บังคับบัญชา

1.6 สาเหตุจากภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของชีวิต

2. ปัจจัยส่วนบุคคล บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดแตกต่างกันไป ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในวัยเด็ก หรือความสัมพันธ์ภายใน

ครอบครัว ตลอดจนลักษณะบุคลิกภาพ

นอกจากนี้ แมสแลช (Maslach, 1986, p.59) ยังกล่าวว่า บุคลากรในที่มสุขภาพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ มีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่าอาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวกับเครื่องมือหรือเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น

คูเปอร์ และ เดวิดสัน (Cooper and Davidson, 1987, pp.99-108) ได้แบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยจากการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ บทบาทในหน่วยงาน ปริมาณงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความปลอดภัย การสนับสนุนในหน่วยงาน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนนโยบายกฎระเบียบของหน่วยงาน

2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส ความปลอดภัยของครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยจากสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การร่วมกิจกรรมในสังคม การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การย้ายที่อยู่ แหล่งอาศัยในเมืองชนบท อากาศ และอาหาร

4. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ความสามารถในการปรับตัว และลักษณะบุคลิกภาพ

ปัจจัยจากการทำงาน ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ปัจจัยจากสังคมและวัฒนธรรมนั้นเป็นปัจจัยร่วมกัน เมื่อเกิดผลจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก็จะมีผลกระทบต่อปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย และส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดได้

เรคเวล (Breakwell, 1990, pp.31-32) กล่าวถึงสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีสุขภาพ 10 อันดับ ดังนี้

1. ลักษณะงานที่ขาดการติดต่อกับสังคมเป็นระยะเวลานาน
2. งานที่ไม่มีความมั่นคง มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงาน และลักษณะงานอยู่เสมอ
3. ทำงานโดยไม่ทราบมาตรฐานของหน่วยงานนั้นๆ
4. ค่าตอบแทนต่ำ หรือขาดการสนับสนุนส่งเสริมความก้าวหน้าในหน่วยงาน
5. ขาดอิสระในการทำงานหรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
6. งานที่หนักและมากเกินไปซึ่งมีโอกาสผิดพลาดได้
7. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหน่วยงานไม่ดี

8. การเสียเวลาไปโดยเปล่าประโยชน์
9. การติดต่อสื่อสารไม่ดี ทั้งการติดต่อสื่อสารกับผู้บริหาร หรือกับผู้ป่วย
10. การทำงานที่น่าเบื่อหน่าย

โคซิเออร์ และเอิร์บ (Kozier & Erb, 1988, pp.501-502) กล่าวถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในวิชาชีพพยาบาล 7 ประการ ได้แก่

1. ความคาดหวังในการทำงาน เกี่ยวกับเงินเดือน สวัสดิการ ความก้าวหน้าในการทำงาน ความร่วมมือช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน
2. ความขัดแย้งกับนโยบายของหน่วยงาน
3. ไม่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามบทบาทวิชาชีพ
4. ทักษะติดต่อวิชาชีพเป็นไปในทางลบ
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของวิชาชีพ
6. ความรู้สึกที่รับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย
7. สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน

ดันน์ และดันน์ (Dunn & Dunn, 1986, p.11) ได้แบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดใน ห้องผ่าตัดออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยจากภายนอก ได้แก่
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และเทคนิคทางการแพทย์อยู่เสมอ
 - 1.2 ลักษณะงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง งานที่ต้องอาศัยความว่องไว และรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ หรืออยู่ภายใต้ภาวะดมยาสลบสิ้นที่สุด ตลอดจนต้องอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สะอาดปราศจากเชื้อ
 - 1.3 สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน การทำงานเป็นทีม มีความใกล้ชิดกัน มีโอกาสเกิดความขัดแย้ง หรือความตึงเครียดได้ง่าย
 - 1.4 ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมโดยมีผู้บังคับบัญชาหลายคน ตั้งแต่พยาบาลรุ่นพี่ ผู้ชำนาญเฉพาะทาง หัวหน้าห้องผ่าตัด เป็นต้น
 - 1.5 นโยบายของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงาน เช่น ให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีการหมุนเวียนประจำห้องผ่าตัดแผนกต่างๆ
 - 1.6 การทำงานที่หนัก ร่างกายเมื่อยล้าจากงาน

1.7 การที่ประสาธน์ความรู้สึกรู้สึกถูกรบกวนระดับตลอดเวลา ได้แก่ การทำงานต้องเตรียม
ขั้นตอนไว้ล่วงหน้าหนึ่งขั้นตอนเสมอ

2. ปัจจัยภายใน ได้แก่

- 2.1 การเผชิญกับความตายของผู้ป่วย
- 2.2 ความรู้ความสามารถ การยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน
- 2.3 ความพึงพอใจในงาน
- 2.4 ความรับผิดชอบงานสูงและมีอำนาจในการตัดสินใจน้อย

ผลของความเครียด

เทอร์รี่ และจอห์น (Terry and John, 1978, quoted in Rice, 1992, p.182) ศึกษาความเครียด
ในการทำงานและสรุปว่าผลกระทบด้านลบต่อบุคคลจากความเครียดในการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่

1. อาการทางสุขภาพจิต (Psychological Symptoms of Work Stress) คือ ความ
ผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์ต่อภาวะการณ์การทำงาน ดังนี้

- 1.1 ความวิตกกังวล ความเครียด สับสน ฉุนเฉียว
- 1.2 เกิดความรู้สึกคับข้องใจ โกรธ และไม่พอใจ
- 1.3 อารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย
- 1.4 ความรู้สึกอดกลั้น
- 1.5 ประสิทธิภาพในการสื่อสารที่ลดลง
- 1.6 อารมณ์ซึมเศร้าและชอบแยกตัว
- 1.7 รู้สึกโดดเดี่ยวและห่างเหิน
- 1.8 เบื่อหน่ายและเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน
- 1.9 จิตใจอ่อนล้าและความสามารถทางสติปัญญาลดลง
- 1.10 ขาดสมาธิ
- 1.11 ขาดการกระตุ้นและความคิดสร้างสรรค์
- 1.12 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง

2. อาการทางสุขภาพกาย (Physical Symptoms of Work Stress) ความเครียดในงาน มี
ผลต่อสุขภาพกาย ดังนี้

- 2.1 อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูง

- 2.2 มีความผิดปกติของระบบลำไส้และกระเพาะอาหาร
- 2.3 อาการบาดเจ็บทางกาย
- 2.4 ร่างกายอ่อนเพลีย
- 2.5 เสียชีวิต
- 2.6 โรคหัวใจ
- 2.7 มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ
- 2.8 เหงื่อออกมาก
- 2.9 โรคผิวหนัง
- 2.10 ปวดศีรษะ
- 2.11 มะเร็ง
- 2.12 กล้ามเนื้อเกร็ง
- 2.13 นอนหลับยาก

3. อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Symptoms of Work Stress) ความเครียดในการทำงานมีผลต่อพฤติกรรม ดังนี้

- 3.1 การผลัดวันประกันพรุ่งและการหลีกเลี่ยงงาน
- 3.2 ผลการปฏิบัติงานตกต่ำ
- 3.3 ดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยามากขึ้น
- 3.4 ก่อวินาศกรรมในงาน
- 3.5 เข้าร้านขายยาบ่อยขึ้น
- 3.6 รับประทานอาหารมากขึ้นทำให้เกิดโรคอ้วน
- 3.7 รับประทานอาหารน้อยลงเนื่องจากเกิดความรู้สึกกดดันหรือเกิดความรู้สึกซึมเศร้า
- 3.8 สูญเสียรสชาติในการรับประทานอาหารทำให้น้ำหนักลดลง
- 3.9 ชอบมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถโดยประมาท เล่นการพนัน
- 3.10 มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปาเถื่อน ลักขโมย
- 3.11 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและครอบครัวลดลง
- 3.12 พยายามฆ่าตัวตาย

เฮลลรีเกิล และสโลคัม (Hellriegel and Slocum, 2004, p.178-179) ได้สรุปผลกระทบต่อบุคคลจากความเครียดไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย เช่น ระบบความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เหงื่อออกมาก ร้อน-หนาวอย่างผิดปกติ หายใจลำบาก เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเกิดโรคกระเพาะอาหาร

2. ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ทำให้เกิดการโมโห วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าในตนเองลดลง หงุดหงิด ไม่พึงพอใจผู้บังคับบัญชา และไม่พึงพอใจในการทำงาน

3. ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อด้านพฤติกรรม ทำให้ผลการปฏิบัติงานลดลง ขาดงานเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การลาออกสูงขึ้น ใช้ยาในทางที่ผิด และดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีพฤติกรรมความก้าวร้าว และมีการติดต่อสื่อสารที่ไม่ดี ผลที่เกิดจากความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพขององค์กร ดังนั้นจึงควรตรวจสอบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน

กล่าวโดยสรุปแล้วผลกระทบที่เกิดจากความเครียดจากการทำงานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงานที่ปฏิบัติงานเท่านั้น แต่ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานยังสามารถตีค่าออกมาเป็นเงินและที่ไม่สามารถตีค่าออกมาเป็นเงินได้ เช่น อุบัติเหตุ การลาป่วย การให้บริการที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานที่ไม่ดี ขวัญกำลังใจตกต่ำ คุณภาพในงานไม่ดี ผลผลิตตกต่ำ ขาดนวัตกรรมใหม่ ๆ ให้กับองค์กร และการตัดสินใจทำได้ไม่ดี

พฤติกรรมของพยาบาลด้านการทำงานเมื่อเกิดความเครียด

สคูลีย์ (Scully, 1980, p.192) กล่าวว่า พยาบาลที่เกิดความเครียด นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการทำงาน ดังนี้

1. พุดจาไม่สุภาพ โกรธง่าย
2. ขอบโยนความผิดให้คนอื่น
3. อาจเสียบขีรีม ไม่ค่อยพุด
4. มีพฤติกรรมชอบแสดงออกว่าตนเองไม่ว่าง มีงานทำอยู่เสมอ
5. ใช้กลไกในการป้องกันตนเองอย่างไม่เหมาะสม
6. ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
7. เป็นคนเฉื่อยชา ชอบหนีงาน ทำงานไม่มีประสิทธิภาพหรือทำงานผิดพลาด
8. โยกย้ายเปลี่ยนที่ทำงานบ่อย

ไบเลย์ (Bailey, 1980, p.5) กล่าวว่า พยาบาลที่เกิดความเครียด นอกจากสุขภาพกาย และสุขภาพจิตเสื่อมลงแล้ว ยังพบว่า ความเครียดมีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลด้วย ซึ่งจะ สามารถสังเกตได้จากลักษณะ 4 ประการ ได้แก่ การขาดงานบ่อย เกิดความเหนื่อยหน่าย มีสมาธิในการทำงานลดลง มีคุณภาพการทำงานต่ำลง และมีความรู้สึกรับผิดชอบน้อยลง

ระดับของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด

ดูบริน (Dubrin, 1990, p.164) ได้แบ่งระดับความเครียดตามปริมาณของความเครียด ที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ จะทำให้ขาดการท้าทายในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดการเกียจคร้าน เหนื่อยหน่าย ขาดความสนใจ ทำงานแบบเช้าชามเย็นชามไปเรื่อย ๆ ให้หมดเวลาไปวัน ๆ เหมือนเครื่องยนต์ที่สนิมเกาะ (rest out) ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่ำ

2. ความเครียดระดับปานกลาง เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นการปฏิบัติงานจะดีขึ้น เพราะความเครียด จะช่วยกระตุ้นให้คนใช้พลังในการทำงานเพิ่มขึ้น และเป็นสิ่งเร้าให้คนทำงานตามสิ่งที่ท้าทายนั้นไปจนถึงระดับหนึ่งที่ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีที่สุดภายใต้ความเครียดที่เหมาะสม

3. ความเครียดระดับสูง เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้นพลังในร่างกายที่ต่อต้านกับแรงกดดันจากภายนอกค่อย ๆ หดลง และหมดเรี่ยวแรง การทำงานจะลดลง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ไม่สามารถตัดสินใจ เกิดความท้อแท้ในการทำงาน เบื่องาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางคนเบื่องานไม่ต้องการทำงานที่เดิม บางคนถึงกับเปลี่ยนงาน

ความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงาน

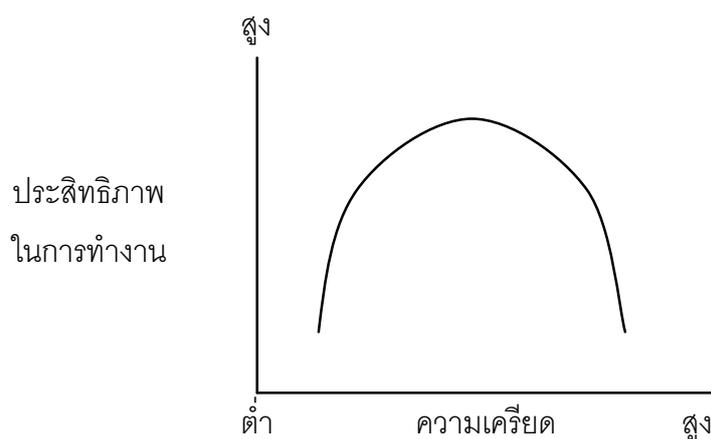
นอกจากความเครียดจากการทำงานจะส่งผลทางร่างกาย และจิตใจของบุคคล เช่นเดียวกับความเครียดทั่วไปแล้ว ความเครียดจากการทำงานยังส่งผลต่อการทำงานและองค์การ เช่น คาร์ทไวท์ และ คูเปอร์ (Cartwright and Cooper, 1997, p.14) กล่าวว่า ความเครียดจากการทำงานจะทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงานที่รุนแรงและบ่อยครั้ง การประทุง้นหยุดงาน และทำให้บุคลากรขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น

ลอง (Long, online, 2002) กล่าวว่า ความเครียดในการทำงานจะทำให้ขวัญและกำลังใจของบุคลากรลดต่ำลง ซึ่งส่งผลให้ผลผลิตและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ในขณะที่ อัตราการลาออก การขาดงาน การเจ็บป่วยสูงขึ้น

คิง (King, 1987, p.11) รอบบินส์ (Robbins, 1986, p.386) และสมยศ นาวิการ (2543, น. 1017) ได้กล่าวถึงความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงานว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพในการทำงาน หรือระดับผลการปฏิบัติงานในลักษณะแบบ U หักกลับ (Inverted-U Relationship) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.7 กล่าวคือ ภายใต้อาการเครียดระดับต่ำ ประสิทธิภาพในการทำงานจะต่ำ เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นถึงระดับปานกลางจะกระตุ้นร่างกาย และเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นไปจนถึงความสามารถของบุคคลจะรับได้ก็จะมีผลให้ประสิทธิภาพตกต่ำลง ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบ U หักกลับ (Inverted-U Relationship) นี้ อย่างไรก็ตาม หากมีความเครียดระดับปานกลางแต่ดำรงอยู่นานเกินไป ก็จะมีผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

แผนภาพที่ 2.7

แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงานแบบ U หักกลับ (Inverted-U Relationship)



ที่มา: Robbins, S.P. *Organizational Behavior*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1986, p.386

องค์กรจึงต้องพยายามรักษาระดับความเครียดของพนักงาน ไม่ให้มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด

แนวทางป้องกันและแก้ไขเพื่อลดความเครียด

การป้องกันและแก้ไขเพื่อลดความเครียดสามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล และระดับองค์กร ดังนี้

1. ระดับบุคคล

พิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540, น.8-9) ได้สรุปแนวทางในการรับมือกับความเครียดไว้ 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. ด้านร่างกาย นอกจากการรักษาร่างกายให้อยู่ในสภาพที่สมดุลอยู่เสมอ การใช้วิธีผ่อนคลายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้ความเครียดก่อตัวขึ้นมา เมื่อความคิดและจิตใจทำให้ร่างกายเสียสมดุล การฝึกผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอเท่ากับเป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้เครียดจนเกินไป เมื่อเราผ่อนคลายได้ ความเครียด ความตึงเครียดต่าง ๆ ก็จะไม่เกิดขึ้น เท่ากับเราสามารถควบคุมความสมดุลของร่างกายได้ เทคนิคที่ใช้ เช่น การฝึกผ่อนคลาย การหายใจ และโยคะ

2. ด้านพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมของการรู้จักรับมือกับปัญหาต่าง ๆ รวมถึงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การมีทักษะทางสังคม เช่น ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นต้น ทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ได้รับความรักจากคนรอบข้าง ซึ่งนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือตนเองให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ นอกจากความเห็นอกเห็นใจแล้ว ยังมีความกล้าแสดงออก การใช้ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินอาหารที่ไม่ทำให้เกิดเครียด ไม่ติดยาเสพติด ไม่ก้าวร้าว รุนแรง การปรับสิ่งแวดล้อม และการปรับบุคลิกภาพ

3. ด้านความคิดและอารมณ์ เมื่อเรียนรู้เรื่องความเครียด เราคงตระหนักถึงความสำคัญของความคิดต่อพฤติกรรม ความเครียดต่าง ๆ มักจะเกิดจากทัศนคติที่เรามีต่อสิ่งต่าง ๆ การรับรู้ของเรามีอิทธิพลต่อร่างกายและจิตใจของเราทั้งหมด ความคิดก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เราเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ ได้แก่ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ และการบริหารเวลา เป็นต้น ความคิดนับเป็นศูนย์กลางของการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมให้พ้นจากสภาวะความเครียดที่เกินขนาด ทักษะบางอย่างที่ช่วยให้เราดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น เช่น การตัดสินใจ การสร้างพลังใจแง่บวกที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ล้วนต้องอาศัยความคิดทั้งสิ้น ความคิดที่ดีคือความคิดในทางบวก และความคิดที่มีเหตุผล

พรรณพิมล หล่อตระกูล (2545, น.21-22) เน้นการแก้ไขความเครียดด้วยแนวทางด้านความคิดเป็นหลัก โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจกับตนเองและปัญหา และทำการเรียนรู้วิธีการปรับตัวของตนเองและวิธีการที่จะจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ และได้เสนอวิธีคิด

เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด ดังนี้

1. คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น อย่าเอาแต่เข้มงวด จับผิด หรือตัดสินผิดถูกตัวเองและคนอื่นอยู่ตลอดเวลา จงลวงวาง ผ่อนหนักผ่อนเบา ลดทิวี่ฐึมานะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง หัดล้มเสียบ้าง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น

2. คิดอย่างมีเหตุผล อย่าด่วนเชื่ออะไรง่าย ๆ แล้วเก็บเอามาคิดกังวล ให้พยายามใช้เหตุผลตรวจสอบหาข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน นอกจากจะไม่ต้องตกเป็นเหยื่อให้ใครหลอกได้ง่ายแล้ว ยังตัดความกังวลได้ด้วย

3. คิดหลาย ๆ แง่มุม ลองคิดหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าอะไรก็ตามย่อมมีทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีประกอบกัน อย่ามองเพียงด้านเดียวให้ใจเป็นทุกข์ และควรหัดคิดในมุมของคนอื่นบ้าง ว่าคนอื่นคิดอย่างไร และรู้สึกอย่างไร

4. คิดแต่เรื่องดี ๆ ถ้าคอยคิดแต่เรื่องร้าย ๆ ก็ะยังเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ควรคิดถึงเรื่องดี ๆ ให้มากขึ้น เช่น คิดถึงประสบการณ์ที่เป็นสุขในอดีต ความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชย ความมีน้ำใจของเพื่อน เป็นต้น จะช่วยให้สบายใจมากขึ้น

5. คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความเป็นไปของคนใกล้ชิด และใส่ใจที่จะช่วยเหลือ สนใจปัญหาของผู้คนในสังคมบ้าง บางทีอาจพบว่า ปัญหาที่กำลังเครียดอยู่นี้ช่างเล็กน้อยเหลือเกินเมื่อเทียบกับคนอื่น และจะรู้สึกดีขึ้นถ้าได้ช่วยคนอื่น

2. ระดับองค์การ

ลาซารัส (Lazarus, 1991, p.12) ระบุถึง 3 แนวทาง ในการลดความเครียดอันเกิดจากการทำงาน คือ

1. การปรับเปลี่ยนสภาพการทำงานต่าง ๆ โดยเฉพาะในองค์การขนาดใหญ่ที่มีจำนวนพนักงานมากที่ต้องทำงานอยู่ภายใต้สภาวะตึงเครียด อาจเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพ เช่น ลดระดับเสียงที่ดังเกินไป หรือการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงาน เช่น ให้พนักงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น

2. การฝึกอบรมให้พนักงานแต่ละคนพร้อมรับมือกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ อาจใช้โปรแกรมช่วยเหลือพนักงาน (Employee Assistance Program: EAPs) หรือโปรแกรม ในการจัดการกับความเครียด (Stress Management Program)

3. การร่วมกันค้นหาสาเหตุของความเครียดของพนักงานแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในองค์การ เช่น สาเหตุของความเครียดของนาย ก. เกิดจากการมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น หลังจากนั้น

องค์การและพนักงานทำการแก้ไขปัญหา โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปเพื่อนำไปเป็นแนวทางต่อไป

กรมสุขภาพจิต (2543, น.53-54) กล่าวว่าองค์การที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้พนักงานได้ผ่อนคลายความเครียดได้ ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมออกกำลังกายในหน่วยงาน มีได้หลายรูปแบบ ได้แก่
 - 1.1 การจัดให้มีชมรมออกกำลังกายประเภทต่างๆ เช่น โยคะ เต้นแอโรบิก เป็นต้น
 - 1.2 การจัดให้มีชมรมกีฬาต่างๆ เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ วายน้ำ เป็นต้น โดยจัดให้มีสถานที่เพื่อการฝึกซ้อมและการแข่งขันพร้อมอุปกรณ์กีฬาด้วย
 - 1.3 การจัดให้มีวันออกกำลังกายหรือวันกีฬาทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ชั่วโมงหรือครึ่งวัน ตามแต่องค์การจะเห็นสมควร
 - 1.4 มีการจัดการแข่งขันกีฬาประจำปีในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์
2. การจัดกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ มีหลายรูปแบบ ได้แก่
 - 2.1 การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจให้พนักงาน ได้แก่ จัดการแสดงดนตรี ฉายภาพยนตร์ เป็นต้น
 - 2.2 การจัดงานสังสรรค์ประจำปีของพนักงานทุกระดับ
 - 2.3 การจัดทัศนศึกษาออกสถานที่
 - 2.4 การมีสวัสดิการส่งเสริมให้พนักงานได้ลาพักผ่อนประจำปี
3. การรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน เพื่อให้พนักงานมีโอกาสระบายความคับข้องใจในการทำงาน ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่
 - 3.1 การจัดทำกล่องรับความคิดเห็น หรือคำถามของพนักงาน
 - 3.2 การจัดทำบอร์ดติดประกาศคำชี้แจง หรือตอบคำถามที่พนักงานได้ถามมา
 - 3.3 การจัดทำเอกสาร ข่าวสาร หรือวารสารของหน่วยงาน เพื่อเป็นการสื่อสารถึงกันระหว่างผู้บริหารและพนักงาน
 - 3.4 การจัดประชุมกลุ่มย่อยในหน่วยงานเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหในการทำงาน
4. การจัดกิจกรรมคลายเครียดมีหลายรูปแบบ ได้แก่
 - 4.1 การเชิญวิทยากรมาบรรยายเรื่องการคลายเครียดแบบต่างๆ ให้แก่พนักงาน

4.2 ให้งานงานได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียดแบบต่างๆ เป็นประจำ โดยจัดให้มีห้องเรียนหรือสถานที่พร้อมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องเล่นเทป แก้วอีเอนนอน เป็นต้น

4.3 การจัดนิทรรศการเรื่องการคลายเครียดแก่พนักงาน เป็นประจำทุกปี

4.4 การจัดเวลาเพื่อทำสมาธิ สงบจิตใจ เช่น ก่อนเริ่มทำงาน หรือระหว่างพัก เป็นต้น

เฮลลรีเกิล และ สโลคัม (Hellriegel and Slocum, 2004, p.182-186) ได้เสนอแนวทางในการจัดการกับความเครียดในการทำงานโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. วิธีจัดการกับความเครียดในระดับบุคคล

1.1 วางแผนล่วงหน้าและมีการจัดการที่ดี

1.2 มีทัศนคติที่ดี สร้างปรัชญาของชีวิต

1.3 สร้างความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว จัดการเวลาให้มี

ความสุขสนุกสนาน

1.4 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย

2. การจัดการกับความเครียดในระดับองค์การ

2.1 ลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงาน

2.1.1 ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2.1.2 ออกแบบงานใหม่โดยลดสิ่งทำให้เกิดความเครียด

2.1.3 เปลี่ยนแปลงปริมาณงานและข้อกำหนดเวลา

2.1.4 เปลี่ยนแปลงตารางเวลาการทำงานให้มีความยืดหยุ่นในเรื่องชั่วโมงการทำงานและเวลาพักผ่อน

2.1.5 เพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.2 ปรับปรุงพฤติกรรมในองค์การ

2.2.1 มีการสร้างทีมงาน

2.2.2 ให้คำปรึกษาในอาชีพและมีโปรแกรมช่วยเหลือพนักงาน

2.2.3 จัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการในเรื่องการเข้าใจถึงธรรมชาติและอาการของความเครียด และวิธีในการลดความเครียด

2.2.4 ฝึกอบรมเทคนิคการผ่อนคลาย

2.3 นำโปรแกรมเรื่องการจัดการกับความเครียดในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเคยใช้ได้ผลจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้

ธีระศักดิ์ กำบรรณารักษ์ (2547) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1. ปรับปรุงบุคลิกภาพของเรา โดยพยายามแก้ไขจากบุคลิกภาพ Type A เป็น Type B เสียบ้าง เพราะบุคลิกภาพ Type B นั้น มักจะควบคุมอารมณ์และความต้องการของตัวเองได้ดี ช่วยทำให้เกิดความสงบทางใจมากขึ้น

2. ฝึกความกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (Assertive Behavior) โดยการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้วยการซื่อสัตย์กับความรู้สึกของตนเอง เคารพตัวเองผู้อื่น เรียนรู้การระบายความโกรธ ไม่โยนความผิดให้กับคนอื่น การรู้จักให้เกียรติผู้อื่นและตนเอง

3. การฝึกกายบริหาร โดยการปรับโครงสร้างของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่สมดุล ด้วยการเหยียดแขนและขา การยืดลำตัวให้ตรงวิธีการเหล่านี้จะช่วยให้เราหายเครียดได้

4. การนวด การได้สัมผัส ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายเกร็งได้ แต่ต้องเป็นการนวดที่ไม่มีกดทับ หรือบิดเบี้ยวจนผิดโครงสร้างมากเกินไป วิธีนี้ทำให้กล้ามเนื้อคลายเครียดได้

5. การออกกำลังกาย คือ การทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวบ่อย ๆ และมาก ๆ ทางกายภาพ เชื่อว่า จะช่วยลดการคั่งค้างของสารอะดรีนาลีนที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

6. การเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีบุคลิกต่าง ๆ เรียนรู้การจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับผู้อื่น

7. เรียนรู้การใช้สิทธิ การติดตามข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับบ้านเมืองเศรษฐกิจและสังคม สนับสนุนและให้กำลังใจกับคนที่ทำดี อาจทำให้รู้สึกที่เราได้ทำดีด้วย ทำให้ร่างกายหลังสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หายเครียด

8. หาที่อยู่ใหม่ที่สงบหรือเมืองสงบที่ปราศจากความวุ่นวายและมลพิษ

9. ฝึกการใช้สมองซีกขวาให้มากขึ้น ด้วยการสนใจในสุนทรีย์ของศิลปะ รวมถึงมองสิ่งทั้งหลายในภาพรวมมากกว่าที่จะวิเคราะห์รายละเอียดปลีกย่อยตลอดเวลา

10. ลดกิจกรรมของชีวิตให้เหมาะสม ทำอะไรให้เสร็จเป็นเรื่อง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ต้องเอาตัวเองเข้ามาผูกพัน

11. ฝึกการวางแผนในการทำงาน จัดระเบียบชีวิตให้ดี รู้ว่าเมื่อไหร่ทำงาน เมื่อไหร่พักผ่อน การวางแผนชีวิตทำให้ชีวิตมีความหวังและความหมาย ทำให้เราเรียนรู้การรอคอย และมีความสุขเมื่อสมหวัง หรือทำอะไรสำเร็จตามแผนที่วางไว้

12. มีปรัชญาและความเชื่อที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดำเนินชีวิต อาจหาเวลาหลบจากผู้คน ไปสู่ธรรมชาติบ้าง

13. การฝึกจิตเพื่อสร้างสมาธิ

14. ฝึกการแยกความคิดกับความจริง
15. ฝึกหัดโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การวางตัวไม่เหมาะสมในสัมพันธภาพกับคนอื่น และเป็นอันตรายต่ออารมณ์ความรู้สึกทางจิต
16. มีการพูดคุยและระบายกับคนที่เราสนิทหรือไว้วางใจ การที่เราได้พูดคุยสิ่งที่กังวลใจทุกข์ใจให้กับคนอื่นฟังบ้างจะทำให้เราหายเครียดลง
17. การฝึกการผ่อนคลายความเครียด คือ การทำให้กล้ามเนื้อเกร็งจนสุด แล้วปล่อยวางผ่อนคลายในทันที เพื่อให้เราได้เรียนรู้การแยกแยะว่าอะไรคือภาวะของความผ่อนคลาย ความสบาย อะไรคือภาวะของความตึงเครียด
18. การใช้ยาที่อยู่ภายใต้คำแนะนำและการดูแลของแพทย์

เอ็ดมันด์ จาคอบสัน (Edmund Jacobson) (อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2548, น.467-468) ได้เสนอกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งแสดงถึงการตอบสนองของร่างกายที่มีต่อระบบประสาทซิมพาเทติก รวมถึงการลดการเปลี่ยนแปลงทางฮอโมน ขบวนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา เช่น

1. ความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายลดลง
2. ขบวนการเผาผลาญเมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง
3. อัตราการหายใจลดลง
4. อัตราการเต้นของหัวใจลดลง
5. ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง
6. การหดตัวของเส้นเลือดต่างๆ ก่อนกำหนดลดลง
7. ลดระดับความดันโลหิต
8. เพิ่มคลื่นสมองอัลฟา (α)

ขบวนการผ่อนคลายต่าง ๆ ต้องการความเงียบ แสงสว่างไม่จ้าเกินไป เสียงดังจากภายนอก จะรบกวนผู้ฝึกปฏิบัติใหม่ ๆ เนื่องจากยังไม่มีความสามารถรักษาความคงที่ของระดับความสนใจภายในตนเองให้เข้มแข็งมากพอที่จะไปสกัดกั้นสิ่งเร้าต่าง ๆ จากภายนอก สิ่งเหล่านี้เป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา การคลายความเครียดในภาวะปกติอาจใช้วิธีหยุดพักการทำงาน หรือเลือกทำงานในสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ เช่น ฟังธรรม เดินรำ และดูโทรทัศน์ เมื่อเกิดความเครียดสูงร่างกายมีอาการหดเกร็งจิตใจจะวุ่นวาย สับสน ดังนั้น จึงควรใช้วิธีการผ่อนคลาย ดังกล่าว

การวัดความเครียด

Lazarus (1966, อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541, น.29-30) ได้สรุปวิธีการประเมินและวัดระดับความเครียดไว้ 4 วิธีด้วยกัน คือ

1. การให้บุคคลเขียนรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report) เช่น การตอบแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง วิธีการรายงานเกี่ยวกับตนเองนี้เป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย สะดวกและใช้ได้ดีกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ซึ่งแบบทดสอบที่นิยมใช้ เช่น

1.1 แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom Check List-90) ประกอบด้วยข้อคำถาม 90 ข้อ 5 ระดับสเกล ใช้วัดความผิดปกติทางด้านจิตใจ วัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น อาการเศร้า วิดกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความหลงผิด และประสาทหลอน

1.2 แบบสำรวจ HOS (Health Opinion Survey) เป็นแบบสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพกาย มีข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย จำนวน 18 ข้อ และอีก 2 ข้อ ถามเกี่ยวกับจิตใจที่แสดงออกถึงผลของการปรับตัวต่อความเครียด

1.3 แบบประเมินความเครียด SOS (Symptom of Stress Inventory) เป็นแบบสำรวจเพื่อประเมินระดับความเครียด ของภาควิชาการพยาบาลจิตสังคม มหาวิทยาลัยวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีข้อคำถาม 17 ข้อ เหมาะกับการใช้ศึกษาในกลุ่มคนที่ปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานที่เครียดและเป็นภาวะ เช่น ผู้ปฏิบัติงานด้านธุรกิจ การเงิน ธนาคาร ตำรวจ เป็นต้น

1.4 แบบวัดความเครียดสวนปฐ (SPST-20) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ 5 ระดับสเกล ข้อคำถามจะถามถึงภาวะทางจิต เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกโกรธ และความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย

1.5 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (Stress test) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของคนที่เมื่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบรอร์สชัค (Rorschach) แบบทดสอบ TAT (Thematic Apperception Test) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ

3. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลมีความเครียด เช่น พุดจาเกี่ยวกับกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น ถอนหายใจบ่อย ๆ สีหน้า แหวงตา น้ำเสียง หรือท่าทาง เป็นต้น

4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological Change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า การวัดความเครียดของคนเรานั้นทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกตอาการต่าง ๆ การใช้แบบวัดความเครียด หรือการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวัดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สะดวกและง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคนจำนวนมาก อีกทั้งยังสามารถสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัดในแต่ละด้านได้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค

แลบส์ และคณะ (Labs et al., 1998 อ้างถึงใน อรพินท์ ตราโต, 2546) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคในบริษัท Deloitte and Touche LLP, Minnesota Power, ADV Telecommunication and U.S. West พบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคจะเป็นผู้ที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน เกิดผลสัมฤทธิ์แก่องค์กร และจะมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน มีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้ผลผลิตในการปฏิบัติงานสูง

บริษัท ดี แอนด์ ที (Deloitte and Touche, LLP, Great Lakes Region: D&T, <http://www.peaklearning.com>) บริษัทที่มีเป้าหมายการทำวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคกับผลการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานให้พนักงานไม่ลาออกจากองค์กร และเพื่อที่ตัดสินใจว่า พนักงานที่มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูงจะมีแนวโน้มได้เลื่อนตำแหน่งเร็วขึ้นหรือไม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานใหม่ จำนวน 124 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผล

การปฏิบัติงาน และการเลื่อนตำแหน่ง และในบริษัทเองความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคเป็นตัวทำนายผลการปฏิบัติงาน และการเลื่อนตำแหน่งได้ด้วย พนักงานที่มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูง มีแนวโน้มว่าจะได้เลื่อนตำแหน่งเร็วกว่าพนักงานที่มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชวนจิตร ชูระทอง (2544) ทำการศึกษาเรื่อง “เซาว์นปัญญา เซาว์นอารมณ์ และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าแผนกขาย ในธุรกิจสรรพสินค้าในเขตกรุงเทพมหานคร” (ห้างเซ็นทรัล) จำนวน 11 สาขา ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าแผนกขายมีค่ามัชฌิมเลขคณิตของระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางในทุกองค์ประกอบตามแนวคิดของสตอลทซ์ (1997) คือ ด้านการควบคุม ด้านต้นเหตุและการรับผิดชอบ ด้านผลกระทบ และด้านความอดทน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน

อรพินท์ ตราโต (2546) ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในงานความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคกับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์” กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 455 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นันทิยา วชิรลาภไพฑูริย์ (2547) ศึกษาเรื่อง “การเพิ่มระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค โดยการเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค” เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิจัยโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้ได้ผลดีทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคในทุกมิติและโดยรวมสูงขึ้น หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีผลต่อระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วรวรรณ หงส์กิตติยานนท์ (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “เชาวน์อารมณ์ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และการรับรู้รูปแบบการเรียนรู้ของพนักงานในโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์แห่งหนึ่ง” ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเชาวน์อารมณ์มีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคสูงกว่าพนักงานที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเชาวน์อารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพนักงานที่มีการรับรู้รูปแบบการเรียนรู้ต่างกันมีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า องค์ประกอบของเชาวน์อารมณ์ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จวีรวรรณ ศักดิ์เชิดสุข (2549) ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กรณีศึกษาสำนักงานประกันสังคม (สำนักงานใหญ่)” ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ สำนักงานประกันสังคม (สำนักงานใหญ่) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคโดยรวมสูง โดยเฉพาะชายมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคโดยรวมสูงกว่าเพศหญิง และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ นอกจากนี้ยังพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ด้านทักษะทางสังคมและความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคโดยรวมสามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การได้

ครองคณา สีขาว (2549) ทำการศึกษาเรื่อง “เชาวน์อารมณ์ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลสนามจันทร์มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาทั้ง 4 ด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฉาณิกา สวัสดิพิงศา (2549) ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาเชาวน์อารมณ์ เหตุผล เชิงจริยธรรม และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคด้วยการฝึกสมาธิ” ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการฝึกสมาธิ ผู้ที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคสูงกว่า

ก่อนฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคในทุกมิติสูงขึ้น แต่ผู้ที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิ สำหรับระยะติดตามผลภายหลังการฝึกสมาธิ 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า เซาว์นอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล (2541) ทำการศึกษาเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี” โดยศึกษาในสตรี ที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี 2 แห่ง จำนวน 480 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน และการทำงานล่วงเวลาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภัทรจิต นิลราช (2546) ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา” โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา 9 แห่ง จำนวน 330 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง

เมทนี ดวงจินดา (2547) ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในเขตจังหวัดนนทบุรี” จำนวน 140 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด

ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง” จำนวน 231 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน

สคูลลี (Scully, 1980) กล่าวถึงแหล่งความเครียดในงานของพยาบาล 4 ด้าน คือการที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤต ความตึงเครียดภายในกลุ่มบุคลากรพยาบาล แรงขับจากภายนอกที่มีผลต่อพยาบาล (การขาดแคลนบุคลากร ความขัดแย้งกับแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น) และความคาดหวังของตนเองที่ไม่เป็นจริง

เกลย์-ท็อฟ และ แดนเดร์สัน (Gray-Toft & Anderson, 1981 อ้างถึงใน พิมลพรรณ ทิพาคำ, 2543) พบว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานพยาบาลมี 7 ด้าน คือ การตายและการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ความขัดแย้งกับแพทย์ การจัดการกับความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ การขาดแคลนบุคลากร ความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานและผู้บริหาร ปริมาณงานที่มากเกินไป และความไม่แน่นอนซึ่งเกิดจากการรักษา

เพรสตัน ไควอันซีวิช และ แมททีสัน (Preston, Ivancevich & Matteson, 1981, p.668-669) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 29 คน ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอันดับแรก รองลงมาได้แก่ การได้รับคำตอบแทนหรือรางวัลจากการปฏิบัติงาน และระยะเวลาทำงานที่ไม่ทราบกำหนดเวลาสิ้นสุดของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอร์แบค (Norbeck, 1985) ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลหน่วยวิกฤต จำนวน 164 คน จากหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 18 หน่วย ในโรงพยาบาล มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของหอผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลาง โดยความเครียดในงานมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางอารมณ์ สังคม และการสนับสนุนด้านงานจากผู้บริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วีเลอร์ และไรดิง (Wheeler & Riding, 1994) ได้กล่าวถึง แหล่งความเครียดในงานพยาบาลว่าแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ภาระงานที่มากเกินไปในช่วงเวลาที่จำกัด ปัญหาในองค์การ และการบริหารจัดการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี และสภาพการทำงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่ดี

มิชชี ไรด์เอาท์ และ จอนส์ตัน (Michie, Ridout & Johnston, 1996) ทำการศึกษาความเครียดในงานของพยาบาล จำนวน 34 คน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ โดยใช้เครื่องมือ คือ ดัชนีวัดระดับความเครียดในงานของพยาบาลจากการรับรู้ต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน (Nurse Stress Index: NSI) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความเครียดในงานระดับปานกลาง โดยความเครียดในงานมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาระงาน ความขัดแย้งในงาน การขาดการสนับสนุนจากองค์การ และการรู้สึกขาดความสามารถ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในองค์การและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พิมผกา สุขสกุล (2535) ทำการศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยส่วนบุคคล ของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ตะวันออกเฉียงเหนือ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสรวงสวัสดิ์ประสงค์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลอุดรธานี” กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 73 คน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน การบริหาร และการสนับสนุนในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานกับความเครียดของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กันเลย อายุ สถานภาพสมรส และภาระครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พัชรินทร์ สุตันตปฤดา (2535) ทำการศึกษาโดยใช้การรายงานตนเองเกี่ยวกับการปรากฏของอาการต่างๆ ที่แสดงถึงความเครียดในงาน เครื่องมือในการทดลองเป็นแบบสำรวจอาการ SOS (Symptom of Stress Inventory) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ มีความเครียดจากการปฏิบัติงานในระดับน้อย และพบว่า ลักษณะงานพยาบาล และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลัดดา ต้นกันทะ (2540) ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 212 คน ในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 8 แห่ง โดยใช้เครื่องมือวัดความเครียดในงาน จากการรับรู้ต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลจิตเวช (The Psychiatric Nurse' Occupational Stress Scale) ผลการศึกษาพบว่า มีความเครียดในระดับปานกลาง และการบริหารองค์การทรัพยากรที่จำกัด ความขัดแย้งของบุคลากร และการจัดตารางเวลาปฏิบัติงาน เป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียดในงานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จุฑารัตน์ สุคันธรัตน์ (2541, น.82-98) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การและความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระทางครอบครัว และการรับรู้บรรยากาศองค์การที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงในการทำนายความเครียด ได้แก่ ลักษณะงาน อายุ และภาระทางครอบครัว

สิริภรณ์ หันพงศิกิตติกุล (2542) ทำการศึกษาในพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 277 คน โดยใช้เครื่องมือวัดความเครียดในงานจากการรับรู้ต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน ตามแนวคิดของ วิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler & Riding, 1994) ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดในงานอยู่ระดับปานกลาง โดยภาระงานมากมายในช่วงเวลาจำกัด ปัญหาในองค์การและการบริหารจัดการ รวมทั้ง สภาพการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ดี เป็นสิ่งก่อกำเนิดความเครียดในงานแก่พยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคและความเครียดจากการทำงาน

อูลเล็ต และ เวอร์เนอร์ (Oullette and Werner quoted in Stolz, 1997, p.66) ได้ทำการศึกษาวิจัย พบว่า ความอดทนและความแข็งแกร่งฟื้นตัวได้เร็ว (Endurance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคเป็นตัวทำนายผลการปฏิบัติงาน สุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งความเครียดนั้นเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต

อีโลวไนโอ, คิวิมากิ และ เฮลคาร์มา (Elovainio, Kivimaki and Helkama, 2001, p. 418-424) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินความยุติธรรมในองค์กร ความสามารถในการควบคุมงาน และความเครียดในอาชีพ โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานหลายแห่ง ในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 688 คน ผลการศึกษพบว่า ความสามารถในการควบคุมงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค (AQ) ส่งผลกระทบต่อความเครียดในอาชีพผ่านทาง การประเมินความยุติธรรมในองค์กรที่เป็นตัวแปรสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นันทนุช ตั้งเสถียร (2546) ทำการศึกษา “บุคลิกภาพแบบ MBTI ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค และความเครียดในการทำงาน: ศึกษาบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง” กลุ่มตัวอย่างเป็นวิศวกร จำนวน 105 คน ผลการศึกษพบว่า ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกระจายของข้อมูลด้านระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมีน้อย จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค กับความเครียดในการทำงานมีแนวโน้มไปในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฐิติมา วัฒนโสภาศิริ (2548) ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์ในการแก้ปัญหา (AQ) เชาวน์อารมณ์ (EQ) จริยธรรมธุรกิจ และความเครียดของผู้ประกอบการและพนักงานในธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในกรุงเทพมหานคร” กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้ประกอบการที่ประกอบธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ในเขตกรุงเทพมหานครที่ลงทะเบียนไว้กับสถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและย่อม จำนวน 1,000 คน ผลการศึกษพบว่า เชาวน์ใน

การแก้ปัญหาโดยรวมและองค์ประกอบของเขาวนในการแก้ปัญหาแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชัยณรงค์ บูรินทร์กุล (2548) ทำการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยในการทำงาน ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรค และความเครียดของพนักงานรัฐวิสาหกิจ บริษัท อุ้งกรุงเทพ จำกัด" จำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า "ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรคกับความเครียดของพนักงานบริษัท อุ้งกรุงเทพ จำกัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วันวิสาข์ อ่อนงาม (2549) ทำการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ของเขาวนอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรค และความเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่เร่งรัดหนี้สินในบริษัทการเงินแห่งหนึ่ง" ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรคในแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่เร่งรัดหนี้สิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นฤมล เรืองรุ่งขจรเดช (2550) ทำการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรค การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาบริษัทพัฒนาโปรแกรมระบบงานแห่งหนึ่ง" ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรคทุกด้านและโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟูปุสตรรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คริส ปีเตอร์สัน จอร์จ เวลแลนท์ และมาร์ติน เซลิกแมน (อ้างถึงใน สตอลทซ์,1997) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ร้าย (AQ ต่ำ) มีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คนมองโลกในแง่ร้ายที่มีสุขภาพดีเมื่อมีอายุ 25 ปี ต้องทรมานกับความเจ็บป่วยทางร่างกายในช่วงอายุระหว่าง 45-60 ปี มากกว่าคนที่มองโลกในแง่ดี (AQ สูง) การวิจัยความยืดหยุ่นหรือความสามารถในการฟื้นตัว พบว่า คนซึ่งฟื้นตัวกลับสู่ปกติได้เมื่อประสบกับวิกฤตจะมีความสุขกับการมีสุขภาพที่ดี และจากรายงานใน

หนังสือ “Minneapolis Tribune” งานศึกษาที่ทำขึ้นโดย ดร. ดาเนียล มาร์ค ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ จากมหาวิทยาลัยดุก ได้ทดสอบความสำคัญของ AQ ในการฟื้นตัวจากการผ่าตัดครั้งใหญ่ ใน การศึกษาคั้งนี้ ผู้ชายและผู้หญิง จำนวน 1,719 คน ที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ได้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อประเมินการตอบสนอง ของพวกเขาต่อวิกฤตจากโรคหัวใจ ผลคือ อัตราการตายของคน ที่ตอบสนอง ต่อวิกฤตว่ารุนแรงและยืนยาวอย่างไม่สิ้นสุด (AQ ต่ำ) จะมากเป็นสองเท่าของคน ที่ตอบสนองต่อวิกฤต ว่ามีขอบเขตจำกัดและจะหมดไปในไม่ช้า (AQ สูง)

นัยพินิจ คชภักดี (2544) (อ้างถึงใน ชัยณรงค์ บุรินทร์กุล, 2548, น.62) กล่าวว่า นักวิชาการ พบว่า ความสามารถในการขจัดอุปสรรคและความยากลำบากของคนเราเกี่ยวข้องกับ สุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองโดยตรง บางคนแม้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง แต่ก็ยังสามารถมีชีวิตยืน ยาวอยู่ต่อมาได้เป็น 10 ปี ส่วนคนที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่ก็มักจะเจ็บป่วยจนถึงชีวิตได้ง่าย ๆ ความเข้มแข็ง ทางจิตใจและการควบคุมตนเองจะส่งผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทานโรคร้ายใช้เจ็บของร่างกาย ในกรณีของผู้สูงอายุ หากได้รับการกระตุ้นให้กำลังใจ เข้าร่วมกิจกรรมรวมหมู่ เช่น เดินรำ ร้องเพลง เล่นหมากรุก และเล่น ปิงปอง จะทำให้สนุกสนานในการเล่น กระปรี้กระเปร่า ลดอัตราการป่วยลง หากเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่กับบ้านจะเห็นว่ากลุ่มแรกอายุยืนยาวกว่า และเจ็บป่วยน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความเครียดจากการทำงาน

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ยังไม่มีงานวิจัย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับความเครียดจากการทำงาน

เหตุผลในการตั้งสมมติฐาน

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญและ ฟื้นฝ่าอุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความเครียดจากการทำงาน สามารถสรุปเหตุผลในการ ตั้งสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับความเครียดในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากการศึกษาของ นันทนุช ตั้งเสถียร (2546) ในส่วนของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคกับความเครียดในการทำงาน ผลการศึกษาถึงแม้จะไม่พบความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคกับระดับความเครียดในการทำงานในภาพรวมมีแนวโน้มเป็นไปในทางลบ กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูงมีแนวโน้มว่าจะมีความเครียดในการทำงานต่ำ และจากการศึกษาของ นฤมล เรืองรุ่งขจรเดช (2550) พบว่า องค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคทุกด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านคอมพิวเตอร์ นั้นหมายถึง บุคลากรทางด้านคอมพิวเตอร์มีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคสูงก็จะมีแนวโน้มความเครียดในการปฏิบัติงานที่ต่ำในทางตรงกันข้าม หากบุคลากรทางด้านคอมพิวเตอร์มีระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคต่ำก็จะมีแนวโน้มความเครียดในการปฏิบัติงานที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย คือ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ พบว่ายังไม่ม้งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับความเครียดจากการทำงาน แต่ผู้วิจัยมีความเชื่อในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น อันได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคกระดูกและความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาที่บุคคลส่วนใหญ่ มุ่งที่จะทำงานในความรับผิดชอบของตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นทั้งในที่ทำงานและที่บ้าน ทำให้ความสนใจในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (Kerr, Lusk & Ronis, 2002 อ้างถึงใน ภัทรจิต นิลราช, 2546, น.1) มีการตรวจสุขภาพประจำปี น้อย ขาดความสนใจในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการออกกำลังกายน้อย และไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมมติฐานที่ 3 ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ พบว่ายังไม่ม้งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีงานวิจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ มีนักวิชาการ พบว่าความสามารถในการขจัดอุปสรรคและความยากลำบากของคนเราเกี่ยวข้องกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองโดยตรง บางคนแม้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง แต่ก็ยังสามารถมีชีวิตยืนยาวอยู่ต่อมาได้เป็น 10 ปี ส่วนคนที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่ก็มักจะเจ็บป่วยจนถึงชีวิตได้ง่ายๆ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการควบคุมตนเองจะส่งผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทานโรคภัยไข้เจ็บของร่างกาย ในกรณีของผู้สูงอายุหากได้รับการกระตุ้นให้กำลังใจ เข้าร่วมกิจกรรมรวมหมู่ เช่น เดินรำ ร้องเพลง เล่นหมากรุก และเล่นปิงปอง จะทำให้สนุกสนาน กระปรี้กระเปร่า ลดอัตราการป่วยลง หากเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านจะเห็นว่ากลุ่มแรกอายุยืนยาวกว่าและเจ็บป่วยน้อยกว่า และการศึกษาของ คริส ปีเตอร์สัน จอร์จ เวลเลนท์ และมาร์ติน เซลิกแมน (อ้างถึงใน สตอลทซ์, 1997) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ร้าย (AQ ต่ำ) มีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คนมองโลกในแง่ร้ายที่มีสุขภาพดีเมื่ออายุ 25 ปี ต้องทรมานกับความเจ็บป่วยทางร่างกายในช่วงอายุระหว่าง 45-60 ปี มากกว่าคนที่มองโลกในแง่ดี (AQ สูง) การวิจัยความยืดหยุ่นหรือความสามารถในการฟื้นตัว พบว่า คนซึ่งฟื้นตัวกลับสู่ปกติได้เมื่อประสบกับวิกฤตจะมีความสุขกับการมีสุขภาพที่ดี และจากรายงานในหนังสือ "Minneapolis Tribune" งานศึกษาที่สร้างขึ้นโดย ดร. ดาเนียล มาร์ค ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ จากมหาวิทยาลัยดุ๊ก ได้ทดสอบความสำคัญของ AQ ในการฟื้นตัวจากการผ่าตัดครั้งใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ชายและผู้หญิง จำนวน 1,719 คน ที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ได้ถูกสัมภาษณ์เพื่อประเมินการตอบสนองของพวกเขาต่อวิกฤตจากโรคหัวใจ ผลคือ อัตราการตายของคนที่ตอบสนองต่อวิกฤตว่ารุนแรงและยืนยาวอย่างไม่สิ้นสุด (AQ ต่ำ) จะมากเป็นสองเท่าของคนที่ตอบสนองต่อวิกฤตว่ามีขอบเขตจำกัดและจะหมดไปไม่ช้า (AQ สูง)

ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย คือ ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

