

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง ความเครียด และวิธีการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 2.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.2 ระดับของความเครียด
 - 2.3 ผลของความเครียด
 - 2.4 ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
 - 2.5 แบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับแก้
 - 3.1 ความหมายของการปรับแก้
 - 3.2 แนวคิดในการศึกษาการปรับแก้
 - 3.3 ปัจจัยที่เอื้อต่อการปรับแก้
 - 3.4 วิธีการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาลในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
 - 3.5 แบบสอบถามวิธีการปรับแก้

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีความรู้ทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีคุณธรรม จริยธรรม และตระหนักในคุณค่าของศิลปวัฒนธรรม การจัดการศึกษาพยาบาลจึงประกอบด้วยการศึกษาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป หมวดวิชาเฉพาะ และหมวดวิชาเลือกเสรี ที่ต้องสัมพันธ์ ผสมผสานและสอดคล้องกัน ผู้เรียนต้องศึกษาให้ครบและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจึงจะถือว่าสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับวิชาชีพ (สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา, และสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2540)

การเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลประกอบไปด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ต้องสัมพันธ์สอดคล้องและผสมผสานกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) ซึ่ง สมคิด รักษาสัตย์, และประนอม โอทกานนท์ (2521, 2525) ได้กล่าวถึงลักษณะการเรียนการสอนทั้ง 2 ส่วนไว้ ดังนี้

1. การเรียนการสอนทางภาคทฤษฎี เป็นลักษณะการเรียนการสอนที่มุ่งให้ความรู้ในด้านเนื้อหา ความรู้ความเข้าใจในหลักและวิธีการปฏิบัติควบคู่ไปกับการปลูกฝังทัศนคติที่จำเป็นเพื่อเป็นการเตรียมผู้เรียนให้มีความสามารถ ความรู้และมีความพร้อมที่จะไปฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ ลักษณะการสอนส่วนใหญ่จะใช้การบรรยายหรือการสาธิต หากจะมีการทดลองปฏิบัติจะเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์ที่จำลองหรือสร้างขึ้น โดยให้มีความใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นจริง จำนวนผู้เรียนในชั้นเรียนมักเป็นนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดของชั้นปีนั้น ๆ

2. การเรียนการสอนทางภาคปฏิบัติ เป็นวิธีการที่ต้องเรียนรู้จากสภาพที่เป็นจริง ลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เป็นวิธีการที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการสอนหรือทำการสอนโดยเน้นที่ตัวปัญหาที่ความต้องการหรือเรื่องราวซึ่งเกี่ยวกับคลินิกหนึ่ง ๆ โดยตรงและใช้วิธีการสอนหลาย ๆ แบบผสมผสานกัน ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต การประชุมกลุ่มพยาบาล การศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง การสัมภาษณ์ การสอนโดยการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายและการสอนเฉพาะกรณี ผู้เรียนเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 6-10 คน จะช่วยให้ผู้เรียนทุกคนได้เห็นสภาพจริง ลงมือปฏิบัติและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ โดยมีครูประจำดึกให้การนิเทศเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างใกล้ชิด การสอนลักษณะนี้ผู้เรียนจึงมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ดังนั้นพฤติกรรมการเรียนรู้และพัฒนาการทางทักษะของผู้เรียนย่อมมีขอบข่ายที่กว้างขวางและแตกต่างออกไป การสอนในลักษณะนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสอนในคลินิก ซึ่งผู้เรียนจะพบกับสิ่งแวดล้อมในการเรียนทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรงพยาบาล ชนิดของโรงพยาบาล ปรัชญา นโยบายและเป้าหมายของโรงพยาบาล 2) ประเภทของดึกที่ฝึกหัด จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากร ลักษณะบุคลากร 3) ผู้ป่วยและญาติ 4) การจัดโรงพยาบาลหรือแผนกต่าง ๆ ระบบบริหาร การแบ่งงาน การสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน 5) คุณวุฒิของครู รวมทั้งวิธีการสอนในคลินิก 6) ทัศนคติของครูต่อผู้เรียน 7) บุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล พนักงานผู้ช่วย เป็นต้น 8) ระบบต่าง ๆ ที่นำมาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลโดยมุ่งที่ความสำคัญที่ทำงานให้เสร็จ (task-centred care) เป็นต้น และ 9) การมีส่วนร่วมในการศึกษา เช่น การที่นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสสังเกตและอภิปรายร่วมกับทีมการพยาบาลในคลินิก (Hinchart, 1979 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2527; Quinn, 1988)

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2540) กล่าวว่า จุดประสงค์ของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีได้จำกัดเฉพาะการฝึกการพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น ยังครอบคลุมความรู้ความสามารถทางวิชาชีพที่จะก่อให้เกิด 1) คิดเป็น คือการพัฒนาความสามารถทางปัญญาในการประสานข้อความรู้และประสบการณ์เข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่คิดจนได้คำตอบในสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน 2) การทำเป็น คือการปฏิบัติถูกต้อง แม่นยำ ตามหลักการแนวคิดทฤษฎีและมีเหตุผลอยู่ในกรอบของความเป็นวิชาชีพและถูกต้องกับสังคม 3) รู้เป็น คือการเรียนรู้ของนักศึกษาจะต้องเป็นการเรียนรู้ที่จะรู้เป็น เพื่อให้สามารถกระทำและปฏิบัติตนโดยถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดทางวิชาชีพและกระบวนการทางวิชาชีพที่กระทำ ซึ่งสิ่งปฏิบัติทั้งหมดจะต้องเป็นไปอย่างถูกต้อง

การสอนการพยาบาลภาคปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล (สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2521, 2525; Benor, 1997; Smith, 1968 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) ทั้งนี้เพราะการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติเป็นการวางแผนและกำหนดวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อมุ่งให้ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษาจากภาคทฤษฎีไปใช้ให้เกิดทักษะ ความสามารถ ช่วยให้มีพัฒนาการในด้านความคิด สติปัญญา ให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างอิสระ โดยความคิดนั้นอยู่ในขอบข่ายหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ได้ศึกษามาช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ลักษณะและวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลประจำการถือปฏิบัติอยู่ ได้พัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานนอกเหนือจากที่ได้ศึกษาไปจากห้องเรียนและช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (a team member) ทักษะการตัดสินใจและทักษะการสื่อสารทั่วไป เป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527; พจนา ปิยะปกรณ์ชัย, 2538; สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2521, 2525; Quinn, 1988; Reilly & Oermann, 1992) จากความสำคัญของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกดังกล่าวข้างต้น นักศึกษาพยาบาลทุกคนจึงต้องพัฒนาทักษะและประสบการณ์ทางวิชาชีพด้วยการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการทางสุขภาพในสถานการณ์จริง เช่น โรงพยาบาล สถานีนามัยและหมู่บ้าน (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2538)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ที่จะผลิตบัณฑิตให้มีคุณสมบัติ ดังนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540)

1. สามารถนำความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาประยุกต์ในการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. สอน แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป เน้นให้สามารถดูแลตนเองและรักษาคุณภาพของการมีสุขภาพที่ดี
4. ปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพ โดยยึดมั่นในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรมและทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการและวิชาชีพ เคารพสิทธิมนุษยชน
5. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ปฏิบัติงานและร่วมมือประสานงานกับบุคคลได้ทุกระดับ
6. เป็นผู้นำทีมการพยาบาล มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้จักวิเคราะห์วิจารณ์อย่างมีเหตุผลและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล
7. ศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ให้ความร่วมมือในการวิจัย นำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาตนเองและวิชาชีพ

8. ส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีและศิลปวัฒนธรรมอันดีงาม

จะเห็นได้ว่าเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต้องการให้บัณฑิตสามารถประยุกต์ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่น ๆ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและต้องการให้บัณฑิตเป็นผู้ที่มีคุณธรรม มีความเป็นผู้นำ มีความคิดสร้างสรรค์ กระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้อยู่เสมอ และเป็นผู้ซึ่งดำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีและศิลปวัฒนธรรมอันดีงาม

โครงสร้างและลักษณะของหลักสูตร

การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2540) กำหนดระยะเวลาศึกษา 4 ปี หรือ 8 ภาคการศึกษาปกติ มีหน่วยกิตบังคับตลอดหลักสูตร 149 หน่วยกิต แบ่งออกเป็นภาคทฤษฎี 122 หน่วยกิตและภาคการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 27 หน่วยกิต ประกอบด้วย 3 หมวดวิชา ได้แก่

- | | | |
|------------------------|-----|----------|
| 1. หมวดวิชาศึกษาทั่วไป | 33 | หน่วยกิต |
| 2. หมวดวิชาเฉพาะ | 110 | หน่วยกิต |
| 3. หมวดวิชาเลือกเสรี | 6 | หน่วยกิต |

โดยมีแผนกำหนดการศึกษาตลอดหลักสูตรแยกเป็นแต่ละชั้นปี ดังนี้

ชั้นปีที่ 1 เป็นการศึกษาภาคทฤษฎีทั้งหมด 44 หน่วยกิต

ชั้นปีที่ 2 เป็นการศึกษาภาคทฤษฎี 38 หน่วยกิตและภาคฝึกปฏิบัติการพยาบาล 4 หน่วยกิต โดยเป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ 2 หน่วยกิต ส่วนลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกบนหอผู้ป่วยนักศึกษาพยาบาลจะได้รับการมอบหมายงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเน้นการดูแลในเรื่อง สุวิทยาส่วนบุคคลทั่วไปและการประเมินปัญหาภายในวิชาการพยาบาลพื้นฐาน

ชั้นปีที่ 3 เป็นการศึกษาภาคทฤษฎี 23 หน่วยกิตและภาคการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 11 หน่วยกิต ในวิชาการพยาบาลเฉพาะต่าง ๆ เช่น การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ การฝึกปฏิบัติการแม่และเด็ก เป็นต้น

ชั้นปีที่ 4 เป็นการศึกษาภาคทฤษฎี 17 หน่วยกิตและภาคการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 14 หน่วยกิต ในวิชาการพยาบาลด้านต่าง ๆ เช่น การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วยการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกันไปและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ถือเป็นชั้นปีที่นักศึกษาเริ่มใช้เวลาในการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติค่อนข้างมากและเป็นการเริ่มต้นของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาจะต้องเตรียมตัวและศึกษาหาความรู้ทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำ

ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย และต้องทำรายงานผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ต้องมีการค้นคว้าหาความรู้มาอภิปรายโดยละเอียด

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

เมสัน (Mason, 1975 cited in Aldwin, 1994) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเครียดไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. ความเครียดในแนวของปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้า (stress as a state of the organism) หมายถึง การที่บุคคลโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือมาคุกคาม
2. ความเครียดในแนวของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคล (stress as an external event) หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าภายนอกบุคคล (stressor) ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ
3. ความเครียดในแนวปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (stress as a transactional between the person and the environment) เป็นแนวคิดที่ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเกิดการรับรู้และประเมินสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบว่าตนเองไม่สามารถจะรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองน้อยกว่าความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมหรือประเมินว่าสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะเข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive process of appraisal) ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินขั้นต้น (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์ว่าจะมีผลกระทบต่อตนเพียงใด ใน 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ ไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตน (benign-positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ ให้ความผาสุกของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปิติยินดี มีความสุข เบิกบานใจ หรือรู้สึกสงบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) คือการที่บุคคลประเมินว่าในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคล

ต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้เต็มที่หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm / loss) มักเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบไปแล้ว เช่น การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียคนรักหรือบุคคลที่ตนยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ เป็นต้น

1.3.2 เป็นสิ่งคุกคาม (threat) คือการที่บุคคลคาดการณ์ว่าสถานการณ์นั้น ๆ ตนอาจจะได้รับอันตรายหรืออาจต้องสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัววิตกกังวล และโกรธ เป็นต้น

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ อาจจะเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากใจที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้น และมีแรงจูงใจที่จะสู้จะลง

จะเห็นได้ว่าการประเมินขั้นต้นนี้ สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลในทางที่ดีกับตน จึงไม่ใช่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้ และการประเมินขั้นต้นนี้ถือเป็นตัวกำหนดความเข้มข้น และคุณภาพของปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ ที่จะเกิดตามมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Scott, Oberst, & Dropkin, 1981 cited in Sutterley & Donnelly, 1981)

2. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อมหรือศักยภาพของตน และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการใช้วิธีการปรับแก้ นั้น ๆ การประเมินขั้นที่สองนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นต้นอาจจะเกิดพร้อม ๆ กันได้

การประเมินอีกลักษณะหนึ่งซึ่งอาจจะต่อเนื่องจากการประเมินขั้นต้น หรือการประเมินขั้นที่สอง เรียกว่า การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่เคยใช้ไปแล้ว หากวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ไปในทางลบเกินกว่าความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมอันจะช่วยให้บุคคลได้ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้

จึงจะเห็นได้ว่าการประเมินค่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่า

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ในการประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (person factors) ได้แก่

1.1 ข้อผูกพัน (commitment) เป็นการให้ความสำคัญและความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลจะประเมินว่าคุณค่า สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

1.2 ความเชื่อ (beliefs) หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจะประเมินเป็นความเครียดลักษณะท้าทาย

2. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situation factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ (novelty) ในสถานการณ์ที่แปลกใหม่บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ไม่เคยรับรู้ถึงอันตรายและไม่มีประสบการณ์ในการควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงกว่าสถานการณ์แปลกใหม่ที่บุคคลสามารถเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นสถานการณ์ที่ตนเองสามารถควบคุมได้ในอดีต

2.2 ความสามารถในการทำนาย (predictability) สถานการณ์ที่บุคคลสามารถทำนายถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

2.3 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) สถานการณ์ที่คลุมเครือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ บุคคลจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด

2.4 ปัจจัยด้านเวลา (temporal factors) ได้แก่

2.4.1 ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ (imminence) ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุที่สั้นจะทำให้บุคคลเกิดความยุ่งยากในการประเมินค่า ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่ามากกว่าสถานการณ์ที่มีช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์มากกว่า

2.4.2 ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (duration) หากบุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

2.4.3 การไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty) ซึ่งประกอบด้วยความคลุมเครือ (ambiguity) คือการที่ไม่ทราบว่าจะจริงแล้วจะเกิดอะไรขึ้นกับตนทำให้เกิดความเครียดในลักษณะความกังวลหรืออันตราย

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์มีความเกี่ยวข้องกับต้นลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านเวลา

สาเหตุของความเครียด

ซอลิตตา พันธุ์เสนา (2536) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของและวัตถุต่าง ๆ รอบตัวที่สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ บนหอผู้ป่วย สภาพภายในหอผู้ป่วย เช่น การจัดเตียงของผู้ป่วยค่อนข้างแออัด ภายในหอผู้ป่วยมีกลิ่นไม่สะอาด มีเสียงรบกวน เป็นต้น (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2535) เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้เพราะสภาวะต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน การมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ (Mahat, 1996) เป็นต้นเหตุของการมีจิตใจไม่สงบ ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ รวมถึงการขาดเพื่อนก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว เช่น การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย ซึ่งหากการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความเครียดรุนแรงได้ นอกจากนี้สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจติดตามมา เช่น การเปลี่ยนที่เรียน การเปลี่ยนนิสัยการหลับนอน การทำผิดกฎหมายเล็ก ๆ น้อย ๆ มีเรื่องบาดหมางกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ได้แก่

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา ในบุคคลที่มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดีจะเป็นตัวส่งเสริมให้ทำการแก้ปัญหาและมีความทนทานต่อสภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ร่างกายเติบโตไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ การมีร่างกายที่พัฒนาการไม่ปกติและมีจิตใจที่พัฒนาการไม่ดีมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เพราะระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก่อให้เกิดความเครียดติดตามมา

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียดกังวล หรือตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของบุคคล การรับรู้เป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เหมือนกัน มีความหวัง หักศนคติและการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน

จึงเห็นได้ว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคลมีสาเหตุทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล

ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Sutterley & Donnelly, 1981)

ระดับที่ 1 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดในระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย เช่น การที่ต้องเดินทางไปทำงานในภาวะการจราจรติดขัด เป็นต้น

ระดับที่ 2 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าภาวะเครียดในระดับที่ 1 เป็นการถูกคุกคามที่คาดว่าจะได้รับการคุกคามอยู่แล้วแต่เป็นระยะสั้น ๆ และบุคคลมักจะตระหนักรู้ การปรับแก้กับภาวะเครียดนี้ส่วนใหญ่มักจะประสบความสำเร็จ เช่น การไปสัมภาษณ์การสมัครงาน การที่ต้องไปพบปะกับบุคคลที่มีความสำคัญทางสังคม เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่คงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่น การต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่ามากกว่าในระดับที่ 2 การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงการพยายามรับมือกับความเครียดซับซ้อนขึ้นเริ่มสังเกตและวัดได้

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูง รู้สึกเหนื่อยหมดแรง ท้อแท้ต่อการต่อสู้กับสถานการณ์ ร่างกายจะเริ่มเตือนว่าปรับแก้ไม่ได้แล้ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคจิต เป็นต้น

จะเห็นว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินเป็นความเครียดในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ยังเป็นภาวะของความเครียดปกติไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิต แต่ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองและมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่ 3 เป็นความเครียดในระดับกลาง ๆ ที่บุคคลเริ่มตระหนักและรับรู้ว่าคุณค่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะรับมือกับความเครียด ส่วนความเครียดในระดับที่ 4 บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ๆ ซึ่งหากกระทำสำเร็จร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจตามมา

ผลของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดกุล, วนิดา พุ่มไพศาล, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็งทำให้มีผลต่อการนำ

เลือดไปเลี้ยงอย่างไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดได้เนื่องจากการเพิ่มของกรดแลคติกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรงนี้จะดึงกระดูกบริเวณที่หดเกร็งให้ออกนอกแนว

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบทำให้เกิดอาการ เช่น อาหารไม่ย่อย จุกเสียดในท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น

1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียวซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

1.4 ระบบฮอร์โมน น้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ความต้องการทางเพศลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตจะหลั่งน้อย ทำให้เด็กเติบโตช้า

1.5 ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสดิตเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ด้านจิตใจ

2.1 อารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวลและเศร้า

2.2 ความคิด ทำลายหรือขัดขวางการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรองในการทำอะไรต่าง ๆ

ส่วนในนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ความเครียดนอกจากจะส่งผลต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจดังกล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการฝึกทักษะของนักศึกษาพยาบาล (Blainey, 1980; Mckay, 1978)

ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษาพยาบาลค่อนข้างมาก ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่าผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษาพยาบาล (Beck & Srivastava, 1991; Beck, Hackett, Mckim, & Rockwell, 1997; Davitz, 1972; Lindop, 1991 cited in Mahat, 1996; O'Shes & Parson, 1979; Pagana, 1988, 1990; Parkes, 1985) ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีผู้ศึกษาและกล่าวไว้ได้ดังนี้

1. ด้านตัวนักศึกษาพยาบาล

1.1 ด้านความรู้รู้สึกว่าไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ เกิดเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมี

ความคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความรู้ความสามารถของตนเองหรือสถานการณ์นั้นไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ดีเนื่องจากมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ เป็นต้น (นิภา รุจันันตกุล, 2541; Mahat, 1996)

1.2 เกิดข้อขัดแย้งในหลักการและวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลที่แนวคิดของด้านการศึกษาศาสตร์และการพยาบาลไม่สอดคล้องกัน นักศึกษาจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ทั้งที่ขัดกับหลักการทฤษฎีและศาสตร์ที่เรียน เช่น เทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ บนหอผู้ป่วย (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2535; นิภา รุจันันตกุล, 2541; ฟารีดา อิบราฮิม, 2525) มีช่องว่างระหว่างความเข้าใจในทฤษฎีของกระบวนการพยาบาลและการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย (ฟารีดา อิบราฮิม, 2525) ดังการศึกษาของ วลัยพร นันทคุฏวรัตน์, วิณา นานาคิลป์, เจียมจิต แสงอรุณ, และชิตชม สุวรรณน้อย (2538) ที่ศึกษาทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ 4 ปี ของสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศไทยจำนวน 24 สถาบัน โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลที่สร้างขึ้นเอง พบว่านักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีทัศนคติทางบวกต่อกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีปัญหาอุปสรรคมากในการใช้กระบวนการพยาบาล

1.3 มีความลำบากใจที่ไม่สามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาได้ เมื่อได้รับมอบหมายให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นักศึกษาต้องจัดระบบความรู้ทางทฤษฎีใหม่ ให้นำมาสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยและมักจะทำได้ยากเพราะไม่ได้เห็นตัวอย่างที่อาจารย์น่าจะประยุกต์ให้เห็นในภาคทฤษฎีมาก่อน (Malliek, 1977 อ้างใน ฟารีดา อิบราฮิม, 2525)

1.4 การที่ต้องคล้อยตาม (compliance or imitation) บุคคลที่มีอำนาจเหนือตนในองค์การพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลถือว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่มีอำนาจเหนือตนในองค์การการพยาบาลที่นักศึกษาฝึกหัดบทบาทพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นกลุ่มอ้างอิง (reference group) ที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล แนวการปฏิบัติและพฤติกรรมกลุ่มอ้างอิงจึงมีความหมายต่อการยอมรับบรรทัดฐานเฉพาะขององค์การนั้น ๆ (Moore, 1979 อ้างใน นันทนา น้าฝน, 2538) นักศึกษาพยาบาลจะยึดถือเป็นบรรทัดฐานขององค์การเป็นแนวการปฏิบัติของตนโดยการคล้อยตาม เพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของทีมการพยาบาล การคล้อยตามในบางกรณีอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจและอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้งได้ เนื่องจากการนำเอาทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่สอดคล้องกันหรือลักษณะสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ การคล้อยตามในลักษณะจำยอมเพื่อความอยู่รอด อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความล้มเหลวในการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพได้ (Kelmar, 1961 อ้างใน นันทนา น้าฝน, 2538)

1.5 ด้านการปฏิบัติประสบการณ์ โดยประสบการณ์นั้นเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ให้นักศึกษา

ได้รับความอับอาย รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า เช่น การทำเตียง การจะต้องฟังบุคคลอื่น ๆ ทั้งพยาบาล ประจําการ แพทย์ ผู้ป่วย อาจารย์นิเทศ (นิภา รุจันตกุล, 2541; Mahat, 1996) การปฏิบัติการพยาบาลบางงานที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวีหรือเอดส์ (Muello, Cerney, Amundson, & Waldron, 1992) เป็นต้น

1.6 พื้นฐานบุคลิกภาพของนักศึกษาพยาบาล

1.6.1 นักศึกษาพยาบาลที่มีบุคลิกภาพมั่นคง อบอุ่น มองโลกในแง่ดี รู้จักยืดหยุ่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายจะมีความเครียดน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีพื้นฐานบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคง อ่อนไหวต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้ง่าย มองโลกในแง่ร้ายเกินตัว ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2539)

1.6.2 ลักษณะบุคลิกภาพที่โน้มเอียงไปในทางหวาดระแวงสงสัยผู้อื่น ไม่ไว้วางใจผู้อื่น นักศึกษาพยาบาลเหล่านี้จะรู้สึกเครียดค่อนข้างมากขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เนื่องจากรู้สึกไม่ไว้วางใจอาจารย์นิเทศ เพื่อนร่วมงาน มักจะมองสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทางลบ มากกว่าทางบวก ซึ่งนอกจากจะทำให้ตัวนักศึกษาพยาบาลเครียดแล้วยังทำให้อาจารย์นิเทศและเพื่อนร่วมงานรู้สึกเครียดด้วย (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2539)

1.6.3 ลักษณะบุคลิกภาพแบบสมบูรณ์แบบ ในลักษณะวิชาชีพพยาบาลที่มักจะคาดหวังว่าต้องการความละเอียดรอบคอบ อยากให้นักศึกษาทำดีที่สุด รอบคอบ และปลอดภัยที่สุด โดยเชื่อว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยจนถึงเสียชีวิตได้ ลักษณะเช่นนี้อาจไปเสริมให้นักศึกษาพยาบาลที่มีบุคลิกภาพแนวโน้มแบบ “สมบูรณ์แบบ” (perfectionist) ให้มีลักษณะ “สมบูรณ์แบบ” มากขึ้น จนทำให้เกิดความเครียดได้หรือนักศึกษาพยาบาลที่มีบุคลิกภาพแบบ “สบาย ๆ” ไม่พิถีพิถัน ไม่ค่อยละเอียดรอบคอบ ก็อาจรู้สึกเครียดได้เช่นกัน เนื่องจากต้องทำให้ “สมบูรณ์แบบ” ตามที่อาจารย์คาดหวัง นักศึกษาพยาบาลจะต้องใช้ศักยภาพและใช้เวลาในการทำผลงานแต่ละอย่างมากขึ้นภายใต้เวลาที่จำกัดในแต่ละวัน ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียด (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2539)

2. ด้านสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม

2.1 ด้านผู้ป่วยและญาติ จากความแตกต่างของปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ การศึกษาและเศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2535)

2.2 ด้านอาจารย์นิเทศและวิธีการเรียนการสอน สัดส่วนของอาจารย์ต่อนักศึกษาไม่เหมาะสม ความสนใจเอาใจใส่ของอาจารย์ที่มีต่อนักศึกษาพยาบาล (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2535)

2.3 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การขัดแย้งกันในเรื่องความคิดเห็น การมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย อาจารย์นิเทศ และบุคลากรในทีมสุขภาพ (Mahat, 1996)

2.4 การฝึกประสบการณ์ครั้งแรก เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต การเห็นแผล

การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งแรกในแต่ ละหอผู้ป่วย เป็นต้น (Admi, 1997; Mahat, 1996; Sellek, 1982)

2.5 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เช่น เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดต่าง ๆ อาการของ ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นต้น (Reilly & Oermann, 1992)

2.6 ด้านเครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย เกิดจากการมีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอหรือนักศึกษาพยาบาลไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่องมือ นั้น ๆ มาก่อน หรือจากสภาพภายในหอผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยต่อการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การจัดเตียงของผู้ป่วย ค่อนข้างแออัด มีเสียงรบกวน หรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก เป็นต้น (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2535; นิภา รุจันันตกุล, 2541; สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2525; Kirkland, 1998)

2.7 แหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอ เช่น จำนวนหนังสือในห้องสมุดไม่เพียงพอ เนื้อหา ไม่ทันสมัย (นิภา รุจันันตกุล, 2541)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษา พยาบาลเกิดความเครียด ซึ่งมีสาเหตุของความเครียดมาจากทั้งบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา พยาบาล ตัวนักศึกษาพยาบาลและปัจจัยด้านสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในคลินิก

แบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก

แบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก (Clinical Stress Questionnaire) ที่ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษานี้สร้างโดยพากานา (Pagana, 1988) ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ให้นักศึกษาพยาบาลประเมิน สถานการณ์ในคลินิกว่าเป็นภาวะท้าทายหรือคุกคามและให้นักศึกษาพยาบาลเขียนบรรยาย สถานการณ์ในคลินิกที่เป็นภาวะท้าทายและคุกคามตามประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล และข้อคำ ถาม 1 ข้อ ให้นักศึกษาพยาบาลประเมินระดับความเครียดในการเรียนทางคลินิก ซึ่งมี 5 ระดับ ตั้ง แต่ ไม่เครียดเลย กำหนดคะแนน 0 ถึง เครียดมากที่สุด กำหนดคะแนน 4 และส่วนที่ 2 ลักษณะ ข้อคำถามเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ เพื่อใช้ในการตัดสินการประเมินการฝึก ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม ท้าทาย เป็น ประโยชน์ ที่สร้างโดยใช้ทฤษฎีการประเมินตัดสินความเครียดของลาซารัสและคณะ (Pagana, 1989) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งได้กล่าวว่าคุณภาพและความรุนแรง (intensity) ของอารมณ์เป็นผล มาจากการประเมินของแต่ละบุคคลจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ โดยอารมณ์มีผู้ให้คำ นิยามไว้ว่า มีลักษณะซับซ้อนเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตสรีรวิทยา (psychophysiological reactions) ประกอบด้วย 1) การประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) 2) พลังผลักดันในการแสดง ออก (action impulse) และ 3) รูปแบบการแสดงออกทางร่างกาย (somatic reactions) (Lazarus, Averill, & Opton, 1970 cited in Folkman & Lazarus, 1991; Lazarus, Kanner, & Folkman, 1980 cited in Folkman & Lazarus, 1991) โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ดังกล่าวจะรวม กันเป็นหน่วยเดียวและมีผลต่อคุณภาพและความรุนแรงของอารมณ์ การประเมินค่าทางปัญญา

เป็นส่วนหนึ่งของสถานะทางอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ เกิดจากการประเมินค่าในลักษณะอันตราย หรือคุกคาม และอารมณ์ยินดี เกิดจากการประเมินค่าในลักษณะเป็นประโยชน์ เป็นต้น (Folkman & Lazarus, 1991)

ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ หมวดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม ทำลาย เป็นประโยชน์ โดยความรู้สึกทางอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ ได้จากแนวคิดของโฟล์คแมน และลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1985) และอีก 5 ข้อ ได้แก่อารมณ์ความรู้สึกถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว ต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป ตื่นเต้น ถูกขู่ให้กลัวและหวาดวิตก ได้จากการศึกษาเอกสาร เกี่ยวกับการประเมินค่าความเครียด การสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลและจากการศึกษานำร่อง (pilot study) ของพากานา รายละเอียดของความรู้สึกทางอารมณ์ทั้ง 20 ข้อ จำแนกตามหมวดต่าง ๆ มีดังนี้

1. หมวดอันตรายหรือสูญเสีย ประกอบด้วยความรู้สึก 5 ลักษณะ

- 1.1 โกรธ (angry)
- 1.2 เศร้าใจ (sad)
- 1.3 ผิดหวัง (disappointed)
- 1.4 รู้สึกผิด (guilty)
- 1.5 น่ารังเกียจ (disgusted)

2. หมวดคุกคาม ประกอบด้วยความรู้สึก 6 ลักษณะ

- 2.1 กลุ้มใจ (worried)
- 2.2 กลัว (fearful)
- 2.3 วิตกกังวล (anxious)
- 2.4 ต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป (overwhelmed)
- 2.5 หวาดวิตก (apprehensive)
- 2.6 ถูกขู่ให้กลัว (intimidated)

3. หมวดทำลาย ประกอบด้วยความรู้สึก 5 ลักษณะ

- 3.1 ตื่นเต้น (excited)
- 3.2 มีความหวัง (hopeful)
- 3.3 อยากรู้ อยากเห็น (eager)
- 3.4 ถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว (stimulated)
- 3.5 มั่นใจ (confident)

4. หมวดเป็นประโยชน์ ประกอบด้วยความรู้สึก 4 ลักษณะ

- 4.1 เบิกบานใจ (exhilarated)
- 4.2 ยินดี, พอใจ (pleased)
- 4.3 มีความสุข (happy)
- 4.4 ผ่อนคลาย (relieved)

พากานา (Pagana, 1989) ได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก โดยให้นักศึกษาพยาบาลจำนวน 246 คน ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกบนหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 1 วัน ตอบแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่า แบบสอบถามชุดนี้มี 4 องค์ประกอบ มีน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ .31 ถึง .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ องค์ประกอบที่ 1 หมวดทำท่ายมีข้อคำถามในหมวดทำท่ายและเป็นประโยชน์ร่วมกัน 7 ข้อ การที่เป็นเช่นนี้พากานาอธิบายว่าในบริบท (context) ของการเริ่มต้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ข้อความในหมวดเป็นประโยชน์ ได้แก่ มีความสุข ยินดี, พอใจ และเบิกบานใจ มีแนวคิดคล้ายคลึงกับข้อคำถามในหมวดทำท่าย ได้แก่ ตื่นเต้น อยากรู้ อยากเห็น ถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวและมีความหวัง องค์ประกอบที่ 2 หมวดคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 และ 4 หมวดอันตรายจำนวน 3 ข้อ และ 2 ข้อตามลำดับ และมีข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) ผ่อนคลาย (relive) ตกอยู่ในองค์ประกอบที่ 1 และ 4 และ 2) มั่นใจ (confident) ตกอยู่ในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 โดยข้อคำถามทั้งสองดังกล่าวมีน้ำหนักองค์ประกอบใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถระบุได้ว่าข้อคำถามทั้งสองข้อนี้ตกอยู่ในองค์ประกอบใด พากานาจึงตัดข้อคำถามทั้งสองนี้ออกจากทุกองค์ประกอบแล้วจัดองค์ประกอบที่ 1 ใหม่ได้ข้อคำถามในหมวดทำท่ายและเป็นประโยชน์ร่วมกัน 7 ข้อ ที่เป็นอย่างนี้พากานาอธิบายว่า เป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลเพิ่มประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพียง 1 วัน

2. ความตรงตามสภาพ (concurrent validity) วัดโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินในลักษณะทำท่ายและคำถามระหว่างกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามคำตอบที่ได้จากการตอบคำถามปลายเปิด คือ กลุ่มที่ 1 ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไม่ทำท่ายหรือไม่มีความสุข กลุ่มที่ 2 ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกว่ามีความสุข กลุ่มที่ 3 ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกว่าทำท่าย และกลุ่มที่ 4 ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นทั้งสิ่งมีความสุขและทำท่าย พบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสอดคล้องตามกลุ่มที่แบ่งไว้ กล่าวคือ กลุ่มที่ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นสิ่งมีความสุขมีคะแนนเฉลี่ยในหมวดมีความสุขสูงกว่าหมวดอื่น ๆ และในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ประเมินตัดสินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นความทำท่ายก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน พากานาจึงสรุปว่าแบบสอบถามนี้มีความตรงตามสภาพ

3. ความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในหมวดทำท่าย สุขภาพ ภัยอันตราย และเป็นประโยชน์เท่ากับ .76 .84 .70 และ .71 ตามลำดับ

เออร์แมนและสแตนด์เฟส (Oermann & Standfest, 1997) นำแบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก ศึกษาความแตกต่างของความเครียด ภาวะสุขภาพและภาวะทำท่ายในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรอนุปริญญาและหลักสูตรปริญญาตรีจำนวน 416 คนที่กำลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในวิชาต่าง ๆ ดังนี้ วิชาการพยาบาลพื้น

ฐาน วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิชาการพยาบาลมารดา วิชาการพยาบาลเด็ก วิชาการพยาบาลจิตเวช และวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน นิภา รุจน์นัตกุล (2541) นำแบบสอบถามความเครียดในการเรียนทางคลินิก แปลและดัดแปลง ศึกษาการประเมินตัดสินความเครียดในการเรียนวิชาประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 3 และ 4 ซึ่งผ่านการเรียนทางคลินิกครบ 4 สัปดาห์ จำนวน 153 คน

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับแก้

ความหมายของการปรับแก้

แมคเกรท (McGrath, 1970 cited in Pargament, 1997) กล่าวว่า การปรับแก้เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลทั้งที่สังเกตเห็นได้และเป็นการแสดงออกที่ซ่อนเร้น (covert) เพื่อใช้ในการป้องกัน บรรเทา หรือตอบสนองต่อสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

เพียร์ลีนและสคูเลอร์ (Pearlin & Schooler, 1978 cited in Pargament, 1997) กล่าวว่า การปรับแก้เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบของบุคคลต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิต โดยการยับยั้ง หลีกเลียงหรือควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทุกข์โศก (distress)

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การปรับแก้เป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการจัดการต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

อัลวินด์ (Aldwin, 1994) ให้ความหมายการปรับแก้ว่า เป็นการใช้ยุทธวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่หรือที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น รวมถึงการรับมือกับภาวะอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าการปรับแก้เป็นการแสดงออกถึงความคิดและพฤติกรรมของบุคคล ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในการป้องกัน บรรเทา หลีกเลียง หรือควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น

แนวคิดในการศึกษาการปรับแก้

ในการศึกษาการปรับแก้สามารถแบ่งกลุ่มที่ศึกษาได้เป็น 3 กลุ่มแนวคิด ดังนี้ (Aldwin, 1994)

1. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้โดยยึดบุคคลเป็นหลัก (person - based definition of coping) เป็นกลุ่มที่เชื่อว่าลักษณะบุคลิกภาพเป็นตัวกำหนดขั้นต้นที่จะบอกได้ถึง การปรับแก้กับภาวะเครียดของบุคคลว่าเป็นอย่างไร

2. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้โดยพิจารณาตามสถานการณ์ (situational determinants of coping) เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับความแตกต่างในการเลือกใช้วิธีการปรับแก้ต่อปัญหาของบุคคล ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีระดับความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน เช่น ในบุคคลคนเดียวกันวิธีการปรับแก้ต่อสถานการณ์การเสียชีวิตของคู่สมรสย่อมแตกต่างจากสถานการณ์การหางานทำใหม่ภายหลังที่ถูกเลิกจ้างงาน เป็นต้น

3. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้ในแนวเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive approach) เป็นกลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้โดยยึดพื้นฐานข้อสรุป 4 ประการ คือ

3.1 การที่บุคคลจะมีวิธีการปรับแก้เป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ การประเมินค่าต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ กล่าวคือในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์เกี่ยวข้องกับตนในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลดีหรือมีประโยชน์บุคคลไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้ หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ เกี่ยวข้องกับตนในลักษณะคุกคามหรือทำลาย บุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา และหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับตนในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย บุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์

3.2 บุคคลจะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนวิธีการปรับแก้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

3.3 ความพยายามในการปรับแก้ประกอบด้วย วิธีการปรับแก้มุ่งเน้นที่ปัญหาและมุ่งเน้นที่อารมณ์

3.4 ไม่มีการจัดลำดับชั้นลดหลั่นกันของวิธีการปรับแก้ว่าวิธีไหนมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาการปรับแก้ตามแนวของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นแนวการศึกษาตามกลุ่มที่สาม อันเป็นกลุ่มที่เน้นความรู้ความเข้าใจของบุคคลและมีจุดเน้นคือ บุคคลจะมีการตอบสนองต่อสถานการณ์โดยเลือกใช้วิธีต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าต่อสถานการณ์ของบุคคลว่าเป็นอย่างไร

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งวิธีการปรับแก้เป็น 2 แบบ คือ

1. วิธีการปรับแก้โดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ บุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้เมื่อได้ประเมินแล้วพบว่า ไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่ว่าจะปรับหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ จึงมุ่งปรับอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้ตนเองยังมีความหวัง ยังคงสามารถมองเห็นส่วนดีของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยไม่มองเฉพาะด้านลบ วิธีการปรับแก้โดยมุ่งเน้นที่อารมณ์นี้หากบุคคลกระทำโดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ก็อาจจะเป็นการหลอกตนเอง หรือบิดเบือนความจริง ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้ ประกอบด้วยวิธีการปรับแก้ต่าง ๆ ดังนี้ (Folkman, Lazarus, Gruen, & Delongis, 1986; Folkman & Lazarus, 1988)

1.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (positive reappraisal) เป็นการปรับการให้ความหมายของสถานการณ์นั้นใหม่ในทางที่ดี โดยไม่มีการบิดเบือนความจริง

1.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหาและเป็นผู้รับผิดชอบต่อปัญหานั้น

1.3 การควบคุมตนเอง (self-controlling) เป็นความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองให้คงที่หรือเป็นการพึ่งตนเอง เช่น การใช้เวลาอยู่เงียบ ๆ คนเดียวเพื่อคิดทบทวนแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นต้น

1.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนจากที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยทางวัตถุและการช่วยเหลือทางจิตใจ

1.5 การถอยห่าง (distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่จะลดความสำคัญของสถานการณ์นั้นลง โดยหาวิธีเว้นระยะห่างของตนเองกับสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม เช่น ทำเป็นไม่สนใจเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น เป็นต้น

1.6 การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา (escape - avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การลอบใจตนเอง การดื่มสุรา หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น เป็นวิธีที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ (Folkman et al., 1986 cited in Folkman & Lazarus, 1991) และอาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจได้ (Benner, 1984 cited in Folkman & Lazarus, 1991)

2. วิธีการปรับแก้โดยมุ่งเน้นที่การแก้ปัญหา เป็นวิธีที่บุคคลใช้เมื่อได้ประเมินแล้ว พบว่าสถานการณ์ปัญหาพอที่จะปรับเปลี่ยนให้บรรเทาได้ คาห์น (Kahn, 1964 cited in Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า เป็นวิธีที่ใช้ในการลดความกดดันของบุคคลทั้งจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบและด้านตนเอง และเป็นวิธีที่ทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในกระบวนการคิด เช่น การปรับระดับความต้องการให้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง พิจารณามีส่วนร่วมในปัญหาให้ชัดเจนอีกครั้ง หาช่องทางเลือกเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่คาดหวังไว้หลาย ๆ ทาง พัฒนามาตรฐานของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น การรักษาสิทธิของตนเองโดยไม่ก้าวล้ำสิทธิของผู้อื่น การเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้มากขึ้นและท้ายที่สุดคาห์นและคณะ (Kahn et al., 1964 cited in Lazarus & Folkman, 1984) ชี้ให้เห็นว่าจากตัวอย่างที่ยกมาทั้งหมดข้างต้นเป็นวิธีประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่งต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ยกเว้นวิธีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้มากขึ้น วิธีการปรับแก้โดยมุ่งที่การแก้ปัญหา ได้แก่ (Folkman, Lazarus, Gruen, & Delongis 1986; Folkman & Lazarus, 1988)

2.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจสถานการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อขจัดปัญหาออกไป

2.2 การวางแผนแก้ปัญหา (planful problem solving) เป็นวิธีที่มุ่งจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพยายามเปลี่ยนสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น มองปัญหาอย่างเป็นกลาง ทำตามขั้นตอน มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางเลือกหลาย ๆ วิธีหรือใช้ประสบการณ์เดิมเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ผลดีมากขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การปรับแก้เป็นการแสดงถึงความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในการป้องกัน บรรเทา หลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิด

ความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น โดยบุคคลอาจจะเลือกใช้วิธีการปรับแก้หนึ่งวิธีที่คุ้นเคยจากประสบการณ์ในอดีต หรือหลากหลายวิธีในเวลาเดียวกัน หรือไม่ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันบุคคลก็อาจใช้วิธีการปรับแก้ที่เหมือนเดิม แล้วแต่ลักษณะการประเมินของกระบวนการคิดที่เกิดจากการประเมินซ้ำและวิธีการปรับแก้ที่บุคคลเลือกใช้นั้น ไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีไหนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพหรือช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาและความแตกต่างของบุคคลในด้านการรับรู้ ค่านิยม และความคาดหวังต่าง ๆ วิธีการปรับแก้จึงถือได้ว่ามีลักษณะจำเพาะในแต่ละบุคคลและไม่มีวิธีการปรับแก้วิธีใดวิธีหนึ่งที่จะใช้ได้กับทุกสถานการณ์ (Menaghan, 1982 cited in Taylor, 1986) และสิ่งสำคัญประการหนึ่งคือในการเลือกใช้วิธีการปรับแก้โดยเฉพาะวิธีที่มุ่งปรับอารมณ์ควรอยู่บนพื้นฐานความตระหนักรู้ในตนเอง เพราะหากใช้โดยขาดความตระหนักรู้ในตนเองก็อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจและทางกายได้

นอกจากนี้เกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการปรับแก้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจ กล่าวคือ เทเลอร์ (Taylor, 1986) ได้กล่าวถึงผลการศึกษาเปรียบเทียบการเลือกใช้วิธีการปรับแก้ของกลุ่มบุคคลที่ใช้วิธีหนีหลีกเลี่ยงและวิธีการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม พบว่า วิธีหนีหลีกเลี่ยงเป็นวิธีที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามในระยะสั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่เป็นวิธีที่ไม่ประสบความสำเร็จหากสถานการณ์คุกคามนั้นคงอยู่ในช่วงเวลานาน (persist overtime) และเป็นวิธีที่ไม่สามารถใช้จัดการกับสถานการณ์คุกคามที่คาดว่าจะเกิดในอนาคตได้ บุคคลที่ใช้วิธีการปรับแก้โดยการหนีหลีกเลี่ยงจึงละความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมในการคาดการณ์สถานการณ์ปัญหาที่จะเกิดในอนาคต รวมถึงวิธีที่จะใช้จัดการกับสถานการณ์ปัญหานั้น ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่คุกคามโดยตรง คือพบว่า บุคคลจะมีความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามในระยะยาว (long-term threats) (Goldstein, 1973 cited in Taylor, 1986) อัลวินด์ (Aldwin, 1994) กล่าวว่า การใช้วิธีการปรับแก้แบบหลีกเลี่ยงในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เกิดความทุกข์โศกทางจิตใจและทำให้ปัญหารุนแรงขึ้น แต่อาจเป็นวิธีการปรับแก้ที่ใช้ได้ดีในกรณีนำไปใช้กับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และวิธีการปรับแก้แบบเผชิญหน้ากับปัญหาที่โดยทั่วไปแล้วมีประโยชน์อาจจะเป็นผลเสียได้หากนำไปใช้กับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นความพยายามในการปรับแก้กับสถานการณ์ที่คุกคามอาจจะไม่ประสบความสำเร็จเสมอไป หากบุคคลพบว่าตนไม่สามารถบริหารจัดการหรือปรับลดกับสิ่งที่คุกคามได้ บุคคลอาจจะล้มเลิก (give up) ความพยายามที่จะไปถึงเป้าหมาย ซึ่งถูกขัดขวางโดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Carver & Scheier, 1985 cited in Scheier, Weintraub, & Carver, 1986) และพบว่าการเลือกใช้วิธีการปรับแก้มีความแตกต่างกันในบุคคลที่มองโลกในแง่ดีและในบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย ดังการศึกษาของ สชีเออร์, เวินทริบ, และคาร์เวอร์ (Scheire, Weintraub, & Carver, 1986) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับแก้กับความเครียดในบุคคลที่มองโลกในแง่ดีและบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยไมอามี โดยใช้แบบวัดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดวิธีการปรับแก้ของโฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980 cited in Scheire, Weintraub, & Carver, 1986) พบว่าวิธีการปรับแก้โดยมุ่ง

แก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดี การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การให้ความสำคัญทางบวกกับสถานการณ์ตึงเครียด และการยอมรับในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนในบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธและการถอยห่าง การมุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อภาวะกดดัน (focusing on stressful feeling) และการไม่สามารถกำหนดเป้าหมายจากสิ่งก่อความเครียดที่กำลังประสบอยู่

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าวิธีการปรับแก้ที่บุคคลเลือกใช้นั้น ไม่ได้บ่งถึงประสิทธิภาพในแต่ละวิธีแต่ขึ้นอยู่กับพิจารณาของบุคคลในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์ที่คุกคามและลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการปรับแก้ของบุคคล

ปัจจัยที่เอื้อต่อการปรับแก้

การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการปรับแก้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่จะเอื้อต่อการปรับแก้ของบุคคลนั้น ๆ อันประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984)

1. สุขภาพและพลังงาน (health and energy) ในบุคคลที่เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บป่วย จะทำให้ไม่มีพลังงานเพียงพอที่จะปรับแก้กับความเครียด เพราะสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อในการปรับแก้กับความเครียดได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่

2. ความเชื่อในทางบวก (positive belief) มีความสำคัญในแง่การรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามาระทบ บุคคลที่มีความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับความยุติธรรม อีสุภาพ ความดีความชั่ว หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะเป็นตัวช่วยในการประเมินสถานการณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม ความคิดในทางบวกต่อความสามารถหรือศักยภาพของตนเอง ต่อความมั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ จะเป็นตัวช่วยให้บุคคลมีกำลังใจหรือมีพลังที่จะปรับแก้กับความเครียดได้ดี แต่ความเชื่อในทางบวกบางอย่าง เช่น การเชื่อในอำนาจภายนอกตัว (external locus of control) อาจเป็นตัวขัดขวางการปรับแก้กับความเครียดได้เพราะทำให้บุคคลประเมินค่าว่าตนหมดหวัง จึงใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่ากลุ่มบุคคลที่เชื่อในอำนาจภายในตนเอง (internal locus of control) (Folkman, Aldwin, & Lazarus, 1981 cited in Lazarus & Folkman, 1984)

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem – solving skills) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะค้นหาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงผลได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหานี้มีผลจากการมีประสบการณ์กว้างไกล การสะสมความรู้ความฉลาดและความสามารถในการควบคุมตนเอง

4. ทักษะทางสังคม (social skill) เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะติดต่อสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อขอความร่วมมือกับบุคคลอื่นและสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปรับแก้กับความเครียด

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง แหล่งที่จะช่วยให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำหรือให้การช่วยเหลือ เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มทางศาสนา เป็นต้น

6. ปัจจัยทางวัตถุ (material resource) เช่น เงิน สิ่งของต่าง ๆ และสิ่งสาธารณูปโภคที่สามารถซื้อได้ด้วยเงิน

7. ปัจจัยทางบุคลิกภาพ (personality factors) ซึ่งนอกจากจะมีผลโดยตรงต่อประสบการณ์ของความเครียดแล้ว ลักษณะต่าง ๆ ของบุคลิกภาพ เช่น การรับรู้ในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การมีความสำนึกในคุณค่าตนเองสูง ความเข้มแข็งอดทน (hardiness) เชาวปัญญา (intelligence) ความเข้มแข็งของอีโก (ego strength) ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence) และการมีอารมณ์ขัน (sense of humor) จะเป็นตัวส่งเสริมให้การปรับแก้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Betz & Thomas, 1979 cited in Taylor, 1986; Wheaton, 1983 cited in Taylor, 1986)

8. สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ ในชีวิต บุคคลที่ต้องจัดการกับสถานการณ์ความเครียดหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน เช่น ความล้มเหลวในชีวิตสมรส ปัญหาทางการเงินหรือปัญหาสุขภาพ เป็นต้น จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีปัจจัยเพื่อใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดใหม่ที่เข้ามากระทบน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Cohen & Lazarus, 1979 cited in Taylor, 1986)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เอื้อต่อการปรับแก้ของบุคคลมีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการใช้วิธีการปรับแก้ที่เหมาะสมและขัดขวางการเลือกใช้วิธีการปรับแก้

วิธีการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาลในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแก่นักศึกษาพยาบาลค่อนข้างมาก (Pagana, 1988; Admi, 1997) จากการศึกษาของมาแฮต (Mahat, 1996) ที่ศึกษาความเครียดและการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ในการเรียนทางคลินิก ในนักศึกษาพยาบาลชาวเนปาล จำนวน 104 คน ศึกษาโดยใช้แนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดให้นักศึกษาพยาบาลบรรยายถึงวิธีการปรับแก้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้ พบว่าวิธีการปรับแก้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 4) การควบคุมตนเอง 5) การผ่อนคลายความตึงเครียด 6) การหลีกเลี่ยง 7) การนึกคิดให้เป็นไปตามความปรารถนา และ 8) การใช้ความรู้สึกในทางลบ วิธีการปรับแก้ที่นักศึกษาใช้บ่อยที่สุด คือ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมและใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่ามุ่งที่การแก้ปัญหา ส่วนสถานการณ์ความเครียดที่นักศึกษาพยาบาลเขียนบรรยายมี 104 สถานการณ์ แบ่งได้เป็น 4 หมวดใหญ่ ๆ คือ 1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) การฝึกประสบการณ์ทางคลินิกครั้งแรก 3) ความรู้สึกเหมือนขาดคนช่วยเหลือ (feeling helpless) และ 4) ประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกถูกลดเกียรติ (demeaning experience) จากการศึกษาของโจนส์และจอห์นสตัน (Jones & Johnston, 1997) ที่ศึกษาอารมณ์ทุกขโศก ความเครียดและการปรับแก้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 220 คน ที่เมืองเฮย์ไซด์ (Tayside) ประเทศสกอตแลนด์ โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire)

แบบวัดความเครียดของเบคและศรีวาสทาวา (Beck & Srivastava Stress Inventory: BSSI) และแบบสอบถามวิธีการปรับแก้ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามวิธีการปรับแก้ของโฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1988) พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสถานการณ์เดียวกับสถานการณ์ที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด นักศึกษาพยาบาลใช้วิธีการปรับแก้โดยมุ่งที่การแก้ปัญหาสัมพันธ์กับการมีอารมณ์ทุกข์โศกและความเครียดในระดับต่ำและใช้วิธีจินตนาการ (fantasy) และความไม่เป็นมิตร (hostile) สัมพันธ์กับการมีอารมณ์ทุกข์โศกและความเครียดในระดับสูง และท้ายที่สุดจากการศึกษาของเคิร์คลแลนด์ (Kirkland, 1998) ที่ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและกลวิธีต่าง ๆ ในการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาลแอฟริกัน อเมริกัน หญิง หลักสูตรประกาศนียบัตรที่ประสบความสำเร็จทางการศึกษา จำนวน 23 คน ในมหาวิทยาลัยที่เป็นของชาวผิวขาว 3 แห่ง ที่แคลิฟอร์เนียตอนใต้ ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์และเชิงพรรณนา โดยมุ่งศึกษา 3 ประเด็น คือ 1) สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคืออะไร 2) นักศึกษาพยาบาลใช้กลวิธีในการปรับแก้แบบไหน และ 3) กลวิธีในการปรับแก้แบบไหนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนใหญ่ ได้แก่ การเรียนหรือการสอน (academic) สิ่งแวดล้อม การเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและปัญหาส่วนตัว กลวิธีในการปรับแก้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้ ได้แก่ 1) การปรับแก้โดยมุ่งที่การแก้ปัญหา 2) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมเพื่อเหตุผลในการเป็นเครื่องมือช่วยในการปรับแก้ 3) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมเพื่อเหตุผลทางอารมณ์ 4) การวางแผน 5) การระบายอารมณ์ 6) การลดระดับการรับรู้ต่อกิจกรรมที่แข่งขัน 7) การจำกัดการปรับแก้ (restraint coping) 8) การแปลความหมายใหม่ทางบวก 9) การพึ่งศาสนา 10) การยอมรับ 11) พฤติกรรมแปลกแยก (behavioral disengagement) 12) ภาวะจิตใจแปลกแยก (mental disengagement) 13) การปฏิเสธ และ 14) การพึ่งยาและสุรา ส่วนกลวิธีในการปรับแก้ที่ใช้มากที่สุดและประสบผลสำเร็จคือ 1) การปรับแก้โดยมุ่งที่การแก้ปัญหา 2) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมเพื่อเหตุผลในการเป็นเครื่องมือช่วยในการปรับแก้ ได้แก่ การแสวงหาข่าวสาร การช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากบุคคลที่คิดว่าจะช่วยเหลือได้ และ 3) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมเพื่อเหตุผลทางอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความเห็นใจหรือระดับประคองอารมณ์จากบุคคลอื่น

ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ อัมกร ประคองจิต (2536) ที่ศึกษาวิธีการเอาชนะความเครียดและความเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 จำนวน 146 คน โดยใช้แบบวัด 2 ชุด คือ 1) แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิค ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการปรับแก้ของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 อ้างใน อัมกร ประคองจิต, 2536) ซึ่งแบ่งวิธีการเอาชนะความเครียดออกเป็น 3 แบบ คือ วิธีการเอาชนะความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (confrontive coping) วิธีการเอาชนะความเครียดแบบแก้ด้วยอารมณ์ (emotive coping behavior) และวิธีการเอาชนะความเครียดแบบบรรเทา (pulliative coping behavior) 2) แบบวัดความเห็นต่อสุขภาพของแมคมิลแลน (Macmillan, 1957 อ้างใน อัมกร ประคองจิต, 2536) พบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลใช้วิธีการเอาชนะความเครียดทั้ง 3 แบบ คือ แบบแก้ปัญหา แบบแก้ด้วยอารมณ์และแบบบรรเทา จากใช้มาก

ที่สุดถึงน้อยที่สุด ดังนี้ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ใช้แบบแก้ปัญหา แบบแก้ด้วยอารมณ์และแบบบรรเทาตามลำดับ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ใช้แบบแก้ปัญหา แบบบรรเทาและแบบแก้ด้วยอารมณ์ตามลำดับ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ใช้แบบแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือแบบบรรเทาและแบบแก้ด้วยอารมณ์เท่ากัน 2) นักศึกษาพยาบาลที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ใช้แบบแก้ปัญหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมาคือแบบแก้ด้วยอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 11.5 และแบบบรรเทาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งไม่แตกต่างจากลักษณะการเลือกใช้วิธีการเอาชนะความเครียดในนักศึกษาพยาบาลที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีที่ใช้แบบแก้ปัญหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาคือแบบแก้ด้วยอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 27.8 และแบบบรรเทาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.2 และจากการศึกษาของ สุนทรี เวปุละ (2538) ที่ศึกษาเปรียบเทียบเรื่องการศึกษาต้นเหตุของความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดตามประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 3 และ 4 จำนวน 287 คน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นกรอบแนวคิด เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดต้นเหตุของความเครียด แบบวัดการตอบสนองต่อความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด 6 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะการแก้ไขปัญหา การยอมรับ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การเบี่ยงเบนความสนใจ การหลีกเลี่ยง และการต่อต้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองทั้งหมด พบว่า 1) ต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ต้นเหตุความเครียดด้านระหว่างบุคคล รองลงมาคือด้านภายในบุคคลและด้านภายนอกบุคคลตามลำดับ 2) นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยการตอบสนองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ดังนี้ ใช้การยอมรับอยู่ในระดับมาก ใช้ลักษณะการแก้ปัญหา การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการเบี่ยงเบนความสนใจอยู่ในระดับปานกลาง และใช้การต่อต้านและหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับน้อย 3) นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับต่ำ จะมีความเครียดจากต้นเหตุของความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงนี้นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมแบบเบมีการเผชิญความเครียดในลักษณะการแก้ปัญหามากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมแบบบี

จากงานวิจัยที่กล่าวอ้างมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปรับแก้กับความเครียดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลจะมีการใช้วิธีการปรับแก้มากกว่าหนึ่งแบบร่วมกัน โดยระดับอารมณ์ทุกขั้ว ระดับความเครียด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดรูปแบบวิธีการปรับแก้ว่าจะมุ่งเน้นด้านใดมากกว่ากันระหว่างวิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและวิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นที่อารมณ์

แบบสอบถามวิธีการปรับแก้

แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ครั้งนี้พัฒนาขึ้นภายใต้คำนิยามของวิธีการปรับแก้ของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า การปรับแก้เป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ใน

การจัดการกับข้อเรียกร้อง (demand) ที่เฉพาะทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ ดังนั้นจึงเป็นแบบสอบถามที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดและการแสดงออกของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดที่เข้ามากระทบ

แบบสอบถามวิธีการปรับแก้เดิมมีชื่อว่า Ways of Coping Checklist ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Berkley Stress and Coping project ในระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 67 ข้อ ที่มีใจความหลักของข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับแก้ในลักษณะ การป้องกัน (defensive) หรือบรรเทา เช่น การหนีหลีกเลี่ยง การนึกคิดให้เป็นไปตามความปรารถนา (whisful thinking) การใช้เหตุผลต่อสู้ความขัดแย้งและอารมณ์ในใจ (intellectualization) การแยกตัว การเก็บกด และข้อคำถามที่มีใจความหลักเกี่ยวกับการแก้ปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การยับยั้งการแสดงออก (inhibition action) และการกระทำโดยตรง การตอบแบบสอบถามให้เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” นำมาใช้ครั้งแรกโดย โฟล์คแมน (Folkman, 1979) โฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980) ต่อมาโฟล์คแมนและลาซารัสได้ปรับปรุงข้อคำถามใหม่ โดยตัดข้อคำถามที่เกินความต้องการและไม่ชัดเจนออกและเพิ่มข้อคำถาม เช่น ข้อคำถามที่มีใจความเกี่ยวกับการอธิษฐาน (prayer) เพื่อให้ตนเองสามารถมีกำลังใจในการแก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม เหลือข้อคำถาม 66 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ 8 วิธี คือ ลักษณะที่ 1 วิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นอารมณ์ ประกอบด้วยวิธีการปรับแก้ 6 วิธี และลักษณะที่ 2 วิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา ประกอบด้วยวิธีการปรับแก้ 2 วิธี และเปลี่ยนลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลยให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน

แบบสอบถามวิธีการปรับแก้สามารถใช้ประเมินได้ทั้งในคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง การตอบแบบสอบถามสามารถใช้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของวิธีการปรับแก้ในแต่ละวิธีอยู่ระหว่าง .69 ถึง .79

สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ณ. คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 60 คน ปองลดา พรหมจันทร์ (2542) นำไปใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ. ศ. 2541 และประทุม สุขมี (2542) นำไปศึกษาในผู้ที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ. ศ. 2539 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ. ศ. 2541

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความเครียดและวิธีการปรับแก้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในขณะที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามแนวของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่เน้นการประเมินค่าต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ กล่าวคือ สถานการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ถือเป็นสถานการณ์ที่เข้ามากระทบนักศึกษาพยาบาล ที่อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์นี้ว่าส่งผลกระทบต่อตนเองเป็นภาวะเครียดในลักษณะเป็นอันตราย คุกคามหรือท้าทาย ซึ่งเมื่อนักศึกษาพยาบาลประเมินค่าสถานการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นภาวะเครียด ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมในการที่จะปรับแก้กับความเครียด ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1988) แบ่งวิธีการปรับแก้ออกเป็น 2 ลักษณะ มี 8 วิธี คือ ลักษณะที่ 1 วิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นอารมณ์ ประกอบด้วยวิธีการปรับแก้ 6 วิธี ได้แก่ การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่างและการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา และ/หรือ ลักษณะที่ 2 วิธีการปรับแก้ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหามา ประกอบด้วยวิธีการปรับแก้ 2 วิธี ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการวางแผนแก้ปัญหามา