

STRESS MANAGEMENT OF MEDICAL PERSONNEL IN A GOVERNMENT HOSPITAL FOLLOWING THE OUTBREAK OF A HIGHLY CONTAGIOUS SERIOUS DISEASE

Yothaka AEMKONGSRI¹, Sithipan CHAIYANAN¹, Injira NIYOMTOON^{1*} and Saipin CHAIYANAN¹

¹ Faculty of Health Sciences, Siam Technology College, Thailand; injiran@siamtechno.ac.th

(Corresponding Author)

ARTICLE HISTORY

Received: 9 June 2025

Revised: 23 June 2025

Published: 7 July 2025

ABSTRACT

This research studies the stress management of medical personnel working in a government hospital in Bangkok. After the outbreak of COVID-19, stress occurred on personnel at all levels in the hospital. The sample in this research is 299 medical personnel working in different duties in the hospital. The data was collected during February-May 2023. The stress of the personnel was assessed by the SuanPrung Stress Scale of the Department of Mental Health and was found to be at a moderate level. The relationship between stress management behavior and the stress level of the sample medical personnel was tested by Pearson correlation statistics. It was found that overall, there was no relationship between stress levels and stress management, both problem-solving ($p > .05$) and mood-reducing ($p > .05$). However, it can be seen that there was a negative relationship in some areas. That is, when practice more, stress will decrease. This behavior, although it has a very low level of stress, is statistically significant ($p < .05$). Coping with stress is a problem-solving method, including trying to forget all problems or let go ($r = -.168$, $p = .004$). Coping with stress aimed at reducing emotions includes doing entertaining activities with others ($r = -0.186$, $p = 0.001$) and trying to stay calm and not panic and face problems ($r = -0.119$, $p = .040$). The results of this research lead to the development of guidelines for managing, reducing or eliminating stress among medical personnel who have worked during the serious epidemic.

Keywords: Stress, Stress Management, Medical Personnel, Covid-19

CITATION INFORMATION: Aemkongsri, Y., Chaiyanan, S., Niyomtoon, I., & Chaiyanan, S. (2025). Stress Management of Medical Personnel in a Government Hospital Following the Outbreak of a Highly Contagious Serious Disease. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 3(7), 42

การจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งภายหลังการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง

โยทะกา เอี่ยมคงศรี¹, สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์¹, อินจิรา นิยมธูร^{1*} และ สายพิณ ไชยนันท์¹

1 คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม; injiran@siamtechno.ac.th (ผู้ประพันธ์บรรณกิจ)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ศึกษาถึงการบริหารความเครียดบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ภายหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดความเครียดกับบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ตัวอย่างในการวิจัยนี้คือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในหน้าที่ต่างกันในโรงพยาบาล จำนวน 299 คน การเก็บข้อมูลเก็บในช่วง กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2566 ความเครียดของบุคลากรประเมินโดยแบบวัดความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิตพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการความเครียดกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างทดสอบโดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา ($p > .05$) และแบบมุ่งลดอารมณ์ ($p > .05$) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์ทางลบเกิดขึ้นในบางพฤติกรรม คือ เมื่อปฏิบัติมากความเครียดจะลดลง แม้ว่าจะมีระดับความเครียดต่ำมากแต่นี้นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา ได้แก่ การพยายามลืมปัญหาทั้งปวงหรือปล่อยวาง ($r = -.168, p = .004$) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ ได้แก่ การทำกิจกรรมบันเทิงร่วมกับผู้อื่น ($r = -0.186, p = 0.001$) และการที่พยายามตั้งสติไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา ($r = -0.119, p = .040$) ผลการวิจัยนี้นำไปสู่การเกิดแนวทางที่จะดำเนินการเพื่อบริหารจัดการลดหรือกำจัดความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการทำงานในช่วงเกิดโรคระบาดร้ายแรงลงได้

คำสำคัญ: ความเครียด, การจัดการความเครียด, บุคลากรทางการแพทย์, โรคโควิด-19

ข้อมูลการอ้างอิง: โยทะกา เอี่ยมคงศรี, สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์, อินจิรา นิยมธูร และ สายพิณ ไชยนันท์. (2568). การจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งภายหลังการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง.

Procedia of Multidisciplinary Research, 3(7), 42

บทนำ

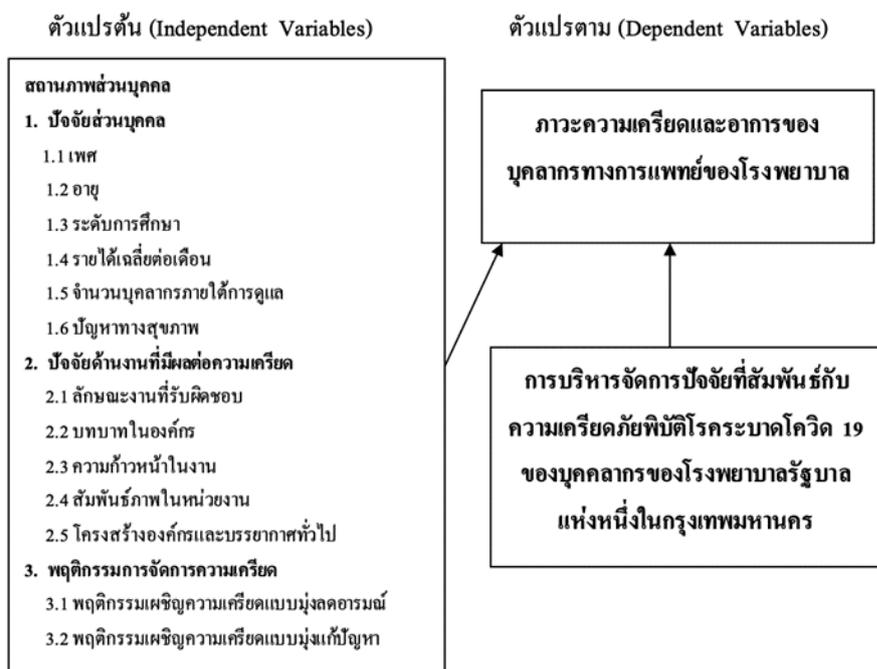
ปัจจุบันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีการควบคุมได้ดีขึ้น จากความร่วมมือของประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และทุกภาคส่วน แต่ผลกระทบจากการระบาดและมาตรการในการควบคุมโรคที่ต่อเนื่องยาวนานส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจภาวะเครียด (Stress) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า บุคลากรสาธารณสุข 8 ใน 10 คน และประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงานจนอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน สมาธิไม่ดี ทำงานบกพร่องหรืออารมณ์แปรปรวนจนมีปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัวและกับเพื่อนร่วมงาน ความเครียดสะสมยังอาจนำไปสู่การตัดสินใจผิดพลาด ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลต่างๆ ยังต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง ความเครียดไม่มีวันยุติ การสำรวจความเครียดและการจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ตลอดจนจนหน่วยงานบริการทางสาธารณสุขได้มีการดำเนินการและรายงานกันมาในระดับหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Pappa et.al., 2020; เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2563; พรนิภา หาญละคร และคณะ, 2564; จารุวรรณ ประภาสอน, 2564; วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2565; ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข และ ชีระวุธ ธรรมกุล, 2565) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลหรือสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ (นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ, 2562; ชันชัย ชันทะชา, 2565; บัญชา จันสิน, 2565) พบว่า ความเครียดส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ การทราบสถานการณ์ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจะสามารถทำให้เกิดการทำงานแบบไม่เครียด ความเครียดมักทำให้เกิดผลเสีย ทำให้การพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคมหยุดชะงัก เกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรง มีการแยกตัวจากสังคมกลุ่มเพื่อน ถ้าความเครียดรุนแรงทำให้เกิดความกดดันจากตัวเองและคนรอบข้าง จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันแบบปกติ ต่อไปได้

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ความเครียด การจัดการความเครียด และ การบริหารจัดการความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครภายหลังการแพร่ระบาดของโรคระบาดร้ายแรง ได้แก่ Covid-19 เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน สร้างแนวทางเพื่อป้องกันและลดสาเหตุของการเกิดความเครียดของของบุคคลากรของโรงพยาบาล สำหรับดูแลโรคระบาดนี้ต่อไปหลังจากโรคลดความรุนแรงลงแล้ว หรือสำหรับเป็นแนวทางในการรับมือเมื่อมีโรคระบาดใหม่

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุระดับการศึกษารายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนบุคลากรที่ต้องรับผิดชอบดูแลภายใต้การดูแลการและปัญหาทางด้านสุขภาพไม่มีความแตกต่างต่อระดับความเครียด
- 2) ปัจจัยด้านงานมีผลต่อความเครียดสัมพันธ์กับระดับความเครียด
- 3) พฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดพฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่ส่งผลต่อระดับความเครียด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประชากรในการศึกษา คือบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1319 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป คำนวณตามวิธีการของ Krejcie & Morgan (1970) ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 299 คน การเลือกตัวอย่างทำโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Simple Random Sampling) โดยผู้ศึกษาส่งแบบสอบถามออนไลน์แก่บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนการมีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล และ ปัญหาทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ ((Suanprung Stress Test-20, SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต วัดในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ คือ 1 = ไม่รู้สึกเครียด 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง 4 = รู้สึกเครียดมาก 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด การจำแนกระดับความเครียด ตามเกณฑ์การประเมินในการใช้แบบวัดสวนปรุง 20 ข้อ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) เมื่อรวมคะแนนทุกข้อของแต่ละคนให้นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ต่อไปนี้

ระดับคะแนน 0-23 คะแนน ความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 24-41 คะแนน ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 42-61 คะแนน ความเครียดอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการลดความเครียด (การจัดการความเครียด) แบ่งเป็น 2 พฤติกรรมหลัก คือ

1) พฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญปัญหา) แบบมุ่งแก้ปัญหา และ 2) พฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญ

ปัญหา) แบบมุงลตออารมณ์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงระดับเดียว จาก 5 = ทำเป็นประจำ 4 = ทำบ่อยๆ 3 = เป็นบางครั้ง 2 = เกือบไม่เคย 1 = ไม่เคยทำการแปลผล จากค่าเฉลี่ยของข้อมูลแบ่ง ออกเป็น 5 ช่วง ดังนี้ คะแนนปฏิบัติ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด 1.81-2.60ระดับน้อย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับมาก และ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ในการประเมินความเครียด ใช้ แบบประเมินความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบประเมินที่ได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เสนอแนะความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมทั้งทางด้านเนื้อหา โดยคำนวณเป็นค่า Item-objective congruence (IOC) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้แบบสอบถาม 30 ชุด กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.93 จากนั้นจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามทางออนไลน์โดยใช้ Google form จากกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ต่อจากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบหาความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์วิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความเครียดกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่าง ทำโดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ภาพรวมปัจจัยส่วนบุคคล ของตัวอย่างในงานวิจัยนี้ พบว่ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 78.3 เพศชาย 21.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 ถึงน้อยกว่า 40 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 35.1 อายุ 40 ถึงน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 32.1 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.7 และ อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 12.0 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6 สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 และต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 มีรายได้ 15,000-20,000 บาท จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 มากกว่า 30,000 บาท จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 20,001-25,000 บาท จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4 น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 และ 25,001-30,000 บาท จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ส่วนใหญ่มีบุคคลที่รับผิดชอบ จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ไม่มีบุคคลที่รับผิดชอบ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 และกลุ่มตัวอย่างด้านไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดและอาการของความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับระดับความเครียดและอาการของความเครียด ของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเครียดของผู้ตอบแบบสอบถามของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังการแพร่ระบาดหนักของโควิด-19

ความเครียดและอาการของความเครียด	\bar{X}	S.D.	ลำดับที่
1) กลัวทำงานผิดพลาด	2.48	.928	7
2) ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.51	.977	6
3) ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน	2.13	1.177	15
4) เป็นกังวลกับเรื่องสิ่งแวดล้อม	2.40	1.102	8
5) รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	2.11	1.002	17
6) เงินไม่พอใช้จ่าย	2.90	1.302	1
7) กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	2.84	1.114	2
8) ปวดหัวจากการตึงเครียด	2.57	1.131	4
9) ปวดหลัง	2.77	1.103	3
10) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	2.26	1.135	13
11) ปวดศีรษะข้างเดียว	2.17	1.078	14
12) รู้สึกวิตกกังวล	2.54	1.027	5
13) รู้สึกคับข้องใจ	2.36	1.048	9
14) รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิดใจ	2.28	.927	12
15) รู้สึกเศร้า	2.05	.942	18
16) ความจำไม่ดี	2.32	1.073	11
17) รู้สึกสับสน	2.11	1.050	16
18) ตั้งสมาธิลำบาก	2.05	1.054	19
19) รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.33	1.133	10
20) เป็นหวัดบ่อย	1.93	1.009	20

ที่มา: แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์การประเมินในการใช้แบบประเมินความเครียด SPST 20 (N=299 คน)

ระดับความเครียด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับเครียดน้อย (0-23 คะแนน)	60	20.06
ระดับเครียดปานกลาง (24-41คะแนน)	209	69.90
ระดับเครียดสูง (42-62 คะแนน)	30	10.03
ระดับเครียดรุนแรง (>63 คะแนน)	0	0

ค่าคะแนนเฉลี่ย = 29.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.08

เมื่อพิจารณาจากการวัดผลตามแบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต จะเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังการแพร่ระบาดหนักของโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดระดับปานกลาง แสดงว่า บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ มีความเครียดเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เครียดที่เพิ่งผ่านมา เช่น การระบาดของโรคร้ายแรงโควิด-19 อาจทำให้รู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์รับได้ไม่ก่อให้เกิดผลเสีย

ต่อการดำเนินชีวิต บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ อาจมีวิธีดำเนินการในการเผชิญหรือจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ระดับหนึ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมลดความเครียด (การจัดการความเครียด) แบ่งเป็น 2 พฤติกรรมหลัก คือ 1) พฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญปัญหา) แบบมุ่งแก้ปัญหา และ 2) พฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญปัญหา) แบบมุ่งลดอารมณ์

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ตารางที่ 3) พบว่า โดยรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (3.02 ± 1.146) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติมาก คือ เร็วรู้ที่จะพัฒนาตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา (3.86 ± 1.151) ปรึกษากับผู้ที่เรารู้สึกไว้วางใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ (3.75 ± 1.190) ยอมรับปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามความจริง (3.71 ± 1.036) ปรึกษากับผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า (3.66 ± 1.145) พิจารณาปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหาในการทำงานที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น (3.66 ± 1.152) แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (3.60 ± 1.099) เมื่อพบปัญหาจะแก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้นโดยตรง (3.55 ± 1.087) และพบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ในการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถามของบุคลากรทางการแพทย์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อการบริหารจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ โดยรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (2.94 ± 1.195) (ตารางที่ 4) พิจารณาจากรายด้านพบว่า มีระดับความถี่ในการปฏิบัติระดับมาก ต่อไปนี้ หากกิจกรรมต่างๆ ทำมากขึ้น เช่น ฟังเพลง เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ เป็นต้น (3.63 ± 1.250) ทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น (3.62 ± 1.194) พยายามตั้งสติไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา (3.49 ± 1.171) อุทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม (3.41 ± 1.118)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความเครียดกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความเครียดกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ทำโดยใช้สถิติทดสอบสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญปัญหา) แบบมุ่งแก้ปัญหากับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง

พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติ (Mean \pm SD)	Pearson coefficient	
		r	p-value
1) พิจารณาปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหาในการทำงานที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น	3.66 \pm 1.152	.090	.119
2) ยอมรับปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง	3.71 \pm 1.036	.011	.850
3) ยอมรับว่าเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	3.09 \pm 1.110	.154	.008*
4) แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้	3.60 \pm 1.099	.014	.810
5) เร็วรู้ที่จะพัฒนาตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา	3.86 \pm 1.151	.062	.282
6) ปรึกษากับผู้ที่เรารู้สึกไว้วางใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์	3.75 \pm 1.190	-.018	.756
7) ปรึกษากับผู้บังคับบัญชา หรือผู้มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า	3.66 \pm 1.145	-.078	.179
8) เมื่อพบปัญหาจะแก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้นโดยตรง	3.55 \pm 1.087	-.068	.238
9) พาดตนเองให้ห่างไกลจากต้นเหตุแห่งความเครียด	3.31 \pm 1.201	-.073	.209
10) พยายามลืมหันหลังหรือปล่อยวาง	3.31\pm1.275	-.168	.004*
11) ขอเปลี่ยนลักษณะงานที่รับผิดชอบ	2.24 \pm 1.146	.110	.056

พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติ (Mean ± SD)	Pearson coefficient	
		r	p-value
12) ขอเปลี่ยนงานให้ตรงกับความรู้ความสามารถ	2.22±1.161	.156	.007*
ภาพรวม	3.02±1.146	.023	.691

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา กับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง โดยใช้สถิติทดสอบสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) สามารถอธิบายผลได้ดังนี้ เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพฤติกรรมเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโดยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยค่า r (Pearson's product moment correlation coefficient) เท่ากับ .023 และ $p\text{-value} = .691$ เมื่อพิจารณาจากพฤติกรรมแต่ละด้าน เห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เกิดขึ้นในบางพฤติกรรม ในการมุ่งลดความเครียด จากความสัมพันธ์ในทางลบคือ เมื่อปฏิบัติมากขึ้นระดับความเครียดลดลง จากตารางที่ 3 จะเห็นว่า การลดความเครียดเกิดขึ้นกับข้อ 6 ปรึกษากับผู้ที่เรารู้สึกไว้วางใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ($r = -.018, p = .756$) ข้อ 7 ปรึกษากับผู้บังคับบัญชา หรือผู้มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า ($r = -.078, p = .179$) ข้อ 8 เมื่อพบปัญหาจะแก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้นโดยตรง ($r = -.068, p = .238$) ข้อ 9 พาดนเองให้ห่างไกลจากต้นเหตุแห่งความเครียด ($r = -.073, p = .209$) ข้อ 10 การพยายามลืมปัญหาทั้งปวงหรือปล่อยวางจะทำให้ระดับความเครียดลดลง ($r = -.168, p = .004$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เพียงข้อ 10

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียด (การเผชิญปัญหา) แบบมุ่งลดอารมณ์กับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง

พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์	ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติ (Mean ± SD)	Pearson coefficient	
		r	p-value
1) เล่าปัญหาที่ไม่สบายใจให้คนใกล้ชิดฟัง พุดความไม่สบายใจหรือปัญหา	3.19±1.153	.033	.569
2) พุดคุยในเรื่องขบขัน หรือเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหา แสดงอาการรื่นเริงเพื่อกลบเกลื่อนความไม่สบายใจ	3.12±1.174	.049	.400
3) ทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น เช่น ฟังเพลง เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ เป็นต้น	3.63±1.250	-.056	.334
4) ทำกิจกรรมบันเทิงร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปพักผ่อนกับครอบครัว	3.62±1.194	-.186	.001*
5) นอนหลับมากขึ้น	3.33±1.118	-.078	.178
6) จินตนาการว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว	2.33±1.230	.068	.244
7) รับประทานอาหาร ขนมต่างๆ เพิ่มขึ้น	2.84±1.249	.024	.685
8) เมื่อพบปัญหาจะแก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้นโดยตรง	3.19±1.189	.180	.002*
9) ทำจิตใจให้แจ่มใสเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น	3.07±1.212	-.036	.539
10) พยายามตั้งสติไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา	3.49±1.171	-.119	.040*
11) อูทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม	3.41±1.118	-.014	.812
12) ขอเปลี่ยนที่ทำงานเพื่ออยู่ให้ห่างจากต้นเหตุความเครียด	2.21±1.282	.131	.024*
ภาพรวม	2.94±1.195	.001	.980

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พบว่า จากตารางที่ 4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์กับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง โดยใช้สถิติทดสอบสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน สามารถอธิบายผลได้ ดังนี้ เมื่อพิจารณาภาพรวม ค่า $r = .001$, $p = .980$ สรุปได้ว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งใน กทม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่เมื่อพิจารณาในพฤติกรรมย่อยที่สามารถลดระดับความเครียดได้ คือ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมย่อยนั้นมากขึ้นสามารถทำให้ระดับความเครียดลดลง พบว่า ข้อ 3 หากิจกรรมต่างๆทำมากขึ้น เช่น ฟังเพลง เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ เป็นต้น ($r = -.056$, $p = .334$) ข้อ 4 ทำกิจกรรมบันเทิงร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปพักผ่อนกับครอบครัว ($r = -.186$, $p = .001$) ข้อ 5 นอนหลับมากขึ้น ($r = -.078$, $p = .178$) ข้อ 9 ทำจิตใจให้แจ่มใสเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ($r = -.036$, $p = .539$) ข้อ 10 พยายามตั้งสติไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา ($r = -.119$, $p = .040$) ข้อ 11 อุทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม ($r = -.014$, $p = .812$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เพียงข้อ 4 และ ข้อ 10

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

เมื่อศึกษาระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้แบบทดสอบวัดความเครียดสวนปรง 20 ข้อ (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครหลังจากผ่านการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการปรับตัวของบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้ากับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี บุคลากรมีวิธีการลดความเครียดได้ระดับหนึ่ง จากผลการวิเคราะห์วิธีการจัดการหรือลดความเครียด ซึ่งจำแนกเป็น 2 แบบหลัก คือ จัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา กับจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ พบว่า ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิเคราะห์วิธีการจัดการหรือลดความเครียด ทั้ง 2 แบบ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา กับจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ พบว่า ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำมาก แต่จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่ได้ผลในการลดความเครียดต้องประกอบกับการทำพฤติกรรมนั้นบ่อยมากขึ้นจึงจะทำให้ระดับความเครียดลดลงได้มากกว่าการปฏิบัติน้อยครั้ง ดังนั้นในการนำผลวิจัยนี้ไปใช้ ต้องเน้นย้ำว่าในการปฏิบัติเพื่อจัดการหรือลดความเครียด ควรพิจารณาถึง ความถี่ในการปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- ขันชัย ชันทะชา. (2565). ปัจจัยที่ีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 285-299
- จารุวรรณ ประภาสอน. (2564). ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 469-483.
- ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข และ วีระวุธ ธรรมกุล. (2565). ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปรานบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 20(1), 63-76.

- นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวัยรีน, วิภาดา ศรีเจริญ, นุชจร ครองดี และ สุทธธัญญาณ์ เฟิงปรางค์. (2562). ปัจจัยพยากรณ์ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 9(3), 194-201.
- บัญญัติ จันสิน. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 465-476.
- พรนิภา หาญละคร, ธาณี เพชรรัตน์, นิภาพรณ ฤทธิรอด, สุดถนอม กมลเลิศ, เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย, อธิปดีมีสิงห์. (2564). ความเครียด ความกังวล และผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(4), 488-494.
- วัชรีย์ แสงมณี, นันทิพย์ แก้ววิชิต, สุธิสา เต็มทับ, และ เจริญ กุลเกื้อ. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ ฝ้ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(1), 17-32.
- เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 400-408.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Pappa, S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.

Data Availability Statement: The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Conflicts of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's Note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.



Copyright: © 2025 by the authors. This is a fully open-access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).