

**ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อ
ความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และการบริหารการพยาบาล
ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้**

**Impact from Unrest Situations in the Southernmost Provinces to Stress,
and Coping, Quality of Life, and Nursing Administration
as Perceived by Nurse Administrators in the Southernmost Provinces**

นางนุช บุญยัง
ประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ
ศศิธร ทุมควง

**งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปี 2549**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายโดยมีวัตถุประสงค์ 4 ข้อ 1) ศึกษาความเครียด 2) การปรับตัวต่อความเครียด 3) คุณภาพชีวิต และ 4) ผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการบริหารงานของผู้บริหารทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 72 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดของโคเฮน แคมมาร์ก และ เมอเมลสไตน์ (Cohen, Kamarak & Mermelsteins, 1983) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเครียดของคอสเวย์ และ เอนเดอร์ (Cosway & Endler, 2000) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF, 1996) และส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์รายกลุ่มเรื่องผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบต่อกระบวนการบริหารการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของร็อบบิ้นส์และดิเซนโซ (Robbins & Dezenzo, 2001) การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 4 เป็นลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-rating questionnaires) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (group interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ของ ไคไลซี่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2) และกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่รับรู้ภาวะเครียดในระดับต่ำ (ร้อยละ 25) กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยรับรู้ภาวะเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 2.8) และการปรับตัวต่อความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = 0.32$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความเครียดรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านการมุ่งปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.59$) ด้านการหลีกเลี่ยง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = 0.45$) และด้านการมุ่งปรับอารมณ์ ($\bar{X} = 1.46$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.11$, $SD = 8.76$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 73.63$, $SD = 11.96$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 66.50$, $SD = 11.52$) และอีก 2 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่

ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 56.88, SD = 11.30$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 43.44, SD = 13.42$) ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์รายกลุ่ม พบว่าประเด็นต่างๆเกี่ยวกับ ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารงานมีดังนี้

การวางแผน: ไม่มีการวางแผนรองรับกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการปรับแผนการให้บริการเชิงรุกเนื่องจากความไม่ปลอดภัยหากปฏิบัติตามแผนเชิงรุกที่วางไว้ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และมีการจัดเตรียมแผนสำรองเพื่อให้ได้อัตรากำลังเพิ่ม

การจัดองค์กร: มีการปรับระบบการรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นสายตรง เกิดระบบพันธมิตรเครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาล ปรับบทบาทหน้าที่ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ ปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม

การบริหารทรัพยากรบุคคล: การบริหารงานบุคคลเป็นเรื่องที่หัวหน้าต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการให้มีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่อย่างเพียงพอ การเพิ่มมาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับบุคลากร และ แนวทางหลักของการพัฒนาสมรรถนะคือ ระบบพี่สอนน้อง

การนำ: ส่งเสริมความสามัคคีในระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งองค์กร ส่งเสริมระบบการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารและความเคลื่อนไหวด้านสถานการณ์ภายนอกโรงพยาบาลด้วยการติดตามข่าววิทยุ และ การแสดงออกถึงภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับสถานการณ์

การควบคุม: มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานมากขึ้น และ สิ่งที่ควบคุมไม่ได้คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาความสะอาดหอผู้ป่วย

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเตรียมเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ตามสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปลี่ยนแปลง การปรับแก้กระบวนการบริหารเพื่อเอื้อให้บริการบุคลากรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และพัฒนาแนวทางการบริหารบุคคลให้พยาบาลประจำการมีความรักผูกพันต่อองค์กรและยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างมีความสุขต่อไป

Abstract

The purposes of this descriptive research had 4 folds: 1) to study the level of stress, 2) to study the level of coping, 3) to study the level of quality of life, and 4) to study the impact of unrest situation of the southernmost provinces on nursing administration. Sample was a group of 72 nurse administrators including head nurses, supervisors, and nursing directors of provincial hospitals and community hospitals within the southernmost provinces. Instruments used in this study consisted of 5 parts. Part 1 was a demographic data, part 2 was a questionnaire of perceived stress developed by Cohen, Kamarak, Mermelsteins (1983), part 3 was a questionnaire of coping to the stress based on Cosway & Endler, (2000), and part 4 was a questionnaire of quality of life was applied from the short version of quality of life (WHOQOL-BREF) which developed by World Health Organization (1996). Part 5 was a set of questions for group interview based on the administration process of Robbins & Decenzo, (2001). Data of part 1 to part 4 were collected by self-report questionnaire, and were analyzed by frequency, percent, mean and standard deviation. Data of part 5 were obtained by group interview and were analyzed by content analysis guided by Colizi technique.

Results showed that majority of the sample perceived the overall stress at moderate level (72.2 %), one-fourth of them perceived stress at low level (25%), and a few perceived stress at high level (2.8%), and reported their overall coping to the stress at moderate level ($\bar{X} = 2.03$, $SD = .32$). When considering by dimensions of coping to the stress, each of them was at a moderate level as follows: task-oriented ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .59$); withdraw ($\bar{X} = 2.03$, $SD = .45$); and emotion-oriented ($\bar{X} = 1.46$, $SD = .60$) respectively.

The overall quality of life of the sample was at a moderate level ($\bar{X} = 60.11$, $SD = 8.76$) when considering by dimensions of quality of life, two of them were at moderate level as follows: physical ($\bar{X} = 73.63$, $SD = 11.96$) and social relationship ($\bar{X} = 66.50$, $SD = 11.52$). The others were at low levels: psychological ($\bar{X} = 56.88$, $SD = 11.30$) and environment ($\bar{X} = 43.44$, $SD = 13.42$) respectively.

Results from group interview yielding themes toward the impact of unrest situation to the steps of nursing administration were as follows: *planning*-there was no prepared

plan for taking care of the clients from the unrest situation of the southernmost provinces, there was a modification for proactive plan as un-safety reason for providing proactive care , having the increase budget for increasing some safety measures in hospital and formulating an alternative plan to get the needed staff; *organizing*-adjusting the report system to the nursing director and or nurse supervisors in case of any emergency, emerging an alliance system and network among hospitals, delegated the emergency room head nurse's role to provide effective care; *human resource management*-nurse administrators needed to put heavily efforts to have sufficient nurses to take care of the clients, increasing the safety measures for staff, and developing a coaching system, *leading*-promote the teamwork among health care personnel entire the hospital, support the ability of health care personnel to access needed information or the movement of the unrest situation, and performing a situational leadership role was required; *controlling*-increasing an interest to involve in improving the quality of services, and the uncontrollable cost was the excessive budget for cleaning the units/wards.

Nurse administrators would be able to bring these results as guidelines for improving the skills for coping to the stress from the unrest situations that has been occurred and to prepare for coping with events or the changing environment as well as to modify the nursing administration skills to nurture the health care personnel's performance to provide care effectively and improving human resource management in order to encourage nurses' commitment to the nursing organization and feel happily working in the hospital.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(2)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพ.....	4
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	7
ความหมายของความเครียด.....	7
สาเหตุของความเครียด.....	9
ระดับของความเครียด.....	10
ผลกระทบของความเครียด.....	12
การปรับตัวต่อความเครียด.....	13
คุณภาพชีวิต.....	15
ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการ บริหารการพยาบาล.....	20
การวางแผน.....	23
การจัดองค์การ.....	24
การบริหารทรัพยากรบุคคล.....	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การนำ.....	26
การควบคุม.....	27
3 การดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	36
ผลการวิจัย.....	36
อภิปรายผล.....	54
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	76
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด.....	87
ภาคผนวก ข แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเครียด.....	90
ภาคผนวก ค แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลใน..... จังหวัดชายแดนใต้.....	93
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล.....	98
ประวัติผู้เขียน.....	100

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	36
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความเครียด.....	38
3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา.....	38
4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปรับตัวต่อความเครียดจำแนกตามรายค้า.....	39
5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการมุ่งปฏิบัติงาน.....	40
6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการมุ่งปรับอารมณ์.....	41
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการหลีกเลี่ยง.....	42
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายค้า.....	43
9 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านร่างกาย.....	44
10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....	44
11 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ.	45
12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม.....	46
13 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	46

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

จากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก พบว่า สงครามมีผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชน รวมถึงการไม่ได้สัดส่วนของผู้หญิงและเด็ก (Ghobarah, Huth, & Russett, 2004) จากการศึกษารายงานในต่างประเทศถึงผลกระทบของสงครามต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เช่น สงครามปาเลสไตน์ทำให้เด็กเสียชีวิต มีภาวะขาดอาหาร เกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย มีความแปรปรวนด้านจิตอารมณ์ (Qouta & Odeh, 2005) การบุกกรุกของทหารอิสราเอลเข้าสู่เมืองเวสแบงก์ มีผลทำให้ชาวปาเลสไตน์ขาดเงินและอาหารในการยังชีพ เกิดภาวะเครียดทางจิตอารมณ์ เกิดผลกระทบต่อบริการพื้นฐานต่างๆ รวมทั้งการบริการด้านสุขภาพ (Giacaman, Hussneini, Gordon & Awartani, 2004) สงครามอาฟกานิสถาน ทำให้สตรีเกิดภาวะซึมเศร้า กังวล จิตอารมณ์ที่เปราะบาง (Cardozo, Bilukha, Gotway, Wolfe, Gerber, & Anderson, 2005)

ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2544 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ลักษณะของเหตุการณ์การลอบทำร้ายประชาชนและเจ้าหน้าที่ให้ถึงแก่ชีวิตในจังหวัดชายแดนภาคใต้ประเทศไทย การลอบวางระเบิดในสถานที่ต่างๆ การเผาโรงเรียนและทำลายสถานที่ราชการและทรัพย์สินของประชาชน มีจำนวนครั้งและยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น สามารถสรุปสถิติของการเกิดเหตุการณ์จนถึงมกราคม 2550 ได้ดังนี้ มีเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 1, 228 ครั้ง มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 2,362 ราย อัตราการบาดเจ็บ 5.9 ต่อแสนประชากรต่อเดือน มีจำนวนผู้เสียชีวิต 628 ราย มีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวม 1, 516 คน (รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือน มกราคม – ธันวาคม 2549) ครอบครัวมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีการก่อกวนและคุกคามการคมนาคมและสัญจรของประชาชน การปล่อยกระแสน้ำของการลอบวางระเบิดและการทำร้าย รวมทั้งการขัดขวางการประกอบอาชีพของประชาชนทำให้ประชาชนมีความเป็นอยู่อย่างแร้นแค้นขาดความสุขในชีวิตตระหนกตื่นกลัว ขาดการไปมาหาสู่ทำให้ประชาชนในพื้นที่โคดเคี้ยวขาดกำลังใจ ทำให้ประชาชนตัดสินใจย้ายและอพยพออกจากพื้นที่ โดยขอมละทิ้งถิ่นฐานและทรัพย์สินที่มีอยู่

เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นสภาวะที่ส่งผลให้สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิตของประชากรในจังหวัดภาคใต้อยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย มี

จำนวนผู้ใช้บริการประเภทบาดเจ็บ ถูกทำร้ายร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในบางครั้งตำรวจหรือทหาร ต้องให้การคุ้มครองนำส่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมายังโรงพยาบาล พยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อการเดินทางมาปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลในเวรบ่าย คึก หรือการเดินทางกลับที่พักของผู้ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลาเย็นหลังเลิกงานของเวรเช้า และเสี่ยง ต่อการออกพื้นที่เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ที่อยู่ในท้องถิ่นไกลออกไป ภาวะเสี่ยงต่างๆ จากการ เปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมอย่างรวดเร็วในระยะเวลานั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการบริหาร จัดการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลอย่างมาก

ผู้บริหารการพยาบาล เป็นผู้ที่มิบทบาทและหน้าที่ในการบริหารจัดการให้ พยาบาลทุกระดับของโรงพยาบาลมีจำนวนเพียงพอและปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบในเรื่องการวางแผน การจัดอัตรากำลังคน และการอำนวยความสะดวกเพื่อให้การบริการต่อ ความต้องการการดูแลที่มากขึ้นในยามที่ชุมชนต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบ รับผิดชอบต่อ การนำและการควบคุมดูแลเรื่องความปลอดภัยของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในขณะที่ปฏิบัติงาน และคุณภาพการให้บริการพยาบาล ขณะเดียวกันผู้บริหารการพยาบาลต้องปฏิบัติตามนโยบาย เฉพาะกิจของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้การบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ดำเนินไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้บริหารการพยาบาลมีประสบการณ์การบริหารจัดการต่างไป จากภาวะปกติทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้บริหารการพยาบาลในฐานะที่ผู้บริหารการพยาบาลซึ่งเป็น สมาชิกที่อยู่อาศัยของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ความไม่สงบดังกล่าวย่อมมีการ เปลี่ยนแปลงเช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่ สงบต่อบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลและกระบวนการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาล ทั้งในและนอกโรงพยาบาลและในชุมชน และบทบาทในการประสานงานกับสาขาวิชาชีพเพื่อนำผล การศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลนำเสนอผู้บริหารระดับสูงหรือระดับนโยบายต่อไป เพื่อหาแนวทาง ปรับแก้การบริหารจัดการให้เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ให้ ผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยและให้การดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อ ความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดน ภาคใต้

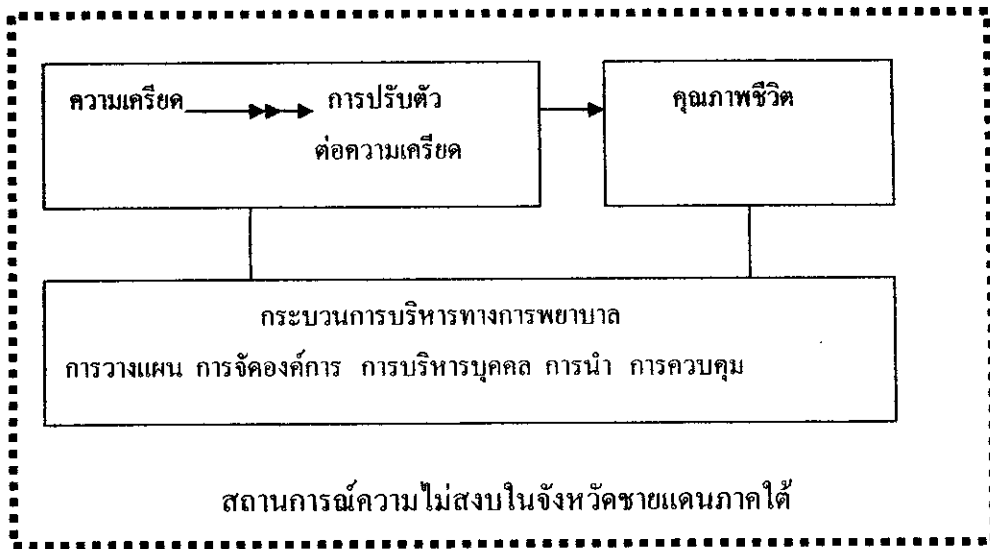
2. ศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารจัดการของผู้บริหารโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด และคุณภาพชีวิต จากผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในระดับใด
2. สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผลกระทบต่อกระบวนการบริหารจัดการของผู้บริหารโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของผู้บริหารทางการแพทย์ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทางตรงในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลและภาวะคุกคามทางอ้อมในฐานะเป็นผู้บริหารชั้นต้นของระบบสุขภาพ จากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมาเป็นปัจจัยภายนอก หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้บริหารทางการแพทย์ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง สถานการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้บริหารทางการแพทย์เกิดความเครียดในระดับต่างๆ และนำไปสู่การปรับตัวต่อความเครียดในรูปแบบของ การปรับตัวโดยการมุ่งเน้นไปที่การทำงาน การมีพฤติกรรมถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น หรือ การปรับอารมณ์ของตนเอง อีกทั้งความเครียดที่เกิดขึ้น ไม่มีใครหรือองค์กรใดสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไหร่ ความเครียดที่ผู้บริหารต้องเผชิญในลักษณะเช่นนี้ อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้บริหารไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เมื่อพิจารณาร่วมกันอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของผู้บริหารทางการแพทย์ในประเด็นการวางแผน การจัดองค์กร การนำ การบริหารบุคคล และการควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารงานได้หลายประเด็น ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าได้ดังรูปข้างล่างนี้



รูปที่ 1 โคอะแกรมแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

นิยามศัพท์

ความเครียดหมายถึงกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของผู้บริหารทางการพยาบาลต่อสิ่งที่เข้ามาในชีวิตส่วนตัวและการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนั้นเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต โดยที่สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตอาจเกิดอย่างไม่คาดคิดซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และรับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาระสำหรับตน (overload) ซึ่งสามารถวัดระดับความเครียดจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการรับรู้ระดับความเครียดของโคเฮน แคมมากัส และ เมอเมลสไตน์ (Cohen, Kamarak, & Mermelsteins, 1983) แปลโดยชุนนวล (Chunuan, 2003)

การปรับตัวต่อความเครียดหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้บริหารทางการพยาบาลต่อการรับรู้ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในสามลักษณะ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหาในการบริหารงาน การปรับอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถประเมินระดับการปฏิบัติตัวต่อ

ความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้บริหารทางการแพทย์ได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการปรับตัวต่อความเครียดของคอสเวย์ และ เอนเดอร์ (Cosway & Endler, 2000)

คุณภาพชีวิตหมายถึงการที่บุคคลรับรู้สภาวะของตนเองทั้งทางบวกหรือทางลบ ในด้านร่างกาย จิตใจ วิญญาณ จิตสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเป็นลักษณะที่บุคคลนั้นสามารถรับรู้ได้หรือแปลความได้ด้วยตนเอง ซึ่งการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อตามถิ่นที่อยู่อาศัย และสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของบุคคล ซึ่งสามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยย่อขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996)

ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารทางการแพทย์หมายถึง ผลกระทบทั้งทางบวกและหรือทางลบที่เกิดขึ้นต่อกิจกรรมการบริหารทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การจัดองค์กร การนำ การบริหาร บุคลากร และการควบคุม ที่ผู้บริหารทางการแพทย์ได้ปฏิบัติเพื่อมุ่งให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดที่เกิดขึ้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าว ประเมินจากประสิทธิภาพการบริหารงานตามกระบวนการบริหารของโรบบินส์ และดีนเซนโซ (Robbins & Decenzo, 2001)

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารการพยาบาลของผู้บริหารทางการแพทย์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2550

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้บริหารทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไปในภาวะที่เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงเกิดขึ้น
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับองค์กรวิชาชีพพยาบาลในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารทางการแพทย์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และกระบวนการการบริหารการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

สาเหตุของความเครียด

ระดับของความเครียด

ผลกระทบของความเครียด

การปรับตัวต่อความเครียด

คุณภาพชีวิต

ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อ

การบริหารการพยาบาล

การวางแผน

การจัดองค์การ

การบริหารทรัพยากรบุคคล

การนำ

การควบคุม

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียด

ความเครียดเป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของบุคคลที่ ยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ชีวิตของคนเรานั้นต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ร่างกายตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงทำให้เราต้องมีการปรับตัวทำให้เกิดความเครียดขึ้น และถ้าการ ปรับตัวล้มเหลวก็ทำให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นได้ (สวานีย์, 2545) หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลมีชีวิตอยู่กับ ความเครียดตลอดเวลาแม้ความเครียดเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการ รับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การ รับรู้หรือการประเมินเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกอันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของ บุคคลอันประกอบด้วย ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีตตลอดจนความ ต้องการของบุคคลนั้น (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งซึ่งมี ทั้งผลดีและผลเสีย คือ ถ้ามีความเครียดที่พอเหมาะก็จะทำให้มีแรงกระตุ้นทำให้ร่างกายตื่นตัว สามารถกระทำการต่างๆในชีวิตได้ดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ามีความเครียดมากเกินไปหรือมี ความเครียดเรื้อรังก็จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Williams & Boyd, 2004)

ความหมายของความเครียด

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดพบว่ามีความหมายเกี่ยวกับ ความเครียดไว้หลายลักษณะ ดังนี้

1. ความเครียดในความหมายของสิ่งเร้า (stimulus oriented theories) โฮล์มส์ และ เรย์ (Holmes & Rahe, 1967) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสิ่งเร้า โดยเชื่อว่าเหตุการณ์ ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการกิน การนอน การเข้าสังคม การ สังสรรค์ เรื่องส่วนตัว นิยาย และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด ความเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว สิ่งเร้าความเครียดหมายถึงสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติตัวหรือการดำรงชีวิตของบุคคลให้ผิดไปจากปกติ เกิด ความไม่สมดุลของบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงมากจะมี โอกาสเจ็บป่วยได้สูง และเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ สภาพการใช้ชีวิต การศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์ในสังคมเป็นสาเหตุที่จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเครียดได้ง่าย ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้บุคคลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น

2. ความเครียดในความหมายของการตอบสนอง (Response Oriented theories) ซึ่งเซลเย่ (Selye, 1974) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้นที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่มีต่อร่างกายไม่ว่าโดยทางใดก็ตาม เชื่อว่าการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีระวิทยาไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งเร้าแต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นชนิดใดก็ตาม แต่การตอบสนองจะเหมือนกัน สิ่งที่แตกต่างกันนั้นคือความแตกต่างของระดับของการตอบสนอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณความต้องการในการปรับตัว นอกจากนี้ยังเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวหรือคงสภาพไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมภายในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกก็ตาม

3. ความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (interactional theories) ซึ่ง โคเฮน แคมมากัส และ เมอเมลสเตน (Cohen, Kamarak, & Mermelsteins, 1983) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและมองความเครียดว่าเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนั้นเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในชีวิต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างไม่คาดคิด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาระสำหรับตน (overload) ซึ่งบุคคลนั้นสามารถประเมินได้ว่าเป็นความเครียดสำหรับตนในระดับใด ซึ่งแนวคิดของโคเฮน แคมมากัส และ เมอเมลสเตน สามารถนำไปประยุกต์ได้กับความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำแนวคิดนี้ใช้ได้กับทุกกลุ่มอายุ ส่วนกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คิดว่าไม่น่าพอใจว่าเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพย์ที่มีอยู่หรือเกินขีดความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามมา ส่วนเวอร์จิเนีย (Virginia, 2000) เชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดในชีวิตถือว่าเป็นภาวะเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว โดยบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงมากจะมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเครียดของโคเฮน แคมมากัส และ เมอเมลสเตน (Cohen, Kamarak, & Mermelsteins, 1983) แปลโดยชุนวน (Chunuan, 2003) เป็นเครื่องมือที่วัดระดับความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

มาซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ภาวะเครียดของผู้บริหารทางการแพทย์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น

สาเหตุของความเครียด

โดยทั่วไปความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การถูกคุกคามหรือถูกทำลาย ความต้องการพื้นฐานถูกขัดขวาง ภาวะร่างกายและจิตใจถูกรบกวน การพัฒนาการทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ภาวะวิกฤติและสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญ และหากมองปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความเป็นอยู่ในชีวิตและสังคม เหตุการณ์ในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ การประกอบอาชีพ พัฒนาการตามวัย สังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และวัฒนธรรม (Williams & Boyd, 2004) ส่วนร็อบบิ้นส์ และ ดีเซนโซ (Robbins & Deconzo, 2001) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดว่ามี 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเครียดเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือจากสถานการณ์ต่างๆ ที่กระทบต่อตนเองและครอบครัว เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสิ่งที่ตนเองคาดหวัง การสูญเสียฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ความไม่ปลอดภัยในสังคม เป็นต้น สถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลในระดับต่างๆ ได้ เช่น เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีเหตุการณ์ที่ทำให้สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา สภาพแวดล้อมและการคุกคามต่อความรู้สึกไม่ปลอดภัยเป็นมูลเหตุให้เกิดความเครียดเนื่องจากเกรงกลัวอันตรายที่อาจมาถึงตัวเองและบุคคลใกล้ชิดได้ตลอดเวลา ในขณะที่เวอร์จิเนีย (Virginia, 2000) มองว่าสาเหตุของความเครียดเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ใจ อึดอัดใจนอกจากนั้นความเครียดอาจเกิดจากพัฒนาการของชีวิต การเจริญเติบโตจากวัยหนึ่งไปสู่วัยหนึ่งและความเครียดทางด้านชีววิทยา จากลักษณะส่วนบุคคล โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความคับข้องใจและนำไปสู่ความเครียดในเวลาต่อมาการรับรู้ภาวะเครียดเป็นลักษณะเชิงผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึงเป็นผลจากการคิด และการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

2. ความเครียดภายในองค์กร สาเหตุของความเครียดในองค์กรสามารถแบ่งออกได้ 5 สาเหตุดังนี้ 1) ลักษณะงาน (task demand) ลักษณะงานที่มีความเฉพาะหรือมีความหลากหลายอำนาจและเอกสิทธิ์ในบทบาทและหน้าที่ สภาพการปฏิบัติงานและสถานที่ในการปฏิบัติงาน 2) บทบาทหน้าที่ของการปฏิบัติงาน (role demand) ความขัดแย้งของบทบาท ภาระงานที่มากเกินไป บทบาทที่กำหนด (role overload) 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal demand) การไม่มีระบบสนับสนุนทางสังคมจากผู้ร่วมงานหรือหัวหน้าหน่วยงาน และสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่าง

ผู้ร่วมงานหรือหัวหน้าหน่วยงานเป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความวุ่นวายสับสนและเปลี่ยนเป็นความเครียดได้ 4) โครงสร้างองค์การ(organization structure) กฎระเบียบขององค์การที่มีจำนวนมากทำให้การปฏิบัติงานดำเนินไปอย่างเคร่งครัด หรือการที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน และ 5) บทบาทของผู้นำองค์การ(organizational leadership) หากผู้นำองค์กร นำองค์กรอย่างกดดัน หรือสร้างบรรยากาศการนำที่หนักแน่นเช่นผู้นำที่ขี้จู้ (bossy leader) หรือทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกกังวล ลักษณะการนำอย่างนี้ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานได้ ส่วนการทำงานในการตอบสนองความต้องการนโยบายของหน่วยงานไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของความเครียดสำหรับหัวหน้าหรือผู้ป่วยโดยตรง (Lindholm, 2006) แต่การบริหารงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือภายใต้ความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดซึ่งอาจมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือลาออกจากงานก่อนเวลาได้ (Cook & Buck, 1999) สำหรับพยาบาลรายงานว่าสาเหตุของความเครียดในการปฏิบัติงานคือการทำงานภายใต้ความเร่งรีบ ความกดดันจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การแก้ไขความผิดพลาดในสถานที่ทำงาน และการบริหารจัดการความขัดแย้ง อารมณ์ที่แสดงออกคือความโกรธ และความคับข้องใจ (Bennett & Lowe, 2008) ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดสงขลาประเมินว่าสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้เป็นเหตุการณ์คุกคามที่เป็นอันตราย (บุญยราศรี, 2549) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียด

ระดับของความเครียด

จำลอง และ พรหมเพรา (2545) กล่าวว่า ความเครียดเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์และเป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับทุกคน เป็นภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลจากการที่ต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กรมสุขภาพจิต (2541) ได้แบ่งระดับความเครียดของบุคคลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในช่วงเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยา

ตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ถือว่าไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติต่างๆไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตราย เป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (high stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเกณฑ์อันตรายหากไม่สามารถรับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้เกิดอาการทางกายหรือโรคต่างๆ ตามมาได้ง่าย

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้แนวคิดในการประเมินตัดสินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อผูกพัน เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนมากน้อยเพียงใด ยิ่งรู้สึกผูกพันมากก็ยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก ยิ่งรู้สึกผูกพันต่อเหตุการณ์มากอาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้สถานการณ์ให้ดีขึ้น

1.2 ความเชื่อ ความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในความสามารถของรัฐที่จะควบคุมสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นรัฐสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นในลักษณะท้าทาย ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ แต่ถ้าหากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้อาจจะทำให้แสดงออกในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

2.1 ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความสูญเสียหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายรุนแรงถึงชีวิต บุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่คุกคามเกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคตซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและความรู้ของบุคคลด้วย

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต กรณีเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลนั้นไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ในอนาคตก็อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดภาคใต้เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นกับบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ แต่ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแม้มีสิ่งคุกคามที่เหมือนกันหรือคล้ายกันก็มีความรุนแรงของระดับความเครียดที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับการยอมรับและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของพรทิพย์ (2549) เกี่ยวกับความเครียดของหญิงแม่ที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าหญิงแม่ที่อาศัยในศูนย์รอดันบาดู จังหวัดนราธิวาสมีความเครียดด้านจิตอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ความเครียดของวัยรุ่นในสถานศึกษาในสถานการณ์ความไม่สงบอำเภอสะบ้าย้อยจังหวัดสงขลาอยู่ในระดับปานกลาง (อรอุมา, 2549) และความเครียดที่เกิดขึ้นยังเกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานโดยปัจจัยลักษณะที่อาจทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น งานที่เสี่ยงหรืออันตราย งานที่ต้องใช้เวลาในการทำงานยาวนาน งานที่ต้องรีบเร่ง งานที่ต้องรับผิดชอบสูง (Mullins, 2002)

ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อจิตใจถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่ทำให้ตื่นเต้นหรือวิตกกังวล เมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน คือด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และเศรษฐกิจ ซึ่งหากความเครียดมีระดับต่ำก็เป็นผลเชิงบวก แต่หากมีความเครียดระดับสูงและภาวะเครียดที่มีอยู่เป็นเวลานานถ้าหากไม่รู้จักผ่อนคลายหรือหาวิธีการจัดการอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อและเกิดอาการต่างๆ ในเชิงลบได้ หากความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการปรับตัวและช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา (สุวรรณิชย์, 2545) ในขณะที่ความเครียดที่มากเกินไปจนจิตใจที่ร่างกายจะทนไม่ไหวจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายและมีผลกระทบต่อสุขภาพ (Sapolsky, 1998)

กรมสุขภาพจิต (2548) ได้แบ่งผลกระทบของความเครียด ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย หากคนเราก่ออยู่ในความเครียดเป็นเวลานานๆ จะทำให้สุขภาพเลวลง ทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก นอนหลับยาก รู้สึกเหนื่อยล้าอย่างมาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ถ้ามีความเครียดที่รุนแรงมากอาจมีผลทำให้เสียชีวิตได้

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วย

การหมกมุ่นครุ่นคิด ขาดสมาธิหลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ วิตกกังวล นอนเฉยๆ เกิดโทสะอย่างรุนแรง ซึมเศร้า ต่ำหนืดตนเอง เป็นเหตุให้สูญเสียความเชื่อมั่นที่จะจัดการกับชีวิตตนเอง บางรายที่เผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

3. ผลกระทบทางด้านความคิด เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดไม่มีเหตุ คิดเข้าข้างตนเองและโทษคนอื่น ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ขาดสมาธิและการลำดับความสำคัญในงาน บางครั้งคิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญไม่เกรงกลัวอันตราย เป็นต้น

4. ผลกระทบทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเครียดจะปลีกตัวออกจากสังคม ทำให้ตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโคตรเคี้ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน บางรายปรับตัวในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ กินเหล้า เล่นการพนัน หรือฆ่าตัวตาย เป็นต้น

5. ผลกระทบด้านสังคม บุคคลไม่สามารถแสดงความรู้สึกผ่านการพูดหรือการเขียนให้คนอื่นรับรู้ เกิดความเครียดในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาหรือประชาชนที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่เชื่อใจเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รู้สึกไม่พึงพอใจ หรือรู้สึกว่าหน่วยงานหรือองค์กรเอาเปรียบ

6. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการขาดงานเพราะความเครียดทำให้ผลการทำงำนน้อยลงจากเดิม เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมต้องเสียค่ารักษาพยาบาล

การปรับตัวต่อความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดหรือเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดบุคคลต้องใช้เวลาพยายามในการจัดการหรือปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการกระทำหรือใช้ความคิดของคน เพื่อแสวงหาวิธีจัดการกับความเครียดหรือช่วยทำให้ความเครียดลดลงหรือหายไปเพื่อรักษาสมดุลของตน โดยดึงแหล่งผลประโยชน์มาใช้เต็มที่หรือมากกว่าธรรมดาเพื่อเผชิญกับความเครียด ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาขึ้นอยู่กับบริบทภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ของคอสเวย์ และ เอนเดอร์ (Cosway & Endler, 2000) ซึ่งกล่าวว่าการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นการปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อสามารถฝ่าฟันความยากลำบาก หรืออุปสรรค ความเครียด และสถานการณ์ต่างๆที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น (upset situation) เป็นความพยายามที่บุคคลต้องการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งตาม

แนวคิดของคอสเวย์ และ เอนเลอร์ (Cosway & Endler) ได้แบ่งการปรับตัวต่อความเครียดออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การปรับตัวต่อความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากงาน (task-oriented coping) เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาจากการปฏิบัติหน้าที่ ที่เป็นสาเหตุของความเครียด โดยพฤติกรรมหลักประกอบด้วย การแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีการต่างๆ หรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี โดยพิจารณาถึงผลดีผลเสีย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินการแก้ปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การเรียนรู้ทักษะ และวิธีการใหม่ในการเผชิญปัญหา และการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตลอดจนการพยายามที่จัดระบบชีวิตของตนทั้งชีวิตส่วนตัวและการทำงานให้ตนเองสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ เป็นต้น ซึ่งยูฮาระ ซาคาโตะ ซาโตะ และ โซมียะ (Uehara, Sakado, Sakado, Sato, & Someya, 1999) พบว่า การมุ่งปรับงานเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่พบได้ในผู้ที่มีความทนทานต่อความเครียดสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความทนทานต่อความเครียดสูงเช่นกัน และการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความต้องการของหน่วยงานเป็นหลัก มากกว่าการคิดถึงความเครียด ความคิดและความรู้สึกส่วนตัวในขณะที่ปฏิบัติงาน

2. การปรับตัวต่อความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion-oriented coping) เป็นกระบวนการคิดของบุคคลที่พยายามจัดการความเครียด โดยวิธีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมทั้งใช้กลไกทางจิตเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด โดยไม่พยายามแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 3 ลักษณะ คือ การเผชิญกับปัญหาโดยไม่คิดหาทางแก้ไข เช่น การยอมรับในโชคชะตาคิดว่าซักรวันทุกอย่างคงดีขึ้น การโทษคนอื่น อีกลักษณะคือการถอยหนีปัญหา เช่น การร้องไห้ การปฏิเสธ เป็นต้น

การปรับตัวต่อความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจมีผลดีผลเสีย ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เชื่อว่าบุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงความจริง มีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการและแหล่งประโยชน์ สามารถเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมซึ่งมักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาร่วมกับการมุ่งปรับอารมณ์เพื่อให้สามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ได้ ส่วนการจะใช้วิธีใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานการณ์และความแตกต่างของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้น จาก

การศึกษาของบุญยราศรี (2549) พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในในจังหวัดสงขลาใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง ร้อยละ 26.5-59.3 โดยใช้วิธีการมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิด ร้อยละ 59.3 และใช้การค้นหาสาเหตุกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาเป็นเรื่อยๆ และหลีกเลี่ยงการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัย ในขณะที่เจ้าหน้าที่อนามัยร้อยละ 15-69 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการปรับอารมณ์บ่อยครั้งถึงทุกครั้งโดยคิดว่าสักวันเหตุการณ์คงดีขึ้น ในขณะที่การศึกษาของพรทิพย์ (2549) เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของหญิงแม่ที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าหญิงแม่ที่อาศัยในศูนย์รอดันบาดู จังหวัดนราธิวาสใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับสูง และจากการศึกษาของขวัญเรือน (2549) ก็พบว่าการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานช่วยชันสูตรพลิกศพผู้ประสบภัยจากกรณีพิบัติใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเช่นกัน

3. การหลีกเลี่ยง เป็นกลไกทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในคนส่วนใหญ่ บางคนเลี่ยงและหนีต่อภาวะเครียดโดยการปฏิบัติ บางคนเลี่ยงและหนีโดยการใช้เหล้า สารเสพติด บางคนเลี่ยงและหนีโดยการนอนหลับเพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ใดๆ เป็นต้น ผลการศึกษาของแลมเบอร์ท และแลมเบอร์ท ที่ศึกษา ความเครียดจากบทบาทการเป็นพยาบาลจาก 17 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยพบว่า วิธีการหลีกเลี่ยงเป็นตัวทำนายภาวะเครียดของพยาบาลไทยได้ดีที่สุด (Lambert & Lambert, 2001) และผลการศึกษาของไซโน ทาคาโน มาเซล เฮมเมท และนาคามูรา (Seino, Takano, Mashal, Hemat, Nakamura, 2008) ที่พบว่ามารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอัฟกานิสถานประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.7) ที่ประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก่อนเหตุการณ์ความไม่สงบได้ยุติลงเมื่อปี 2544 ได้ปรับตัวต่อความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงเช่นกัน อีกทั้งลักษณะการเผชิญความเครียดจากความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยจากการก่อการร้ายเป็นการปรับตัวที่ผู้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ต้องใช้วิธีการต่างๆ มากมายเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดำรงชีวิต ในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนั้นความสามารถในการหลบหลีกความเครียดจึงมิได้หลายวิธีแตกต่างกันไป

คุณภาพชีวิต

ความหมาย

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเป็นลักษณะที่บุคคลนั้นสามารถรับรู้ได้หรือแปลความได้ด้วยตนเอง (Berlim & Fleck, 2003) หรือสภาวะที่บุคคลรับรู้ด้วยตนเองทั้งทางบวกและทางลบในมิติต่างๆ ด้านร่างกาย จิตใจ วิญญาณ จิตสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งการรับรู้ขึ้นเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อตามถิ่นที่อยู่

อาศัย และสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของบุคคล (WHO, 1996) โดยทั่วไปคุณภาพชีวิตอาจมีความหมายเพียงการได้รับอาหารที่ดี มีที่พักอาศัย มีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต มีอิสระและสิทธิทั่วไปเหมือนผู้อื่นในสังคม คุณภาพชีวิตที่ดีไม่ได้รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีความมาตรฐานชีวิตที่ดี (standard of living)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติทางด้านกายภาพ เช่น ภาวะสุขภาพ (physical health) การรับประทานอาหาร ความสามารถในการป้องกันตนเองจากความเจ็บปวดหรือความเจ็บป่วยอื่น และมิติด้านจิตใจ (mental health) ซึ่งเป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงภาวะทางบวกและทางลบของทางด้านจิตใจ เช่น ความสุข ความสนุก หรือความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น บางสถาบันให้ข้อคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตอย่างหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจในชีวิต (The Economist Intelligence Unit's quality of life index) และพบว่า ภาวะสุขภาพ (health status) เป็นสิ่งที่แตกต่างจากคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพไม่ได้เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ดังนั้นคำสองคำนี้ไม่สามารถใช้แทนซึ่งกันและกันได้ (Smith, Avis, & Assmann, 1999)

สำหรับสถาบันวิจัยคุณภาพชีวิตของมหาวิทยาลัยโครอนโด (Kurtus, 2005) แนะนำว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 1) สภาวะที่หรือการเป็นเช่นนั้น (being) เช่น สภาวะที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถลุกเดินไปมาได้ สภาวะโภชนาการของบุคคลขึ้นกับอาหารที่รับประทาน สภาวะที่ไม่มีความเครียด หรือ ความวิตกกังวล สภาวะที่ยังมีความหวัง 2) การเป็นส่วนหนึ่งของ (belonging) เช่น ความเป็นเจ้าของบ้าน ความเป็นเพื่อนบ้านซึ่งกันและกัน ความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ความสามารถในการทำงานในสังคม การมีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของครุณีและแคมฟิลด์ที่สำรวจคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาคอีสานและภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า สิ่งที่สะท้อนถึงความมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การมีสุขภาพที่ดี การมีรายได้ การมีงานทำ การได้รับการศึกษา เป็นต้น (Darunee & Camfield, 2006) และ 3) ความสามารถที่จะเริ่มทำบางสิ่งบางอย่าง (becoming) เช่น ความสามารถที่จะกวาดบ้าน ไปทำงาน การเตรียมสำหรับการออกกำลังกายนอกบ้าน และกำลังที่จะพักผ่อนในบ้าน เป็นต้น

หากมองในมุมมองเชิงระบบคุณภาพชีวิตควร ประกอบด้วย ครอบครัวและเพื่อน การทำงาน การมีเพื่อนบ้านและหรือที่อยู่อาศัย การมีสังคม ภาวะสุขภาพ ได้รับการศึกษา และการมีจิตวิญญาณ องค์ประกอบย่อยแต่ละอย่างเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น นอกจากนั้น องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรครอบคลุมถึงโอกาสที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการ

ของมนุษย์ในแต่ละช่วงเวลาด้วย (Costanza et al, 2007) และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้บริหารองค์กรควรพิจารณาให้ครอบคลุมมิติของความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ ความพึงพอใจในชีวิตด้วย (Blackburn, Horowitz, Edington, Klos, 1986)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ (WHO, 1996)

1) สภาวะทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งได้แก่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พละกำลัง การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย และหรือ การรับประทายาต่างๆ การลดปวด

2) สภาวะด้านจิตใจ หมายถึงสภาพทางด้านจิตใจของบุคคลซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกทางบวก และ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อทางศาสนาและความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ ความคิด ความสามารถในการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หมายถึง ลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แหล่งสนับสนุนและการช่วยเหลือทางสังคม และ เรื่องเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านการเงินและงบประมาณ ความมีอิสระ ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สภาพแวดล้อมของบ้าน หรือบ้านพัก โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร และหรือการพัฒนาทักษะที่จำเป็น การมีโอกาสได้พักผ่อน หรือทำกิจกรรมสันทนาการ การสัมผัสกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ภาวะลมพิษ เสียงที่ดังเกินไป การจราจรที่คับคั่ง และสภาพอากาศที่แย่ง

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความหลากหลายรูปแบบ (Taillefer et al, 2003) เช่น ประเมินจากคุณภาพชีวิตโดยรวม (global quality of life) คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยเฉพาะ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค (health related quality of life) หรือการประเมินตามอัตรโมเดล (conceptual model) การประเมินตามกรอบแนวคิด (conceptual framework) ที่ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือมิติคุณภาพชีวิตที่ศึกษา การประเมินตามกรอบทฤษฎี (theoretical framework) ซึ่งรวมคุณลักษณะต่างๆ ของตัวแปรที่ศึกษา และระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรอย่างชัดเจน การประเมินหรือการวัดคุณภาพชีวิตที่ผ่านมานั้นอยู่กับการที่ผู้วิจัยให้ความหมายและ

ขอบเขตหรือกำหนดองค์ประกอบตามเงื่อนไข หรือบริบทหรือกรอบแนวคิดที่ตรงกับความสนใจของผู้วิจัยสนใจเป็นหลัก (research specific) ซึ่งการให้นิยามของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน รวมทั้งการเลือกใช้แบบประเมินต่างๆกัน มีข้อดีคือเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยที่มีความสนใจที่แตกต่างกันเลือกที่จะกำหนดมิติของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป แต่ข้อเสียคือจากการที่ขอบเขตของนิยามคุณภาพชีวิตที่กว้างจะทำให้นิยามของคำนี้เสี่ยงต่อความไม่ชัดเจน (Berlim & Fleck, 2003) แต่อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 71 ชุด พบว่า แบบประเมินส่วนใหญ่มุ่งวัดในประเด็นที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้วิจัยควรพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยเป็นหลักโดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (Anderson & Burckhardt, 1999; Gill & Feinstein, 1994)

นอกจากนั้น แฮกเจอร์ตี (Hagerty et al, 2001) ได้พัฒนาแนวคิดเชิงระบบเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต โดยการพิจารณาปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเชิงกระบวนการ และปัจจัยเชิงผลลัพธ์ โดยปัจจัยนำเข้าเป็นสิ่งที่ผลักดันให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตต่อไปได้ในปัจจัยเชิงกระบวนการและกิจกรรมการดำเนินการแต่ละอย่างจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงผลลัพธ์ทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่ในสังคมและทำความดีให้กับเพื่อนร่วมสังคมได้ ซึ่งแต่ละปัจจัยมีองค์ประกอบย่อย ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลิกภาพ การจัดระบบการศึกษาของสังคม รายได้ต่อหัวประชากร (GDP) การบริการสุขภาพ ความมีอิสระ และรายได้ สำหรับปัจจัยเชิงกระบวนการประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการบริโภค สภาพาสภาพส่วนบุคคล การทำงาน และความคาดหวังของบุคคล ส่วนปัจจัยเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ การมีชีวิตครอบครัวและเพื่อนที่ดี เป็นผู้ที่มีอารมณ์ดี มีสิ่งของใช้อย่างเพียงพอ สภาพาสภาพที่ดี การทำงานและการมีกฎหมายคุ้มครองการทำงาน มีความปลอดภัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความสุข การมีชีวิตในสังคม และการมีส่วนร่วมร่วมสังคม

จากการศึกษาการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของประเทศไต้หวัน พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตทุกมิติที่กำหนดในแบบประเมินซึ่ง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันสะท้อนคุณภาพชีวิตที่ดีได้จากการวัดได้ค่าเฉลี่ยเท่ากัน (symmetrical) ในทุกมิติไม่มีมิติใดที่มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำหรือสูงเกินไป (no floor or ceiling effects) (Jang, Hsieh, Wang, & Wu, 2004)

คุณภาพชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง คุณภาพชีวิตของพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารงานเพื่อให้ผู้ร่วมงานสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติได้ตามมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการบริหารจัดการคือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดยการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ครอบคลุมกิจกรรมการวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การนำ และการควบคุม ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ที่ประเมินสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ สภาวะทางด้รร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเหมือนปัจเจกบุคคลทั่วไป

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาจากการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ ตามกรอบแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow) ซึ่งเริ่มจากความต้องการด้รร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย เช่น ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยและจากอันตรายจากการทำงานและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากภายนอกหน่วยงาน การส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรง เป็นต้น ความมั่นคงปลอดภัยในงาน การตอบสนองความต้องการอื่นๆ ของครอบครัว เป็นต้น ความต้องการทางด้านสังคม เช่น การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี การพักผ่อนภายหลังการทำงาน เป็นต้น และความต้องการการยกย่องจากสังคม เช่น การได้รับการยกย่องชื่นชมจากผู้ร่วมงานและผู้บริหารทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน ความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตและตระหนักถึงคุณค่าของตนเองในการปฏิบัติงานและในฐานะผู้ประกอบการ (Sirgy, Efraty, Siegel, & Lee, 2001)

จากผลการศึกษาของ เดอร์แฮม และ คณะ (Durham et al, 1998) ในการศึกษาความชุกของการเกิดไมเกรนในพยาบาลและคุณภาพชีวิตของพยาบาลและผลการปฏิบัติงานของพยาบาลจำนวน 2,949 คน พบว่า พยาบาลที่มีอาการไมเกรนตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมปวดศีรษะระหว่างประเทศจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าและผลการปฏิบัติงานแยกว่าพยาบาลที่ไม่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น คุณภาพชีวิตของพยาบาลและผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปวดศีรษะไมเกรน และการศึกษาของ เซียนหยู และ แลมเบิร์ต (Xianyu & Lambert, 2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในโรงพยาบาล การปรับตัวต่อความเครียด และสุขภาพจิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยในประเทศจีน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานมากและมีความขัดแย้งกับแพทย์ทำให้เกิดของความเครียดที่สำคัญ และหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตต่ำกว่าหัวหน้าที่มีความเครียดในระดับต่ำ

ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการบริหารการพยาบาล

การเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์จึงใจทำร้ายมนุษย์ด้วยกันอย่างรุนแรง โหดเหี้ยม ทารุณ ไม่ว่าจะเป็นการโค่นลอบยิง วางระเบิด ทำร้ายประชาชนผู้บริสุทธิ์และเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการทำลายทรัพย์สิน ปัญหาดังกล่าวเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2550) สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีลักษณะสำคัญคือ เป็นลักษณะที่มีความรุนแรงมีผลเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเกือบตลอดเวลาหรือทุกวัน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถระบุนสาเหตุปัญหาได้ชัดเจนและที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบุคคลในเหตุการณ์ ซึ่งสุรชาติ (2547) กล่าวว่า จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า สภาพแวดล้อมและการคุกคามต่อความรู้สึกไม่ปลอดภัยเป็นมูลเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเนื่องจากเกรงกลัวอันตรายจากการอยู่ในสถานที่ที่ไม่ปลอดภัย หรือพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่คาดคิด และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่น่าหวาดกลัว ความทุกข์ทรมาน ความอหิวาแค้น และความเกลียดชังนั้นก่อให้เกิดผลเสียทางจิตวิทยา ภาวะความเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือเหตุการณ์รุนแรงเป็นลักษณะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายหรือคุกคามต่อชีวิต คุกคามความปลอดภัยของร่างกายตนเองหรือบุคคลที่รักและผู้อื่น ผู้ที่เผชิญเหตุการณ์คิดว่าไม่มีสิ่งใดหรือใครจะช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลเผชิญหรือพบเห็นเป็นพยานในเหตุการณ์เกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจและสะเทือนขวัญจากเหตุการณ์ เช่น ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้อื่นได้รับอันตรายแต่ไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ การถูกทำร้าย หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่คุกคามอย่างทันทีทันใด หรือมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสู้รบในสงคราม การโจมตีของผู้ก่อการร้าย เป็นต้น (America Psychiatric Association, 2000) ปัญหาสุขภาพจิตจากความเครียดหลังเหตุการณ์เป็นสิ่งที่จะตามมา ยิ่งบุคคลได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์โดยตรงเท่าใด เช่น อยู่ในเหตุการณ์หรือมีบุคคลในครอบครัวประสบภัยโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548)

สถานการณ์ชายแดนภาคใต้เป็นสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งเป็นผลให้ประชาชนบาดเจ็บและล้มตายลง สร้างความตื่นตระหนกและความโศกเศร้าทั่วทั้งชุมชนและประเทศ ซึ่งเหตุการณ์รุนแรงนี้มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์และขยายวงกว้างออกไปจากผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ครอบครัวและชุมชน การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจต่อคนจำนวนมาก เกิดบาดแผลทางจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งการถูกกระทำ

ด้วยความตั้งใจอาจแตกต่างจากภัยที่เกิดจากธรรมชาติเพราะการถูกทำร้ายโดยมนุษย์ด้วยกันเป็นสิ่งที่
ที่มีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกที่รุนแรง (คณะอนุกรรมการ โครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับ
ผลกระทบด้านจิตใจใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้)

การเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบที่ยืดเยื้อเกิดผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตของ
ประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากภาวะตึงเครียดและความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง (สรรรพษ์, 2548) ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้ง
บุคลากรทางการแพทย์ด้วย การที่ต้องใช้ชีวิตประจำวันด้วยความหวาดระแวงและระมัดระวังตัว
อยู่ตลอดเวลา ไม่มีอิสระในการดำรงชีวิต ไม่มั่นใจในความปลอดภัยในการเดินทาง ไม่สามารถเข้า
ไปทำงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงได้ เกิดความหวาดระแวงในการดำรงชีวิต ขาดความมั่นใจใน
ความปลอดภัยในชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว ความเครียดเพิ่มขึ้นทำให้สุขภาพจิตย่ำแย่อย่าง
ไม่เคยเป็นมาก่อน (รุ่ง, 2548) ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอวย
พร (2548) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้
ตอนล่างของประเทศไทย พบว่า ความปลอดภัยในชีวิตมีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร อีกทั้ง
พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านแรกที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจาก
สถานการณ์ ทำให้เกิดภาวะเครียดและความหวาดกลัวต่อการถูกทำร้าย ในขณะที่เหตุการณ์ความ
ไม่สงบยังไม่มีท่าทีว่าจะสงบ ซึ่งถ้าบุคคลมีภาวะเครียดเป็นเวลายาวนานและหากไม่สามารถจัดการกับ
ความเครียดได้อาจนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เกิดปัญหา
สุขภาพ รวมทั้งความผาสุกในชีวิตลดลง (วิภาวรรณ, จอม และ วัลลา, 2545)

จากสถานการณ์ความไม่สงบส่งผลให้ข้าราชการสาธารณสุขซึ่งรวมทั้งพยาบาลขอ
ย้ายตนเองออกนอกพื้นที่ทำให้ขาดอัตรากำลัง (ประณีต, ปรีศนา, มนต์วิทย์ และ ทศนีย์, 2548; สันต์,
2548) ทำให้พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ต้องรับภาระงานมากขึ้น ผู้บริหารทางการ
พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัด นอกจากนี้การบาดเจ็บ
จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการบาดเจ็บหลายระบบ เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ต้องการพยาบาลที่มี
สมรรถนะที่เพียงพอในการให้บริการที่มีคุณภาพ อีกทั้งในการปฏิบัติงานที่ต้องให้การ
รักษาพยาบาลทุกฝ่ายเท่าเทียมกันทั้งเจ้าหน้าที่บ้านเมือง ประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ก่อความไม่สงบ
หรือผู้ต้องหา ซึ่งต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการให้บริการรักษาพยาบาล (กฤตยา, 2550) มีความ
เสมอภาคบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพที่ว่าพยาบาลพึงให้การพยาบาลแก่มนุษย์ด้วยความเคารพ
ในศักดิ์ศรีและความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยไม่จำกัดในเรื่องของสถานภาพทางสังคม
เศรษฐกิจ และคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด (สิวลี, 2548) เพื่อไม่ก่อให้เกิด

ความรู้สึกว่าพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เห็นฝ่ายก่อความไม่สงบเป็นศัตรู ซึ่งอาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของควมพยาบาลได้

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นเหตุการณ์รุนแรงถือเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับคำกล่าวของรณชัย (2548) ที่ว่าเหตุการณ์รุนแรง การประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เผชิญเหตุการณ์ จะมีความสัมพันธ์ชัดเจนกับการเกิดภาวะเครียด จากการศึกษาภาวะเครียดและการปรับตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ อารีย์, กิตติพงศ์, นงลักษณ์, และ นิตยา (2547) พบว่า เมื่อปรับในเรื่องของเหตุการณ์หรือสังคมไม่ได้จึงต้องปรับด้านตนเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยมุ่งให้ชีวิตตนเองและครอบครัวมีความปลอดภัย และไม่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยยึดถือปัญหาความรุนแรงที่อาจคุกคามชีวิตและทรัพย์สินมาเป็นเป้าหมายและใช้กลวิธีการป้องกันตนเองในขณะที่ไปปฏิบัติราชการเป็นสำคัญ เช่น เวลาในการไปทำงานไม่แน่นอน ไม่ออกไปไหนโดยไม่จำเป็นและไม่พยายามไปไหนคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของวินิภาณจน์ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับวิจารณ์ญาณในสถานการณ์ชายแดนใต้ พบว่า การดำเนินชีวิตในสถานการณ์ความไม่สงบต้องใช้วิจารณ์ญาณแทบทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น การพิจารณาในการเดินทางไปในสถานที่ที่มีโอกาสเกิดเหตุได้ สถานที่เปลี่ยว ยามวิกาล แม้กระทั่งการแต่งกาย ต้องระวังภัยอย่างรัดกุม ซึ่งผลเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดแทบทั้งสิ้น

การบริหารการพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา และเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้การบริหารจัดการที่ดี บุคลากรทางการพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาลและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมากที่สุด และงานการพยาบาลเป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการโดยตรงต่อมนุษย์ที่มีความเป็นปัจเจกบุคคล ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยมีลักษณะงานที่มีความละเอียดอ่อน ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีความหลากหลายเฉพาะกรณีไม่สามารถให้บริการแบบสูตรสำเร็จได้ (สำนักการพยาบาล, 2546) ดังนั้นภารกิจทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรเนื่องด้วยไม่ว่าองค์กรนั้นจะเป็นองค์กรในลักษณะใดก็ตามล้วนแต่ต้องอาศัยการบริหารในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร (ตุลา, 2547) ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับล้วนแต่เกี่ยวข้องกับการบริหารในฐานะ

ผู้วางแผน กำกับดูแลแผนงาน การจัดองค์การ การชี้แนะ และการควบคุมตรวจสอบผลการปฏิบัติงานและบริการให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์การ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยการควบคุมและดูแลให้บุคลากรปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากที่สุด

การบริหารทางการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นงานที่มีความละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับคน ผู้บริหารที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจึงไม่เพียงต้องมีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์การจัดการเท่านั้นแต่ต้องมีศิลปะในการจัดการด้วย การบริหารองค์การพยาบาลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีผู้บริหารจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการ มีประสบการณ์และมีทักษะด้านการบริหาร รวมทั้งสามารถประยุกต์ทฤษฎีการบริหารมาใช้ในการบริหารงานอย่างเป็นระบบและดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการบริหาร ซึ่งกระบวนการบริหารประกอบด้วย องค์ประกอบดังนี้ (Robbins & Decenzo, 2001)

1. การวางแผน (planning) เป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหารงานเป็นกระบวนการในการกำหนดเป้าหมายไว้ในอนาคต การใช้ทรัพยากรและการปฏิบัติงานเพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ถือเป็นหน้าที่หลักของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกคน การวางแผนเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ เป็นการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีเป้าหมายที่ชัดเจน เกี่ยวข้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และกลยุทธ์ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ผู้บริหารต้องไตร่ตรองอย่างรอบคอบไว้ล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ที่ไหน ทำเมื่อไร ทำไมต้องทำ ทำอย่างไรหรือกล่าวได้ว่า การวางแผนสามารถแบ่งออกได้เป็นแผนระยะสั้น แผนระยะยาว ในแต่ละแผนประกอบด้วยกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบ และจะมอบหมายให้ใครเป็นคนทำเพื่อเป็นหลักประกันในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เนื่องจากทุกหน่วยงานมี “ข้อจำกัด” ในด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน แต่หน่วยงานยังมีความจำเป็นต้องดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนั้นการวางแผนของหัวหน้าหน่วยงานจึงเป็นแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับศักยภาพภายในของบุคลากรในหน่วยงานและแนวโน้มของสถานการณ์ภายนอก และการวางแผนเป็นข้อความที่ช่วยให้ฝ่ายต่างๆ ทำงานไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน ตลอดถึงเป็นเครื่องมือในกระบวนการเรียนรู้ของหน่วยงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องบริหารงานตามแผนที่วางไว้ หรือ บริหารงานเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคิดก่อนทำหรือการวางแผนกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ตลอดถึงการควบคุม ติดตามและประเมินผล และแผนกลยุทธ์

เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในปัจจุบันที่แสดงถึงแนวทางการดำเนินงานที่แบบลขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์หรือความสำเร็จที่คาดหวังไว้

ประโยชน์และความสำคัญของการวางแผน การวางแผนเป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อกำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถควบคุมกำกับกรปฏิบัติงานได้ ลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงจากภาวะความไม่แน่นอนในอนาคต ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายขององค์กรซึ่งอาจจะเป็นเป้าหมายทางเศรษฐกิจหรือเป้าหมายทางสังคมหรือสาธารณะที่ต้องการรับใช้ประชาชนเป็นหลัก การวางแผนจะเป็นการกำหนดทิศทางทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานให้คิดและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงอันไม่แน่นอนของอนาคต การวางแผนสามารถจัดการสูญเสียและการใช้ทรัพยากรที่มากเกินไป (Robbins & Decenzo, 2001) เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความคิดด้านการประสานงานในองค์กรให้กว้างไกล พัฒนาวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร ช่วยปรับปรุงภาพลักษณ์ขององค์กร ช่วยส่งเสริมให้เกิดให้เกิดข้อได้เปรียบทางการแข่งขันใหม่ๆ ขึ้น จากประโยชน์ของการวางแผน ดังนั้นองค์กรจำเป็นต้องมีการวางแผนทั้งในภาวะปกติและภาวะไม่ปกติเช่นการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ

ลักษณะของแผนที่ที่ดีต้องเป็นแผนที่ให้ทิศทางในการปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมสามารถประหยัดทรัพยากรที่มีอยู่ ใช้ในการควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลา การปฏิบัติมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต้องวางอยู่บนพื้นฐานการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งการผลิตและการให้บริการ ในการจัดทำแผนควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับองค์กรมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และการวางแผนที่ดีต้องคำนึงถึงสภาวะแวดล้อมซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติหรือการดำเนินงานขององค์กรได้

2. การจัดองค์กร (organizing) เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการในการจัดแบ่งกลุ่มกิจกรรมและทรัพยากรต่างๆ ขององค์กรออกเป็นหมวดหมู่อย่างเป็นระเบียบ เพื่อจัดให้การประสานงานระหว่างกลุ่มกิจกรรมและกลุ่มบุคคลต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ความจำเป็นในการจัดองค์กรเกิดขึ้นเมื่อค้นประกอบกิจการ ผู้บริหารจำเป็นต้องคิดและพิจารณาให้รอบคอบว่าจะดำเนินการจัดองค์กรในลักษณะใด จะต้องมีงานหรือกิจกรรมใดบ้าง ตำแหน่งหน้าที่การงานควรมีกี่ประเภทและประเภทใดบ้าง หน่วยงานใดที่เป็นหน่วยงานหลัก หน่วยงานใดเป็นหน่วยงานสนับสนุน ใช้คนในตำแหน่งต่างๆ จำนวนเท่าใด

ความสำคัญในการจัดองค์กร เป็นการเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร เพื่อความอยู่รอดขององค์กร เป็นหลักประกันให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ทำงานทุกคนได้รับการแบ่งงานและ

มอบหมายที่เหมาะสมกับความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่ ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีขององค์กร การจัดการที่คิดจะช่วยให้การบริหารงานในองค์กรเป็นไปด้วยความสะดวกและง่ายขึ้น องค์กรมีโอกาสเจริญเติบโตดำเนินงานได้โดยไม่ขาดตอนหรือสะดุดอยู่กับที่

กระบวนการในการจัดการองค์การประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างสายขององค์กร ในส่วนของสายการบังคับบัญชา และโครงสร้างหน้าที่ การออกแบบงานซึ่งจะครอบคลุมในเรื่องการกำหนดขอบเขตของงานตามความสามารถ มิตินี้เกี่ยวกับงาน ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อโครงสร้างสายการบังคับบัญชาและหน้าที่ (Robbins & Decenzo, 2001) คำบรรยายลักษณะงานและตารางการทำงานหรือเวลาทำงาน รวมทั้งอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหาร ปฏิบัติงานตามบทบาทที่กำหนด การจัดกลุ่มงานหรือการจัดแผนกงาน การกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างงาน การกระจายอำนาจและการประสานงาน

3. การบริหารทรัพยากรบุคคล (human resource management) เป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นไปที่บุคคลผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้บริหารจะต้องทราบศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างดี และมอบหมายงานให้ตรงและเหมาะสมกับศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลนั้น ซึ่งกระบวนการบริหารบุคคลเริ่มตั้งแต่การสรรหา และคัดเลือก การปฐมนิเทศ การมอบหมายงาน การฝึกอบรมและการพัฒนา การประเมินผลการปฏิบัติงาน การดูแลเรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและความมั่นคงในงาน

ในปัจจุบันการบริหารที่เน้นเรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการ ตามกฎระเบียบที่องค์กรกำหนดเป็นสิ่งจำเป็น เช่นกฎระเบียบมาตรฐานสากลว่าด้วยบทบาทของผู้จัดการในหน่วยงานในการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน (Occupational Safety and Health Act: OSHA) เป็นกฎระเบียบของสหรัฐอเมริกาที่ถูกกำหนดขึ้นในปี 1970 ภายหลังจากที่คนงานเหมืองจำนวน 78 คน เสียชีวิตขณะที่ขุดแร่อยู่และผู้ปฏิบัติงานอีกหลายอาชีพสูญเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจากการปฏิบัติงานมีเพิ่มขึ้นตลอดเวลา สาระสำคัญของกฎระเบียบมี 3 ประการดังนี้ 1) ผู้จัดการหน่วยงานมีหน้าที่ดูแลความปลอดภัยและสุขภาพของสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 2) ผู้จัดการหน่วยงานต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยและสุขภาพของสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด และ 3) ผู้จัดการหน่วยงานต้องทำบันทึกสถิติของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการปฏิบัติงาน หากไม่รายงานหรือรายงานไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ถือว่ามีความผิดในหน้าที่ ซึ่งบทบาทหน้าที่หลักของผู้จัดการหน่วยงานในเรื่องการดูแลความปลอดภัยและสุขภาพของสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้ 1) การดูแลระวังเรื่องผู้ป่วยเอดส์ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน การสะสมความเครียดจากการ

ปฏิบัติงาน การป้องกันอันตรายที่มีความรุนแรงถึงขั้นการสูญเสียชีวิต อันตรายจากสารเคมีต่างๆ และการตรวจสอบทางพันธุกรรม (Gomez-Mejia, Balkin, & Cardy, 2001)

4. การนำ (leading) ระบบบริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21 มีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การนำองค์กรพยายามให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาท และพัฒนาสมรรถนะการนำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การนำที่ดีจะเป็นตัวสร้างความผูกพันและความกระตือรือร้นร่วมกันของสมาชิกในองค์กรที่จะใช้ศักยภาพของคนอย่างเต็มที่ในการช่วยให้แผนบรรลุเป้าหมายต้องอาศัยความสามารถด้านความรู้ พื้นฐานทางพฤติกรรม ภาวะผู้นำหรือความเป็นผู้นำ แรงจูงใจในการทำงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่องค์กรต้องเผชิญกับภาวะคุกคามภายนอก อีกทั้งการนำให้สมาชิกขององค์กรในฐานะผู้ตามร่วมปฏิบัติหน้าที่เป็นทีมงานที่มุ่งไปที่การทำงานให้มีประสิทธิภาพ เป็นภาระที่สำคัญสำหรับผู้บริหารที่เป็นผู้นำองค์กรอย่างแท้จริง (ชัยณรงค์, 2551; Kramer et al, 2007)

นอกจากนั้นผู้นำจำเป็นต้องมีความอดทนที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือหน้าที่ให้ต่อเนื่องและบรรลุความสำเร็จได้ ความอดทนสามารถที่จะช่วยผลักดันให้การทำงานดำเนินไปสู่เป้าหมายปลายทางได้ดี (สมพงษ์, 2549) และป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงาน เพื่อให้สมาชิกทุกคนของหน่วยงานยังคงให้ความสนใจต่อเป้าหมายหลักของหน่วยงาน (วิเชียร, 2551; Gomez-Mejia, Balkin, & Cardy, 2001) รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีระหว่างทีมสุขภาพผู้ปฏิบัติงานให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ร่วมงานยึดมั่นต่อเป้าหมายของหน่วยงาน และร่วมกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Jooste, 2003; Haney, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน การปฏิบัติงานภายใต้การนำของหัวหน้าที่มีความรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ และอำนาจการให้ ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าถึงข้อมูลต่างๆ ทั้งข้อมูลภายในองค์กรและข้อมูลสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกองค์กร เนื่องจากข้อมูลของสภาพแวดล้อมหน่วยงานและเทคโนโลยีมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมาก (Turban, Mclean, Wetherbe, Bolloju, & Davison, 2002) และจากผลการวิจัยของเซอร์ลีย์ อีไบร์ท และ แมคเดเนลล์ (Shirey, Ebright, & McDaniel, 2008) พบว่า การจัดการให้หน่วยงานได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเป็นบทบาทพื้นฐานของหัวหน้าหรือผู้ป่วยที่ถูกคาดหวังจากพยาบาล หน่วยงานต่างๆ หรือทุกวิชาชีพรวมทั้งองค์กรวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ควรได้ทราบความต้องการของผู้รับบริการ ทราบความเคลื่อนไหว ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมากในสังคม

ประเด็นสุดท้ายบทบาทของผู้บริหารระดับต้นด้านการนำครอบคลุมการนำนโยบายและกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้นภายในหน่วยงานมีดังนี้ (Gryna, 2001) ระบุ

ปัญหาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อให้เกิดคุณภาพการปฏิบัติงาน เป็นผู้นำเพื่อสนับสนุนให้เกิดทีม การปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพประเภทต่างๆ ร่วมเป็นสมาชิกของทีมคุณภาพ เป็นคณะทำงานเพื่อช่วย คณะกรรมการคุณภาพระดับสูงในการกำหนดประเด็นต่างๆ เพื่อนำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพงาน ลงสู่การปฏิบัติ แสดงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน โดยการมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพและประเมินความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพงานในภาพรวมเป็นบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงานที่ต้อง รับผิดชอบให้สมาชิกในหน่วยงานเห็นความสำคัญของการให้บริการอย่างมีคุณภาพและปฏิบัติตาม แนวมาตรฐานการปฏิบัติงานที่หน่วยงานกำหนด ซึ่งหลักการของการพัฒนาคุณภาพงานใน ภาพรวมประกอบด้วย (Evans & Lindsay, 1999) 1) การให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นหลัก 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม 3) การปรับปรุงและเรียนรู้งานอย่าง ต่อเนื่อง จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานคือการให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นหลัก โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อเรียนรู้ว่าผลิตภัณฑ์หรือการบริการของหน่วยงาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือคุณภาพของผลิตภัณฑ์และหรือการบริการอยู่ในระดับ ไດ โอกาสที่หน่วยงานจะเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์หรือให้บริการที่เป็นเลิศมีความเป็นไปได้มากน้อย เพียงใด (Haig, 2004) หน่วยงานต้องปรับปรุงหรือลดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนใน ประเด็นใดบ้าง ขณะเดียวกันการพัฒนาคุณภาพงานจะต้องคำนึงถึงการสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่หรือ ปรับปรุงการบริการเดิมให้มีมาตรฐานและหรือมีคุณภาพเพิ่มขึ้น หรือสามารถตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว

5. การควบคุม (controlling) เป็นกระบวนการสุดท้ายของหน้าที่การบริหารที่ ผู้บริหารในองค์กรทุกคนต้องปฏิบัติ มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำกับการปฏิบัติการกิจในความดูแลด้าน การบริหารไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การจัดองค์การ การชี้แนะในสิ่งที่ถูกต้องไปในทิศทางที่ต้องการ ตลอดจนทันต่อเวลาและสถานการณ์ที่ต้องการ การควบคุมจะเป็นหลักประกันว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะ ดำเนินไปตามทิศทางที่ถูกต้องและระยะเวลาที่กำหนดเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด นอกจากนั้นการควบคุมคือมาตรวัดอย่างเป็นระบบที่ใช้เป็น ตัวบังคับให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปภายใต้แผนงานหรือยุทธศาสตร์ที่ได้วางไว้ขององค์กร รวมทั้งการแก้ไขการดำเนินการ ในกิจกรรมเหล่านั้นที่พบว่าเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ การควบคุมยังเป็นหลักประกันอย่างดีในการประสพผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร โดยใช้ ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด หัวหน้าหรือผู้ปวยสามารถ จัดสรรช่วงเวลาของการต้องออกไปให้การดูแลนอกพื้นที่ เปลี่ยนมาเป็นการ โนม้หน้าให้พยาบาล ปฏิบัติระดับปฏิบัติการสนใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพงานได้ และเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของ

หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีหน้าที่ในการชี้ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขของหน่วยงานเพื่อให้เกิดคุณภาพการปฏิบัติงาน (Gryna, 2001) และเลจซง (Lageson, 2004) กล่าวว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสนใจในเรื่องคุณภาพการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานที่ดีปัจจัยหนึ่ง นอกจากนั้นการควบคุมจากหน่วยงานภายนอกในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นความจำเป็นของวิชาชีพต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งวิชาชีพแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย (Evans & Lindsay, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่มีทีท่าว่าจะยุติ ซึ่งจากเหตุการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อประชาชนทุกอาชีพ โดยเฉพาะข้าราชการ รวมทั้งข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความเครียด และการปรับตัวต่อความเครียดในสถานการณ์สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบเพียงการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ ไม่พบว่ามีการศึกษาผลกระทบของสถานการณ์ในผู้บริหารทางการแพทย์ต่อความเครียด การเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิตและการบริหารการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม หาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บริหารการพยาบาล และแนวทางปรับปรุงการบริหารงานเพื่อลดความกดดันต่างๆทั้งจากภายในหน่วยงานและจากสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบ

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อ ระดับความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และ กระบวนการบริหารงาน 5 ขั้นตอน ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การบริหารทรัพยากรบุคคล การนำ และการควบคุม ของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลประจำจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลาและนราธิวาส จำนวน 97 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการตอบข้อมูลแบบสอบถาม เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์สัดส่วนร้อยละ 80 ซึ่งเท่ากับ 78 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงเท่ากับ 72 คน (คิดเป็นร้อยละ 92.30 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากเหตุผล 2 ประการดังนี้ 1) ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงที่เหตุการณ์ความไม่สงบทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมาก และ 2) โรงพยาบาลมีภารกิจเร่งด่วนเกี่ยวกับการขอประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้ และบางส่วนตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 72 ราย) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งปัจจุบันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา สำหรับโรงพยาบาลชุมชนสุ่มด้วยเทคนิคการสุ่มแบบง่ายไม่คืนที่โดยนำรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละจังหวัดมาจับฉลากได้รายชื่อดังนี้ จังหวัดยะลา ได้แก่ 1) โรงพยาบาลรามัน 2) โรงพยาบาลธารโต 3) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา และจังหวัดนราธิวาส ได้แก่ 1) โรงพยาบาลระแงะ 2) โรงพยาบาลตากใบ 3) โรงพยาบาลแว้ง

4) โรงพยาบาลศรีสาคร และ 5) โรงพยาบาลจะนะ หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการตอบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายกลุ่ม คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เป็นหัวหน้าพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคได้มากกว่า 3 ปี ที่ตอบแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ภาวะเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียด เป็นเครื่องมือใช้วัดระดับความเครียด

ของโคเฮน แคมมาคส์ และ เมอเมลสไตน์ (Cohen, Kamarak, Mermelsteins, 1983) แปลโดยชุนวาน (Chunuan, 2003) เป็นเครื่องมือที่วัดระดับความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 โดย 0 เท่ากับ “ไม่เคย” และ 4 เท่ากับ “บ่อยครั้งมาก” จำนวน 14 ข้อ (ภาคผนวก ก) ซึ่งหากตอบว่า “รู้สึก” หรือ “เกิดบ่อย” แสดงว่าเครียดมาก ดังนั้นข้อคำถามที่เป็นคำถามบวกจำนวน 8 ข้อได้แก่ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, และ 13 ค่าคะแนนจากข้อคำถามบวกเหล่านี้ ได้แปลงค่าคะแนนกลับกัน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดเกณฑ์ของระดับความเครียด ดังนี้

0-1.33 หมายถึง รับรู้ความเครียดในระดับต่ำ

1.34-2.67 หมายถึง รับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง

2.68-4.00 หมายถึง รับรู้ความเครียดในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเครียด ปรับปรุงจากแบบวัดการปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เครียด (Coping inventory for stressful situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health) ของคอสเวย์ และ เอนเดอร์ (Cosway & Endler, 2000) เป็นแบบประเมินการปรับตัวต่อความเครียดด้านการมุ่งปฏิบัติงาน การปรับอารมณ์ และการหลีกเลี่ยง แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 โดย 0 เท่ากับ “ไม่เคย” และ 4 เท่ากับ “มากที่สุด” รวมจำนวน 48 ข้อ (ภาคผนวก ข) โดยกำหนดเกณฑ์ของระดับการปรับตัวต่อความเครียด ดังนี้

0-1.33 หมายถึง การปรับตัวต่อความเครียดในระดับต่ำ

1.34-2.67 หมายถึง การปรับตัวต่อความเครียดในระดับปานกลาง

2.68-4.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความเครียดในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ซึ่งได้พัฒนาเมื่อปี 1994 ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 โดย 0 เท่ากับ “ไม่เลย” และ 4 เท่ากับ “มากที่สุด” จำนวน 26 ข้อ (ภาคผนวก ค) โดยกำหนดเกณฑ์ของระดับคุณภาพชีวิตรายชื่อ ดังนี้

0-1.33 หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ

1.34-2.67 หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

2.68-4.00 หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับมาก

และกำหนดเกณฑ์ของระดับคุณภาพชีวิตรายด้านตามเกณฑ์การแปลงค่าคะแนนขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (เป็นเกณฑ์ที่วิเคราะห์ตามคู่มือการตีคะแนนขององค์การอนามัยโลกอย่างเคร่งครัด จึงไม่มีจุดทศนิยมเหมือนเกณฑ์อื่น)

<= 60.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตชีวิตในระดับต่ำ

60.01-80.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

80.01-100.00คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารการพยาบาล โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) (ภาคผนวก ง)

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารการพยาบาล

ด้านการวางแผน

1. การจัดการวางแผนบริหารการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไรในเรื่อง

1.1 การปรับแผนการบริหารระยะสั้น ระยะยาว

1.2 การปรับตัวชีวิตตามเป้าหมายที่กำหนด

1.3 การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการบริหาร

1.4 นโยบายการบริหารเฉพาะกรณีมีหรือไม่อย่างไร และการปรับเปลี่ยนแผน

ดังกล่าวได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณจากรัฐบาลหรือไม่ อย่างไร

2. การวางแผนดังกล่าวมีปัญหา/อุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

3. มีการวางแผนเชิงรุกในเรื่องใดบ้าง

ด้านการจัดองค์การ

1. ท่านมีการปรับโครงสร้างองค์การภายหลังเกิดสถานการณ์ความไม่สงบหรือไม่ อย่างไร

2. ท่านมีการปรับเปลี่ยนการมอบอำนาจหน้าที่หรือการกระจายอำนาจในการบริหารงานหรือไม่ อย่างไร

3. ท่านได้มีการจัดสร้างเครือข่ายเพื่อให้การบริหารงานลุล่วงไปได้ดีหรือไม่ อย่างไร

ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

1. สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผลกระทบต่อการบริหารบุคคลของท่านอย่างไร

2. ท่านได้ดำเนินการสร้างขวัญ กำลังใจ และสร้างเสริมการคงอยู่ให้กับบุคลากรในหน่วยงานอย่างไร

3. ท่านมีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาของการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหรือไม่ อย่างไร หรือปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการหรือไม่ อย่างไร

4. ท่านมีแนวทางการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานท่านอย่างไร ภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านการนำ

1. ท่านใช้วิธีการนำองค์การอย่างไรที่ทำให้บุคลากรยังคงปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน

2. ท่านใช้เทคนิคอะไรในการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานต่อไปได้

3. บรรยากาศองค์กรของหน่วยงานท่านเป็นอย่างไร

4. ท่านได้เจรจาต่อรองกับผู้บริหารระดับสูงเช่นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ

ด้านการควบคุม

1. ท่านควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยวิธีการใด

2. ท่านควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างไร ลักษณะการควบคุมดังกล่าวแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร

3. ท่านบริหารความเสี่ยงจากการบริหารจัดการอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปรับตัวต่อความเครียดเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.77 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารการพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้ (pilot study) สัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษา และทักษะการสัมภาษณ์ของทีมผู้วิจัยและทักษะการใช้อุปกรณ์การอัดเทปก่อนการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัด ยะลา และ นราธิวาส เพื่อแจ้งให้ทราบเรื่องวัตถุประสงค์การวิจัย คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม

2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลประจำแต่ละจังหวัด หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึก

3. ทีมผู้วิจัยซ้อมสัมภาษณ์กับบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจะได้แก้ไขคำถามให้สมบูรณ์และคำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนในประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานกับการสังเกต และเตรียมอุปกรณ์เพื่อการจดบันทึกให้เพียงพอเหมาะสม

ขั้นดำเนินการ

1. ประสานงานกับทีมนักวิจัยในการแจกแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเรื่องระดับความเครียด การปรับตัวกับความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้บริหารการพยาบาล

2. ประสานงานกับทีมวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ประสานงานกับผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนัดหมายกำหนดเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นรายกลุ่มของแต่ละโรงพยาบาล และดำเนินการสัมภาษณ์เป็นรายกลุ่มครั้งละหนึ่งโรงพยาบาล โดยการกำหนดสัดส่วนโรงพยาบาลของแต่ละจังหวัดร้อยละ 50 สุ่มโรงพยาบาลแบบง่าย (convenient sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 9 กลุ่มๆละ 4-6 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 45 คนจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณเรียบร้อยแล้วจำนวน 72 คน คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 62.5 ซึ่งมากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้ใน โครงร่างวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลในสามจังหวัดให้ความสนใจในวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารโดยตรง จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถปฏิเสธการขอเข้าร่วมการสัมภาษณ์เป็นรายกลุ่มในครั้งนี้ได้ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่สำคัญดังผลการศึกษาที่นำเสนอในบทที่ 4 โดยใช้สถานที่หลักในการสัมภาษณ์กลุ่มที่ห้องประชุมเล็กของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ด้วยเหตุผลของความสะดวกในการประสานงานและความปลอดภัยของทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มีโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทีมผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง โดยแต่ละกลุ่มใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 75 นาที ถึง 90 นาที

4. บันทึกข้อมูล

หลังการสัมภาษณ์สิ้นสุด ดำเนินการถอดเทปบันทึกให้สมบูรณ์และเสร็จสิ้นทันที ถ้าการจดบันทึกทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีปฏิกิริยาที่จะเป็นผลเสียต่อการสัมภาษณ์ก็ต้องงดการบันทึกและใช้ความจำแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงสำรวจระดับความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม ใช้คำนวณด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างระดับความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด และคุณภาพชีวิต และในการศึกษาครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์กลับคืนมาเพื่อการวิเคราะห์ 72 ชุดคิดเป็นร้อยละ 92.30

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกต เกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่อการบริหารงานพยาบาล นำมาวิเคราะห์โดยการสร้างประเด็นที่ศึกษา (theme) จากข้อสรุปจากการศึกษาข้อมูลที่ได้ในแต่ละราย เมื่อข้อมูลที่ได้ ๆ รับการยืนยัน หรือได้ข้อมูลที่เพียงพอแล้ว จึงนำมาสรุปเป็นประเด็นที่ศึกษา

ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดทราหัสโดยการเลือกคำ/ประโยคที่เป็นข้อมูลประเภทเดียวกันมาให้รหัส จัดหมวดหมู่ และตรวจสอบข้อมูลในแต่ละราย เพื่อสร้างข้อสรุปชั่วคราว หากข้อสรุปที่ได้ขาดความชัดเจนก็จะตั้งคำถามและกลับไปถามซ้ำอีกจนมีความชัดเจน

นำข้อสรุปทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาประเด็นต่างๆ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาและส่งสรุปประเด็นที่วิเคราะห์ได้กลับไปให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คนจากที่สัมภาษณ์ 45 คนทางอีเมล เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และหรือความเห็นชอบในประเด็นที่วิเคราะห์ได้ก่อนการอภิปรายผล กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นชอบประเด็นที่วิเคราะห์ได้ และ ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบต่อการรับรู้ภาวะเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตและกระบวนการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ด้วยตารางและคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด และคุณภาพชีวิต

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 72)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 38	21	29.2
38-50	38	52.8
50 ขึ้นไป	13	18.1
(\bar{X} = 42.60, SD = 7.64)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	1.4
ปริญญาตรี	64	88.9
สูงกว่าปริญญาตรี	7	9.7
สถานภาพสมรส		
โสด	18	25
คู่	53	73.6
หม้าย/หย่า/แยก	1	1.4

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แผนกของหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
งาน OPD/ER/OR/ICU	33	45.8
คึกผู้ป่วยใน	35	48.6
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)		
ต่ำกว่า 10	17	23.6
10- 20	27	37.5
20 ขึ้นไป	26	36.1
$(\bar{X} = 18.06, SD = 9.58)$		
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย (ปี)		
ต่ำกว่า 10 ปี	51	70.8
11-20	15	20.8
21-30	6	8.4
$(\bar{X} = 9.35, SD = 6.63)$		
ขณะนี้อาการความผิดปกติ/เจ็บป่วย		
มี	15	20.8
ไม่มี	55	76.4
ไม่ตอบ	2	2.8

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 38-50 ปี (ร้อยละ 52.8) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.60 ปี (SD = 7.64 ปี) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.9) และสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.6) แผนกของหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเป็น คึกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 48.6) และงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด และไอซียู (ร้อยละ 45.8) มีระยะเวลาการทำงานในช่วง 10-12 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาในช่วง มากกว่า 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในช่วงต่ำกว่า 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 70.8) เฉลี่ย 9.35 ปี (SD = 6.63) และส่วนใหญ่ขณะนี้ ไม่มีอาการความผิดปกติหรือเจ็บป่วย (ร้อยละ 76.4)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะเครียด (N = 72)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	18	25.0
ปานกลาง	52	72.2
สูง	2	2.8

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2) และกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่รับรู้ภาวะเครียดในระดับต่ำ (ร้อยละ 25) กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยรับรู้ภาวะเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 2.8)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (N = 72)

รายชื่อ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. พบว่าตนเองกำลังคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่ต้องทำให้สำเร็จ	2.78	0.68	สูง
2. รู้สึกเสียใจ เพราะบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นอย่างไม่คาดหวัง	1.81	0.92	ปานกลาง
3. โกรธเพราะสิ่งต่าง ๆ ได้เกิดขึ้นเกินกว่าที่ตนเองสามารถควบคุมได้	1.75	0.82	ปานกลาง
4. รู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นตามที่ตนเองคิดไว้	1.73	0.87	ปานกลาง
5. ไม่สามารถจัดการกับทุก ๆ เรื่องที่ตนเองต้องทำ	1.67	0.80	ปานกลาง
6. รู้สึกประสัทอ่อน (ซีดจาง) และเครียด	1.58	0.89	ปานกลาง
7. ประสบความสำเร็จในการจัดการเรื่องที่รบกวนชีวิตของตนเอง	1.49	0.84	ปานกลาง
8. สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองมีประสิทธิภาพ	1.48	0.75	ปานกลาง

รายชื่อ	\bar{X}	SD	ระดับ
9. รู้สึกว่าตนเองสามารถเอาชนะสิ่งต่างๆ ได้	1.47	0.73	ปานกลาง
10. สามารถควบคุมสิ่งที่รบกวนชีวิตของตนเอง	1.44	0.71	ปานกลาง
11. รู้สึกว่าภาวะช่งยากได้เกิดทับถมอย่างมากจนตนเอง ไม่สามารถเอาชนะมันได้	1.38	0.96	ปานกลาง
12. ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆในชีวิตได้	1.32	0.92	ต่ำ
13. สามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในชีวิตของตนเอง	1.30	0.72	ต่ำ
14. มั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาส่วนตัวต่าง ๆ ของตนเองได้	1.18	0.66	ต่ำ

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเครียดรายข้อรายข้อที่อยู่ในระดับสูงมี 1 ข้อ ได้แก่ กำลังคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ต้องทำให้สำเร็จ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = 0.68$) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเครียดรายข้อที่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 10 ข้อ เรียงตามค่าเฉลี่ยสูงสุดสามอันดับแรก ได้แก่ รู้สึกเสียใจเพราะบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นอย่างไม่คาดหวัง ($\bar{X} = 1.81$, $SD = 0.92$) โกรธเพราะสิ่งต่างๆ ได้เกิดขึ้นเกินกว่าที่ตนเองสามารถควบคุมได้ ($\bar{X} = 1.75$, $SD = .82$) และรู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นตามที่ตนเองคิดไว้ ($\bar{X} = 1.73$, $SD = 0.87$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเครียดรายข้อที่อยู่ในระดับต่ำมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆในชีวิตได้ ($\bar{X} = 1.32$, $SD = 0.92$) สามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง ($\bar{X} = 1.30$, $SD = 0.72$) และมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาส่วนตัวต่างๆของตนเองได้ ($\bar{X} = 1.18$, $SD = 0.66$) ตามลำดับ

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดจำแนกตามรายด้าน (N = 72)

การปรับตัวต่อความเครียด	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการมุ่งปฏิบัติงาน	2.60	0.59	ปานกลาง
2. ด้านการหลีกเลี่ยง	2.03	0.45	ปานกลาง
3. ด้านการมุ่งปรับอารมณ์	1.46	0.60	ปานกลาง
โดยรวม	2.03	0.32	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปรับตัวต่อความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = 0.32$) และมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความเครียดรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้านเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านการมุ่งปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.59$) ด้านการหลีกเลี่ยง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = 0.45$) และด้านการมุ่งปรับอารมณ์ ($\bar{X} = 1.46$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการมุ่งปฏิบัติงาน (N = 72)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. คิดและเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด	2.82	0.88	มาก
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	2.79	0.71	มาก
3. ใช้วิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา	2.75	0.75	มาก
4. ใช้ความพยายามเพิ่มเติม	2.74	1.19	มาก
5. วิเคราะห์ปัญหา	2.72	0.84	มาก
6. จัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา	2.69	0.91	ปานกลาง
7. ตัดสินใจที่จะกระทำต่าง ๆ	2.67	0.84	ปานกลาง
8. พิจารณาผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละปัญหา	2.67	0.79	ปานกลาง
9. พิจารณาปัญหาที่คล้ายกัน	2.64	0.74	ปานกลาง
9. เข้าใจสถานการณ์	2.61	1.19	ปานกลาง
10. ใช้ผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาเพื่อพิสูจน์ตัวเอง	2.54	0.86	ปานกลาง
11. มุ่งไปที่ประเด็นปัญหา	2.47	0.84	ปานกลาง
12. ควบคุมสิ่งต่าง ๆ	2.44	0.85	ปานกลาง
13. กระทำแก้ไขทันที	2.32	0.99	ปานกลาง
14. ฉันทใช้เวลาได้ดีกว่าเดิม	1.81	0.97	ปานกลาง
15. พยายามจัดระบบตัวเอง	0.32	0.78	น้อย
โดยรวม	2.60	.59	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการมุ่งปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับมากจำนวน 5 ข้อโดย

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ คิดและเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด ($\bar{X} = 2.82, SD = .88$) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ($\bar{X} = 2.79, SD = .71$) และใช้วิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา ($\bar{X} = 2.75, SD = .75$) ค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 10 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา ($\bar{X} = 2.69, SD = .91$) ตัดสินใจที่จะกระทำต่าง ๆ ($\bar{X} = 2.67, SD = .84$) และพิจารณาผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละปัญหา ($\bar{X} = 2.67, SD = .79$) สำหรับค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับน้อยมีเพียงข้อเดียว ได้แก่ การพยายามจัดระบบตัวเอง ($\bar{X} = 0.32, SD = .78$) ตามลำดับ

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการมุ่งปรับอารมณ์ (N = 72)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ปรารถนาที่จะสามารถเปลี่ยนสิ่งต่าง ๆ ได้	2.63	1.09	ปานกลาง
2. รู้สึกดีเครียด	2.07	1.31	ปานกลาง
3. กังวลถึงสิ่งที่จะทำต่อไป	1.97	.97	ปานกลาง
4. กำหนดตัวเองที่ปล่อยเวลาให้ล่องไป	1.85	1.00	ปานกลาง
5. ให้ความสำคัญหรือมุ่งมาที่ตนเอง	1.81	1.07	ปานกลาง
6. รู้สึกโกรธ	1.79	1.06	ปานกลาง
7. กังวลว่าจะแก้ปัญหาไม่ได้	1.78	1.05	ปานกลาง
8. พยายามบอกตนเองว่ามันจะไม่เกิดขึ้นอีก	1.74	1.16	ปานกลาง
9. รู้สึกเศร้าใจ	1.70	1.09	ปานกลาง
10. กำหนดตัวเองที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้	1.17	1.01	น้อย
11. รู้สึกหนาวใจ	1.03	1.05	น้อย
12. เอาความรู้สึกออกไป/โทษผู้อื่น	1.01	1.11	น้อย
13. กำหนดตัวเองที่อ่อนไหวง่าย	0.99	.90	น้อย
14. บอกกับตัวเองว่าสถานการณ์ไม่ได้เกิดขึ้นจริง	0.74	.87	น้อย
15. กำหนดตัวเองสำหรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	0.71	.85	น้อย
16. หยุดงานด้วยการป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อย	0.32	.78	น้อย
โดยรวม	1.46	.60	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านการมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.46$, $SD = .60$) โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 9 ข้อ เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ปรารถนาที่จะสามารถเปลี่ยนสิ่งต่าง ได้ ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 1.09$) รู้สึกดีเกี่ยวกับ ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 1.31$) กังวลถึงสิ่งที่จะทำต่อไป ($\bar{X} = 1.97$, $SD = .97$) และระดับน้อยจำนวน 7 ข้อ เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ตำนานตัวเองที่ไม่สามารถหาข้อสรุปหรือแก้ปัญหาไม่ได้ ($\bar{X} = 1.17$, $SD = 1.01$) รู้สึกหนาวใจ ($\bar{X} = 1.03$, $SD = 1.05$) และเอาความรู้สึกออกไป/โทษผู้อื่น ($\bar{X} = .99$, $SD = .90$) ตามลำดับ

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้านการหลีกเลี่ยง (N=72)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. กิดถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ	2.89	1.02	มาก
2. คูโทรศัพท์	2.78	.88	มาก
3. นอนพักผ่อน	2.67	.82	ปานกลาง
4. คุยกับบุคคลอื่น/เพื่อนฝูง	2.54	.84	ปานกลาง
5. มองดูสิ่งต่าง ๆ เพื่อความเพลิดเพลิน	2.53	.96	ปานกลาง
6. อยู่กับคนที่พิเศษ	2.49	1.10	ปานกลาง
7. อยู่กับผู้อื่น	2.35	1.00	ปานกลาง
8. โทรศัพท์หาบุคคลอื่น/เพื่อนฝูง	2.22	.84	ปานกลาง
9. ดูแลตนเองโดยการมีอาหารว่าง	1.81	.93	ปานกลาง
10. แสวงหาเพื่อนฝูง	1.74	.87	ปานกลาง
11. ไปช้อปปิ้ง	1.60	.76	ปานกลาง
12. รับประทานอาหารนอกบ้าน	1.43	.92	ปานกลาง
13. ไปงานเลี้ยง	1.38	.72	ปานกลาง
14. ดูภาพยนตร์	1.28	1.10	น้อย
15. หยุดพักจากงาน	0.94	.93	น้อย
โดยรวม	2.03	.45	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านการมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03, SD = .45$) โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับมากจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ คิดถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ ($\bar{X} = 2.89, SD = 1.02$) และคูโทรทส์ ($\bar{X} = 2.78, SD = .88$) ค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 9 ข้อ เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ นอนพักผ่อน ($\bar{X} = 2.67, SD = .82$) คุยกับบุคคลอื่น/เพื่อนฝูง ($\bar{X} = 2.54, SD = .84$) และมองดูสิ่งต่าง ๆ เพื่อความเพลิดเพลิน ($\bar{X} = 2.53, SD = .96$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมี 2 ข้อ ได้แก่ ดูภาพยนตร์ ($\bar{X} = 1.28, SD = 1.10$) และหยุดพักผ่อน ($\bar{X} = .94, SD = .93$) ตามลำดับ

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน (N = 72)

รายด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	73.63	11.96	ปานกลาง
2. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	66.50	11.52	ปานกลาง
3. ด้านจิตใจ	56.88	11.30	ต่ำ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	43.44	13.42	ต่ำ
โดยรวม	60.11	8.76	ปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.11, SD = .86$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 73.63, SD = 11.96$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 66.50, SD = 11.52$) และอีก 2 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 56.88, SD = 11.30$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 43.44, SD = 13.42$) ตามลำดับ

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านร่างกาย (N = 72)

รายข้อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. พอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	3.99	.80	มาก
2. พอใจกับการนอนหลับ	3.94	.84	มาก

รายข้อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
3. พอใจกับความสามารถในการทำงาน	3.89	.66	มาก
4. มีพลังกำลังเพียงพอในการดำรงชีวิตประจำวัน	3.11	1.00	มาก
5. สามารถพบปะพูดคุยกับผู้อื่น	2.64	1.07	ปานกลาง
6. ต้องการการรักษาเพื่อให้ทำกิจวัตรประจำวันได้	1.04	1.15	น้อย
7. มีความเจ็บปวดทางกายจนไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่าน ต้องทำ	.93	1.21	น้อย

จากตาราง 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกายรายข้อที่อยู่ในระดับมากมีจำนวน 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ย 3 ข้อแรก ได้แก่ พอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 3.99$, $SD = .80$) พอใจกับการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .84$) พอใจกับความสามารถในการทำงาน ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .66$) ค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับปานกลางมีเพียง 1 ข้อ ได้แก่ สามารถพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ($\bar{X} = 2.64$, $SD = 1.07$) และค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับน้อยมีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ต้องการการรักษาเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ($\bar{X} = 1.04$, $SD = 1.15$) และมีความเจ็บปวดทางกายจนไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องทำ ($\bar{X} = .93$, $SD = 1.21$) ตามลำดับ

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างด้านสัมพันธภาพทางสังคม (N=72)

รายข้อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. พอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน	3.89	.55	มาก
2. พอใจในความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้อื่น	3.83	.58	มาก
3. พอใจในเพศสัมพันธ์	3.25	.98	มาก

จากตาราง 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสัมพันธภาพทางสังคมรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ พอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .55$) พอใจในความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .58$) และ พอใจในเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 3.25$, $SD = .98$) ตามลำดับ

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ (N = 72)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. พอใจในตนเอง	4.08	.56	มาก
2. ชีวิตมีความหมาย	3.49	1.01	มาก
3. ยอมรับสภาพร่างกายตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.08	1.03	มาก
4. มีความสุขในชีวิต	2.67	1.02	ปานกลาง
5. การรวบรวมสมาธิ	2.58	1.00	ปานกลาง
6. รู้สึกเศร้าสร้อย หมดหวัง วิตกกังวลและซึมเศร้า	1.92	.67	ปานกลาง

จากตาราง 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจรายชื่อที่อยู่ในระดับมากมี 3 ข้อ ได้แก่ พอใจในตนเอง ($\bar{X} = 4.08$, $SD = .56$) ชีวิตของท่านมีความหมาย ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 1.01$) และยอมรับสภาพร่างกายตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.08$, $SD = 1.03$) และค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ข้อ ได้แก่ มีความสุขในชีวิต ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 1.02$) การรวบรวมสมาธิ ($\bar{X} = 2.58$, $SD = 1.00$) และรู้สึกเศร้าสร้อย หมดหวัง วิตกกังวล และซึมเศร้า ($\bar{X} = 1.92$, $SD = .67$)

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม (N = 72)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. พอใจกับสภาพสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย	3.69	.94	มาก
2. พอใจกับการไปทำงานในโรงพยาบาล	3.68	.78	มาก
3. พอใจกับการเดินทาง	3.40	1.36	มาก
4. มีเงินอย่างเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น	2.81	1.04	มาก
5. สามารถได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต้องการใช้			

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ในชีวิตประจำวัน	2.67	.98	ปานกลาง
6. มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ	2.24	1.16	ปานกลาง
7. รู้สึกปลอดภัยในชีวิตประจำวัน	1.82	1.14	ปานกลาง
8. รู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีความปลอดภัย	1.74	1.18	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสิ่งแวดล้อม รายชื่อที่อยู่ในระดับมากมีจำนวน 4 ข้อ โดยค่าเฉลี่ยรายชื่อ 3 ข้อแรก ได้แก่ พอใจกับสภาพสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ($\bar{X} = 3.69$, $SD = .94$) พอใจกับการไปทำงานในโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.68$, $SD = .78$) และพอใจกับการเดินทาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 1.36$) ค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 4 ข้อ โดยค่าเฉลี่ยรายชื่อ 3 ข้อแรก ได้แก่ สามารถได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต้องการใช้ในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 2.67$, $SD = .98$) มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{X} = 2.24$, $SD = 1.16$) และ รู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีความปลอดภัย ($\bar{X} = 1.74$, $SD = .54$) ตามลำดับ

ตาราง 13

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 72$)

ความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value
1. การปรับตัวต่อความเครียด	.12	>.05
2. คุณภาพชีวิต	-.52*	.000

* $P \leq .05$

จากตาราง 13 พบว่า การรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเครียด ($r = .12$, $p > .05$) แต่สัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52$, $p < .000$)

ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งวิเคราะห์ผลกระทบบของเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารการพยาบาล ด้วยหลักการของ thematic analysis ของโคไลซี่

สรุปข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและสาระประเด็นสำคัญ ดังนี้

ข้อมูลส่วนที่ 2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n = 45)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 43.12 ปี (SD = 5.34) ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างานเฉลี่ย 10.20 ปี (SD = 4.38) เป็นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเฉลี่ย 4 ปี (SD = 2.5) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 12 คนและ โรงพยาบาลชุมชน 33 คน ร้อยละ 100 เป็นเพศหญิงและมีการศึกษาระดับสูงสุดระดับปริญญาตรี มากกว่ากึ่งหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยในอำเภอที่เป็นสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานร้อยละ 70.28

ข้อมูลส่วนที่ 2.2 สาระประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการของโคไลซี่

ผลกระทบต่อกระบวนการบริหารการพยาบาล

การวางแผน

ประเด็นแรก “ไม่มีการวางแผนรองรับกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้” หมายถึง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีแผนการเตรียมรองรับเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบ เหตุผลส่วนใหญ่ คือ ทุกโรงพยาบาลมีแผนรองรับอุบัติเหตุหม้อยู่แล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “เรา ไม่มีแผนรองรับหรือแผนการดูแลผู้บาดเจ็บที่โดนยิง โดนเผา หรือถูกลอบทำร้ายมาเป็นการเฉพาะ แผนอุบัติเหตุหมุ่ที่มีอยู่ก็ซ้อมแผนกันทุกปี...”

ประเด็นที่สอง “ความไม่ปลอดภัยหากปฏิบัติตามแผนเชิงรุกที่วางไว้ หรือหากไม่ช่วยดูแลซึ่งกันและกัน” หมายถึง บุคลากรไม่สามารถออกปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ได้เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิดถูกลอบทำร้ายในระหว่างทางไปและกลับ และหรือความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเนื่องจากผู้ก่อการร้ายโรยตะปูระเบิดบนผิวถนน เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย... โคนลูกหลงเพียงครั้งเดียวทำให้คนอื่นไม่กล้าออกพื้นที่เพราะมันเสี่ยงมาก ไม่รู้ว่าใครเป็นใคร... โรงพยาบาลต้องเพิ่มฝ่ายรักษาความปลอดภัยมีเวรตรวจ ดัดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดต่างๆ ของโรงพยาบาลเพื่อไว้เช็ค หรืออย่างน้อยเพื่อให้รู้ว่าจะมีความเสี่ยง หรือพิรุอะไรเกิดขึ้นบ้าง หรือ “โรงพยาบาลต้องเปลี่ยนถังขยะที่เป็นโปร่งใส ระวังเรื่องการลอบนำระเบิดมาวางไว้ในเขตโรงพยาบาล” ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 เล่าว่า “กลุ่มการพยาบาลต้องจัดเตรียมกำลังเสริม เน้นการดูแลเรื่องความปลอดภัยที่ไม่ใช่ความปลอดภัยทางคลินิกร่วมด้วย”

“ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้เนื่องจากเหตุผลเรื่องความปลอดภัย เช่น จึงแก้ปัญหาโดยการรวมกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอ เกษัชกร สถานีอนามัย ในการออกให้บริการแทนการออกให้บริการจากโรงพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว ทำให้ออกบริการได้ 2 ครั้งต่อปี”

ประเด็นที่สาม “แผนงบประมาณ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน” เช่น การติดตั้งจระเข้ การจัดสวัสดิการรถยนต์ การทำรั้วโรงพยาบาลให้แข็งแรง รวมทั้งให้งบค่าเสี่ยงภัยเป็น 2000 บาทต่อมาลดเหลือ 1000 บาท และค่าวิชาชีพสาขาขาดแคลน 1000 บาท

ประเด็นที่สี่ “จัดเตรียมแผนสำรอง... เพื่อให้ได้อัตรากำลังเพิ่ม” หมายถึง โรงพยาบาลพยายามที่จะวางแผนเพื่อให้ได้อัตรากำลังเพิ่มมาทดแทนอัตรากำลังที่ขาดไปอย่างมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 เล่าว่า “โน้มน้าวให้ลูกเจ้าหน้าที่รับจ้างทำงานชั่วคราวจ้างตามวุฒิ และหาทางบรรจุให้ต่อไป รวมทั้งขอความเห็นใจอ้อนวอนผู้ตรวจราชการขณะมาเยี่ยม”

การจัดองค์การ

ประเด็นแรก “ปรับระบบการรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นสายตรง” ได้มีการปรับนโยบายการรายงานถึงผู้บังคับบัญชาสูงสุด คือ รายงานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากการเกิดสถานการณ์ส่งผลกระทบต่อการจัดอัตรากำลัง หรือระบบบริการพิเศษอื่นๆ ซึ่งต่างจากการให้บริการในยามปกติ เช่น การถ่ายทอดเหตุการณ์ ซึ่งบ่อยครั้งจะต้องมีภาพการนำส่งผู้บาดเจ็บไปงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือการรับรองผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ประเด็นที่สอง “เกิดระบบพันธมิตร เครือข่ายในการช่วยเหลือ” หมายถึง มีการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีกรรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง เช่น มีการส่งกำลังเสริมระดับพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลชุมชนด้วยกัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “มีระบบการช่วยกัน ส่งคนไปช่วยในพื้นที่ที่อยู่ใกล้กัน เช่น จากแวงไปที่ สุคีริน ปาตี (สุโขทัย)” “มีการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมจากพื้นที่อย่างไม่เป็นทางการเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการประสานงานล่วงหน้ากับอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาในเรื่องความปลอดภัย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเป็นระยะ โดยการประสานงานเป็นการประสานเรื่องความปลอดภัยและเรื่องอัตรากำลังเสริม เช่น ทีมที่ไปเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล 2-3 คน ร่วมกับอาสาสมัคร 10 คน”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19 เล่าว่า “การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ การแพทย์มีความล่าช้าหรือจัดการสรรหาได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากผู้แทนบริษัทดังกล่าวไม่กล้าลงปฏิบัติงานในพื้นที่ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เช่น บริษัทเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ค่อนข้างลำบาก บริษัทปรับเปลี่ยนระบบการส่งมอบสินค้าใหม่หลายบริษัทไม่กล้าเปิดซอง ไม่มีใครมาลงทุน ขอของมาไม่ได้ เช่น ห้อง negative pressure ต้องกินงบไปงบผูกพันไม่มี บางบริษัทไม่กล้าลงต้องหารถบรรทุกของจังหวัดไปปรับเหมือง ของซื้อของใช้ไม่มีต้องให้เจ้าหน้าที่ไปปรับสินค้าที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดแทนการส่งสินค้าตรงมาที่โรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น อีกทั้งกลุ่มการพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนต้องจัดสรรภาระงานในการเยี่ยมของ เช่น ระหว่างโรงพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 เล่าว่า “ตอนนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นญาติกันหมดทั้งสามจังหวัดให้อัมรถ ส่งรถไปรับ”

ประเด็นที่สาม “ปรับบทบาทหน้าที่ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน” หมายถึง มีการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลใหม่ โดยเฉพาะพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อช่วยให้งานมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “โดยกำหนดให้ผู้ตรวจการพยาบาลพิจารณาพยาบาลที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาในหน้าที่ของเวรส่งต่อที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไปช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นที่มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 20.00 น. ประมาณ 4 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้น” ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 เล่าว่า “ปรับบทบาทของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่จากเดิมที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้บริการรวมหมดตั้งแต่ฉีดยา ทำแผล และการช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นรับผิดชอบเหมือนเดิม แต่แยกห้องฉีดยาเพื่อให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉินดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากสถานการณ์ได้รวดเร็วขึ้น” “ปรับการมอบหมายงานเวรส่งต่อใหม่เพื่อให้เกิดการกระจายงานอย่างเท่าเทียมกันคือ เรียงตามรายชื่อตัวอักษร ทำให้ตึกแต่ละตึกไม่หนักเกินไปกรณีที่มีจำนวนพยาบาลในตึกมีน้อย”

ประเด็นที่สี่ “ปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม” หมายถึง การปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อเอื้อให้การพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพอัตรากำลังที่จำกัดและสภาพสิ่งแวดล้อมของการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เล่าว่า “มีการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลเพิ่มเติมในลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่ตรวจแทนแพทย์ โดยใช้ระบบคำสั่ง standing order ขณะนี้เป็นช่วงเวลาของการพัฒนาแนวทางการดูแลหรือการตามแพทย์ให้ชัดเจน และกำลังจะเพิ่มมาตรการให้ตามแพทย์เพื่อตรวจผู้ป่วยให้ได้ภายใน 4 นาที รวมทั้งบางโรงพยาบาลกำหนดให้มีพยาบาลประจำอยู่ที่แผนกหนึ่งแผนกใดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อช่วยให้สามารถเก็บรวบรวมประจำจุดที่ตนเองทำงานได้ ซึ่งขณะนี้แยกได้ในส่วนของพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อจะได้เก็บข้อมูลตัวชี้วัดได้ เริ่มมาซักประมาณเดือนกว่าๆ นี้เอง”

การบริหารทรัพยากรบุคคล

ประเด็นแรก “การบริหารงานบุคคลเป็นเรื่องที่...หัวหน้าต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการให้มีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่อย่างเพียงพอ” หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างานจะหาผู้ที่สนใจมาเป็นพยาบาลที่โรงพยาบาล และรวมทั้งให้พยาบาลที่มีอยู่สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่เหน็ดเหนื่อยเกินไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เล่าว่า “ในการทั่วไปก่อนเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบอัตรากำลังของสามจังหวัดเป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่จำนวนบุคลากรน้อยกว่าปริมาณ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อเนื่องเป็นปีมีจำนวนพยาบาลที่ยื่นความจำนงขอโยกย้ายสถานที่ทำงาน แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการรักษาพยาบาลในจังหวัดชายแดนใต้ได้รับผลกระทบอย่างมากในเรื่องอัตรากำลัง และส่งผลให้มีกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลต่างๆ ปรับลักษณะการขึ้นปฏิบัติงานใหม่และยอมรับถึงผลกระทบต่อคุณภาพการปฏิบัติงานจากการจัดการขึ้นปฏิบัติงานของการควมแวร กล่าวคือ พยาบาลหนึ่งคนสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่เป็นระยะเวลาติดต่อกันได้ 16 ชั่วโมง หรือปฏิบัติงาน 2 กะติดต่อกันซึ่งอาจเป็นช่วงเวลา 8.00-16.00 น. และ 16.00-24.00 น. ติดต่อกัน หรือช่วงระยะเวลา 16.00-8.00 น. ของวันถัดไป ทั้งนี้เพื่อให้มีพยาบาลเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่และลดโอกาสหรือความเสี่ยงของพยาบาลแต่ละคนต่อการประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการเดินทาง”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 เล่าว่า “นโยบายพยาบาลหนึ่งคนต่อหนึ่งตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ แผนทีวาง 13 อำเภอควรเป็น 13 คน แต่ได้อัตราหรือมีคนเพียง 6 คนเท่านั้น...ตลอดจนได้กรอบอัตรากำลังเพิ่มเติมไม่มีคนมาสมัคร”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เล่าว่า “เราต้องประกาศรับสมัครพยาบาลเพิ่ม โดยที่โรงพยาบาลจ้างเองแต่ปัจจุบัน ไม่มีระบบการคัดเลือกคนเพียงขอให้มีคนมาสมัครหรือสนใจมาทำงานที่นั่น” “ได้อัตรากำลังหรือกรอบเพิ่มเติมไม่มีพยาบาลมาสมัคร ผู้ปกครองหรือบิดา มารดาไม่ให้นำเด็กจึงต้องสละสิทธิ์”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 เล่าว่า “การขอโอนย้ายสูงมากและเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน บางคนขอโอนย้ายออกนอกจังหวัด บางคนย้ายภายในจังหวัด หรือบางกรณีน้องพยาบาลขอย้ายตามสามี ซึ่งทางกลุ่มการพยาบาลต้องอนุมัติให้โอนย้ายได้ เพราะเข้าใจถึงลักษณะการอยู่ร่วมกันของครอบครัว”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 กล่าวว่า “...เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร ทางโรงพยาบาลใช้รถเข็นส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป โดยให้งบประมาณ 100% โดยมีเงื่อนไขเพียงข้อเดียว คือ ขอให้กลับมาปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี...”

ประเด็นที่สอง “การเพิ่มมาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับบุคลากร” หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากกลุ่มผู้ก่อการร้าย มาตรการรักษาความปลอดภัยจึงเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการป้องกันมิให้อันตรายต่างๆ เกิดขึ้น ด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบ และการจัดสวัสดิการรถรับส่งไปกลับโรงพยาบาล รวมทั้งมีการกำกับให้ระวังความปลอดภัย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “การดูแลด้านสวัสดิการมีการจัดระบบรถรับส่งพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โดยเริ่มจากการปฏิบัติงานในช่วงเวลาเช้าระหว่าง 8.00-16.00 น. และสามารถทำได้เฉพาะเช้าเท่านั้น ซึ่งกำหนดจุดนัดหมายคือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและคิดอัตราค่าบริการ 100 บาทต่อเดือนหรือเฉลี่ยวันละ 5 บาท ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 กล่าวว่า “ความพยายามที่จะลดโอกาสของการเกิดอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์โดยการปรับเปลี่ยนเครื่องแต่งกายของพยาบาลจากชุดขาวเป็นชุดลำลองหรือชุดพละ และหรือเป็นชุดกีฬา...แต่อย่างไรก็ตามมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นเพราะมันแยกไม่ออกว่าใครเป็นผู้ให้บริการหรือเป็นผู้รับบริการเนื่องจากมีความกลมกลืนระหว่างกัน อีกทั้งการปรับเปลี่ยนการแต่งตัวทำให้มีอัตราการร้องเรียนจากผู้รับบริการหรือญาติเพิ่มขึ้น”

ประเด็นที่สาม “แนวทางหลักของการพัฒนาสมรรถนะคือ ระบบพี่สอนน้อง” หมายถึง การที่พยาบาลอาวุโสหรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมในเรื่องต่างๆ พยายามที่จะช่วยกันฝึกให้น้องๆ สามารถที่จะทำงานในแต่ละเรื่องให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน เช่น การใช้โปรแกรม...ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 กล่าวว่า “...พี่ๆ จะช่วยกันสอนน้องๆ ทุกเรื่องตั้งแต่การสอนงานเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกจนไปถึงเรื่องการพัฒนาทักษะด้านอื่นๆ เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน การทำงานคุณภาพ โรงพยาบาลเราก็ยังไม่ผ่าน HA (hospital accreditation) ติดอยู่ขั้นนี้มานาน มีงานเพิ่มเติมเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก็ช่วยๆ กัน และช่วยกันฝึกใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก...ไม่มีวิทยากรจากภายนอกมาช่วย”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 กล่าวว่า “เราต้องปรับแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรต้องทำในระดับจังหวัดแทนการจัดโดยโรงพยาบาลอำเภอตามลำพัง เพื่อให้้องๆ เข้าใจและได้รับรู้สิ่งใหม่ๆ บ้างถึงแม้ว่าเราเจอปัญหาที่ไม่เหมือนใคร (โรงพยาบาลอื่น)”

ประเด็นที่สี่ “งานที่เพิ่มเติมของหัวหน้าหอผู้ป่วย” หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแบ่งเวลาให้กับการดูแลข้างเตียงสำหรับผู้ป่วยและญาติมากขึ้นในแต่ละวัน เพื่อช่วยแบ่งเบางาน

ของพยาบาลประจำการที่ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ที่ควมเวรติดต่อกันมากขึ้น รวมทั้งการอธิบายผู้รับบริการ และญาติเพิ่มมากขึ้นเรื่องการเปลี่ยนแพทย์ตรวจประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17 กล่าวว่า “หัวหน้าคึกต้องคิดเงินจำนวนมากเป็นแสน สองแสน หัวหน้าต้องทำหมด โดยเฉพาะเมื่อมีผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ เช่น ถูกยิงเข้าที่กระดูกไขสันหลังทำให้เป็นอัมพาตทำให้มีค่าใช้จ่ายมาก อีกทั้งบางคนประกาศจะแขวนคอ มีความเสี่ยง เพิ่มความเครียดให้กับพยาบาลอย่างมาก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 กล่าวว่า “ผู้บริหารระดับหัวหน้าคึกต้องใช้เวลาในการอธิบายผู้รับบริการและญาติเรื่องการเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแลบ่อยครั้ง เนื่องจากหมอย้ายไปกระทบมากหมอบาดตอน...มีผลกระทบในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะตึกพิเศษและไอซียูหมอมือที่อยู่เวรก็ช่วยกันมาก ทั้งที่ไม่เป็นหมอเฉพาะทาง อีกประมาณ 7 ปี จะมีหมอมายู่ครบ (ประมาณ ปี 56) พยาบาลเราคือหัวหน้าคึกต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ บางคนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมต้องเปลี่ยนหมอบ่อย”

การนำ

ประเด็นแรก “ส่งเสริมความสามัคคีในระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งองค์กร” หมายถึง หัวหน้าหรือผู้ป่วยจะต้องสร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้นในการบริหารงาน และระมัดระวังอย่างมากไม่ให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 กล่าวว่า “ส่งเสริมความสามัคคีในระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งองค์กร คือ ในการทำงานร่วมกันประจำวันจะไม่มีการพูดถึงหรือเสวนาเรื่องเกี่ยวกับการเมืองเพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นมุสลิม มีการทำบุญโรงพยาบาลร่วมกันปีละ 1 ครั้ง จัดทัศนศึกษาโดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด จัดแข่งกีฬาพร้อมกับสถานีอนามัย และเชิญโรงพยาบาลอำเภออื่นในจังหวัดเดียวกันมาร่วมกิจกรรม”

ประเด็นที่สอง “ส่งเสริมระบบการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้านสถานการณ์ภายนอกโรงพยาบาลด้วยการติดตามข่าววิทยุ”

ประเด็นที่สาม “การแสดงออกถึงภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับสถานการณ์” หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ป่วยหรือหัวหน้างานต้องแสดงภาวะผู้นำให้พยาบาลในหน่วยงานได้เห็นเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไปภายใต้ความไม่สงบของบ้านเมือง เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดภาคใต้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องทำตัวเป็นแบบอย่างในการยังคงมีความมุ่งมั่นในการบริหารงานและปฏิบัติงานในพื้นที่ ไม่ได้แจ้งความประสงค์ที่จะขอโอนย้ายไปที่ใดและกระตุ้นให้น้องพยาบาลคิดว่างานพยาบาลเป็นงานบุญเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการที่ยังรอคอยความช่วยเหลือจากพยาบาล ให้น้องพยาบาลต้องระวังตัวเอง ให้อบออบ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18 เล่าว่า “การสร้างแรงจูงใจวิชาชีพพยาบาลโรคไม่กระทบแต่ที่กระทบคือครอบครัว กลุ่มที่ขอย้ายคือแต่งงานไม่นาน ลูกยังเล็ก คุณภาพของงานก็จะลดลง สามีย้ายไปที่อื่นพยาบาลยังย้ายไม่ได้ เวลาขึ้นเวรขึ้นตึกๆ กันเพื่อไปพบกับครอบครัว”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 เล่าว่า “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีส่วนร่วมค่อนข้างมากในการพิจารณาบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อเข้ารับการอบรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ยิ่งใหญ่และควบคุมการขึ้นเวร ควบคุมและเข้มงวดต่อการทำงานของพยาบาลเป็นอย่างมาก กลุ่มการพยาบาลขาดอิสรภาพในการบริหารโดยสิ้นเชิง แม้กระทั่งการแลกเวรผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเป็นคนให้ความเห็นชอบ ผอ. ไม่ปล่อยหรือกระจายอำนาจคิดว่าความคิดของตนเองถูกต้องเสมอ”

การควบคุม

ประเด็นแรก คือ “มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานมากขึ้น” หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือผลทางบวกต่อการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลจากการที่บุคลากรมีระยะเวลาที่มากขึ้นในการปฏิบัติงาน เนื่องจากเวลาที่จัดสรรในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการให้บริการนอกโรงพยาบาลลดลง หรือบางโรงพยาบาลออกให้บริการเชิงรุกไม่ได้ด้วยเหตุผลของความไม่ปลอดภัยในการเดินทางและอาจเกิดอันตรายต่อการสูญเสียชีวิตจากผู้ก่อความไม่สงบ อีกทั้งบางโรงพยาบาลที่ ณ ขณะนั้นไม่ได้อยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงสามารถสร้างทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 บอกว่า “ทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการร่วมกันทั้งอำเภอ ฝ่ายปกครอง อปพร. (อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน) ทหาร ทุกหน่วยงานพัฒนาเรื่องการเยี่ยมบ้านสามารถทำได้ และพัฒนาระบบเครือข่ายผ่านทางอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน”

ประเด็นที่สอง “สิ่งที่ควบคุมไม่ได้...คือค่าใช้จ่ายในการรักษาความสะอาดหอผู้ป่วย” หมายถึง ในการบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วยภายหลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ...ส่งผลให้งบประมาณของการรักษาความสะอาดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากการที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมากนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีญาติมาเยี่ยมหรือเฝ้าให้กำลังใจจำนวนมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เล่าว่า “ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ ไม่สนใจเรื่องระเบียบการเยี่ยม อยู่ให้กำลังใจจนหมดเวลาเยี่ยม แถมบางคนนอนนอนเฝ้าคนไข้ที่โรงพยาบาล บางคนไม่รู้จักดี และอยู่ใกล้ๆ โรงพยาบาลนี้แหละ แต่ยังไม่ยอมนอนเฝ้าอีก เราก็...ไม่รู้จะทำยังไง ผลพลอยได้ที่ตามมาคือค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าตู้พื้นเพิ่มมาก...”

อภิปรายผล

หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2) อธิบายได้ว่า จากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาในช่วงระยะ 3 ปีที่ผ่านมา หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การบาดเจ็บ การสูญเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และการสูญเสียชีวิตของข้าราชการ ทหาร และตำรวจ ตลอดจนได้เห็นความเสียหายของทรัพย์สินโรงเรียนจำนวนมาก ความเปลี่ยนแปลงในสังคมดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สามารถทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของตนอย่างต่อเนื่องจากสภาพความไม่สงบที่เกิดขึ้น และพยายามปรับตัวในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างปลอดภัย ซึ่งตรงกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 1.48, SD = .75$) สามารถควบคุมกับสิ่งที่รบกวนชีวิตได้ ($\bar{X} = 1.44, SD = .71$) ซึ่งเซลเย่ (Selye, 1974) กล่าวว่าบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเครียดได้ตราบดีที่บุคคลยังมีชีวิตอยู่ แต่บุคคลนั้นจะเกิดการเรียนรู้ที่จะควบคุมความเครียดไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงกับตนเองได้ (Sapolsky, 1998) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยกำลังคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ต้องทำให้สำเร็จ ($\bar{X} = 2.78, SD = .68$) เป็นความพยายามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องการควบคุมระดับความเครียดที่ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีใครหรือองค์กรใดหรือแม้แต่รัฐบาลไม่สามารถให้คำตอบหรือคาดการณ์ได้ว่าความไม่สงบเหล่านี้จะสิ้นสุดเมื่อไหร่สภาพความเสถียรของบ้านเมืองที่เกิดขึ้นจึงเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่ส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดได้ และนอกจากนั้นจากลักษณะของแบบสอบถามที่ถามประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจตรงกับช่วงที่เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดภาคใต้มีการก่อความไม่สงบเป็นระยะๆ ด้วยรูปแบบที่ต่างกัน เช่น มีการเผาทำลายสถานที่อาคารพาณิชย์ โรงเรียนต่างๆ หรือมีการจับกุมยิงครุหรือผู้นำชุมชน หรือวางระเบิด/สิ่งกีดขวางการจราจร เป็นต้น การก่อความไม่สงบเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่ทวีความรุนแรงเป็นช่วงๆ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าจะขณะนี้การรับรู้ภาวะเครียดอยู่ในระดับที่สูงได้ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

นอกจากนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2) และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนึ่งในสี่รับรู้ภาวะเครียดในระดับต่ำ (ร้อยละ 25) จากลักษณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นพยาบาลที่มีอายุเฉลี่ย 42.60 ปี ($SD = 7.64$) มีประสบการณ์ในการทำงานนานพอสมควร ($\bar{X} = 18.06$ ปี, $SD = 9.58$) และเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดและความกดดันต่างๆ ได้ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองมีประสิทธิภาพ ระดับปาน

กลาง ($\bar{X} = 1.48, SD = .75$) และสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งที่รบกวน ชีวิตของตนเอง ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.44, SD = .71$) อีกทั้งลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่หลักคือการบริหารจัดการ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทุกคนเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกว่าผู้บาดเจ็บเป็นประชาชน หรือเจ้าหน้าที่ หรือผู้ก่อการร้าย ประกอบกับการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะพยาบาลซึ่งต้องยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้การรับรู้ความเครียดบางส่วนจากที่เกิดสถานการณ์ขึ้นอยู่ในระดับต่ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนงนุช กฤตยา นันทิยา และชฎาพร(2550) ที่พบว่า ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมมากกว่าเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าอาจมีอันตรายเกิดขึ้นระหว่างการนำส่งผู้ป่วยพยาบาลก็จำเป็นที่ต้องนำส่งผู้ป่วย อีกทั้งที่ผ่านมามีการช่วยเหลือจากเพื่อนพยาบาลจากจังหวัดอื่น ภาคอื่น ตามนโยบายการให้ความช่วยเหลือของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมาช่วยเหลือดูแลในรูปแบบอัตราค่าจ้างเสริม เพื่อให้อัตราค่าจ้างพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำในพื้นที่ มีโอกาสได้หยุดพัก หรือไม่ต้องปฏิบัติหน้าที่ติดต่อกันเกินเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อไม่ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน้าที่เหนื่อยล้าเกินไปได้ (สภาการพยาบาล, 2549) จึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบเป็นภาวะเครียดในระดับต่ำดังกล่าว ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.32, SD = .92$) และหากพิจารณา การรับรู้ภาวะเครียดเป็นลักษณะเชิงผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึงเป็นผลจากการคิดและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาวะร่างกายส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตรงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ขณะนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการหรือความผิดปกติของร่างกายใดเกิดขึ้น (ร้อยละ 76.4) และประการสุดท้ายในช่วงระยะเวลา 3 ปีแรกของการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งความรุนแรงของเหตุการณ์ในลักษณะที่เป็นอยู่ขณะนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ความต้องการในการให้การบริการอย่างดียิ่งจึงไม่ได้เป็นความต้องการ (demand) ในอันดับต้นของผู้บริหารโรงพยาบาล การทำงานในการตอบสนองความต้องการนโยบายของหน่วยงานจึงไม่ใช่สาเหตุหลักของความเครียดสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรง (Lindholm, 2006) แต่การบริหารงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรือภายใต้ความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดซึ่งอาจมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือลาออกจากงานก่อนเวลาได้ (Cook & Buck, 1999)

จากตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03, SD = .32$) และมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุก

ด้านโดยด้านการมุ่งปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .59$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อภิปรายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีหน้าที่ในการบริหารจัดการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปและผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ สืบเนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่มุ่งเน้นไปที่การอำนวยความสะดวกให้งานประจำและงานพิเศษเพิ่มเติมจากภาวะปกติทั่วไปให้มีความเรียบร้อย เช่น การต้อนรับผู้บริหารระดับกระทรวงในขณะที่ออกเยี่ยมตรวจและให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เสี่ยง การดูแลนักข่าวจากหนังสือพิมพ์รายวันทั่วประเทศ และการเตรียมข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลนำเสนอผู้ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น กิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติเหล่านี้ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดในการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของยูฮารา ซาคาโตะ ซาโตะ และ โซมียะ (Uehara, Sakado, Sakado, Sato, & Someya, 1999) ที่พบว่า การมุ่งปฏิบัติงานเป็นการเผชิญความเครียดที่พบได้ในผู้ที่มีความทนทานต่อความเครียดสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความทนทานต่อความเครียดสูงเช่นกัน และการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความต้องการของหน่วยงานเป็นหลักมากกว่าการคิดถึงความเครียด ความคิดและความรู้สึกส่วนตนในขณะที่ปฏิบัติงาน

อีกทั้งอภิปรายได้ว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายนอกที่กระทบการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในลักษณะที่ต้องบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวนมากและมีความรุนแรงในระดับมาก และหรือจัดการบริหารงานบุคคลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจในการอยู่ร่วมกันปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความเสี่ยงทั้งรอบนอกและในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ในระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ใหม่ๆ หัวหน้าหอผู้ป่วยอาจเผชิญความเครียดด้วยรูปแบบที่แตกต่างกันหรือมีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น แต่ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 3 ปีภายหลังเกิดเหตุการณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการบริหารงานที่จำเป็น เช่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การนำองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ ซึ่งผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการคิดและเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.82$, $SD = .88$) สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดี ($\bar{X} = 2.79$, $SD = .71$) และเลือกใช้วิธีที่ดีในการแก้ปัญหา ($\bar{X} = 2.75$, $SD = .75$) (ตาราง 5)

นอกจากนี้องค์กรวิชาชีพทั้งสภาการพยาบาลและสำนักงานพยาบาลให้การสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดสรรอัตรากำลังในการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละเวรใหม่

กล่าวคือ เอื้อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการในการจัดสรรอัตรากำลังในการปฏิบัติงานและการพิจารณาค่าตอบแทนล่วงเวลา และอัตราการจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลาที่เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ความเข้าใจจากองค์การวิชาชีพดังกล่าวนี้ว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การบริหารเป็นไปได้โดยมีประสิทธิภาพ ทำให้การบริหารมีความยืดหยุ่นภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม

แต่อย่างไรก็ตาม การปรับตัวต่อความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ามีปัจจัยบางอย่างที่เป็นอุปสรรค หรือมีความยากลำบากในการเผชิญกับอุปสรรคการบริหารงานภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น จากความพยายามในการบริหารงานภายในหน่วยงานซึ่งเป็นเรื่องขององค์กร หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารทุ่มเทเวลาเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ ของส่วนรวมได้ดี แต่ในขณะที่เดียวกันหัวหน้าหอผู้ป่วยอาจไม่สามารถจัดระบบของตัวเองได้ดีเท่าที่ควร ($\bar{X} = 0.32$, $SD = .78$) ประกอบกับหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาระส่วนตัวทางครอบครัวเนื่องจากสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.6) ที่ยังคงต้องให้การดูแลเช่นกัน การแสดงบทบาทหน้าที่ทั้งสองหรือสามบทบาทให้ตีเหมือนกัน หรือตีเท่าเทียมกันเป็นเรื่องที่ค่อนข้างลำบากเป็นภาวะเครียดอย่างหนึ่งของผู้หญิงวัยทำงาน อีกอย่างลักษณะของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นภาวะกดดันสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งภาวะกดดันหรือปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เป็น “อันตรายแบบแฝง” ได้เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ วิถีการผ่อนคลายของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นความไม่สงบที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบ เหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดความวุ่นวายเมื่อไหร่เป็นภาวะความไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเดินทาง ความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ต้องการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเตรียมการเพื่อการแก้ไขในเชิงนโยบายเป็นลำดับต่อไป

เมื่อพิจารณาการปรับตัวต่อความเครียดรายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = .45$) อภิปรายได้ว่า ในชีวิตปกติทั่วไป บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความเครียดรอบตัวได้ แต่สามารถใช้วิธีการหลบหลีกความเครียดในลักษณะต่างๆ เป็นครั้งคราว หรือหลบหลีกได้เป็นช่วงเท่านั้น (Cosway & Endler, 2000) ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลเขตพื้นที่เสี่ยงย่อมมีการเผชิญความเครียดดังกล่าวด้วยการหลีกเลี่ยงบ้างเป็นบางครั้งด้วยรูปแบบต่างๆ ที่สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวยให้เลือกทำได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยปรับตัวต่อความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงด้วยวิธีการ 3 วิธีที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ คิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ เพื่อปลอบใจและสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 1.02$) เลือกคู่วิว ($\bar{X} = 2.78$, $SD = .88$) และนอนพักผ่อน ($\bar{X} = 2.67$, $SD = .82$) ซึ่งเป็นการ

พักผ่อนภายในบ้าน หรือการเลือกผ่อนคลายโดยการชมภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์เกิดขึ้นในระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 1.28$, $SD = 1.10$) จะเห็นได้ว่าวิธีการปรับตัวต่อความเครียดดังกล่าว เป็นการปรับตัวที่เหมาะสมกับสภาพบ้านเมืองในแถบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของแลมเบิร์ต และ แลมเบิร์ต (Lambert & Lambert, 2001) ที่ศึกษาความเครียดจากบทบาทการเป็นพยาบาลจาก 17 ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบว่า วิธีการหลักเลี้ยงเป็นตัวทำนวยภาวะเครียดของพยาบาลไทยได้ดีที่สุด และผลการศึกษาของไซโน ทาคาโน มาซาล เฮมเมท และ นากามูรา (Seino, Takano, Mashal, Hemat, & Nakamura, 2008) ที่พบว่า มารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอัฟกานิสถานประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.7) ที่ประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก่อนเหตุการณ์ความไม่สงบ ได้ยุติลงเมื่อปี 2544 ได้ปรับตัวต่อความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงเช่นกัน อีกทั้งลักษณะการปรับตัวต่อความเครียดจากความเสียหายไม่ปลอดภัยจากการก่อการร้าย เป็นการปรับตัวที่ผู้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ต้องใช้วิธีการต่างๆ มากมายเพื่อให้เกิดดุลยภาพในการดำรงชีวิตในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนั้นความสามารถในการหลบหลีกความเครียดจึงมีได้หลายวิธีแตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้วิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มกิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความเครียดมีหลายรูปแบบได้แก่ การพึ่งตนเองปฏิบัติในระดับมาก เช่น การคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การแสวงหาเพื่อนฝูง ($\bar{X} = 1.74$, $SD = .87$) ไปซื้อป๊อปปี้ ($\bar{X} = 1.60$, $SD = .76$) การรับประทานอาหารนอกบ้าน ($\bar{X} = 1.43$, $SD = .92$) ไปงานเลี้ยง ($\bar{X} = 1.38$, $SD = .72$) เป็นต้น ส่วนการไปอยู่ที่ชุมชนแออัดเช่น คลาพยาบาลเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.28$, $SD = 1.10$)

เมื่อพิจารณาการปรับตัวต่อความเครียดรายด้าน พบว่า ด้านการมุ่งปรับอารมณ์ ($\bar{X} = 1.46$, $SD = .60$) อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม (Bennett & Lowe, 2008) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 42 ปีเป็นวัยที่มีประสบการณ์การทำงานซึ่งมีวุฒิภาวะในการปฏิบัติงาน (เกษกนก, 2549) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดด้วยการแสดงออกด้านอารมณ์จึงเป็นทางเลือกที่ปฏิบัติไม่บ่อยนัก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเลือกที่จะเผชิญความเครียดด้วยการปรับอารมณ์ในระดับปานกลาง เช่น รู้สึกดีเครียด ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 1.31$) รู้สึกกังวลถึงสิ่งที่จะทำต่อไป ($\bar{X} = 1.97$, $SD = .97$) และ รู้สึกโกรธ ($\bar{X} = 1.79$, $SD = 1.06$) เป็นต้น อีกทั้งความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเป็นระยะๆ และลักษณะแตกต่างกัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผลกระทบทางอ้อมมากกว่าผลกระทบโดยตรง นอกจากนั้นเนื่องจากสาเหตุของเหตุการณ์ความไม่

สงบที่เกิดขึ้นยังไม่มีใครหรือหน่วยงานหรือแม้แต่รัฐบาลสามารถระบุได้อย่างชัดเจน และหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงานซึ่งเป็นไทย-มุสลิมเป็นส่วนใหญ่ ความรู้สึกร่วมต่อเหตุการณ์ความไม่สงบในครั้งนี้ (political compromise) จึงไม่รุนแรงถึงขนาดที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะแสดงออกหรือใช้การปรับตัวด้านอารมณ์เป็นหลัก

เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า การรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเครียด ($r = .12, p > .05$) (ตาราง 13) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะในการปฏิบัติหน้าที่ จากอายุเฉลี่ย 42.60 ปี ($SD = 7.64$) และอายุงานเฉลี่ย 18.06 ปี ($SD = 9.88$) ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.35 ปี ($SD = 6.63$) ดังนั้นถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 73.6 รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง ถึงมาก ก็ไม่แสดงออกซึ่งภาวะเครียดให้ผู้ร่วมงานหรือผู้ได้บังคับบัญชารับทราบ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะเครียดเป็นเครื่องมือที่มุ่งเน้นการรับรู้ภาวะเครียดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แต่สถานการณ์ของความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการปรับตัวอย่างช้าๆมาแล้ว จนกลายเป็นพฤติกรรมมีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตแล้ว ทำให้การรับรู้ภาวะเครียดไม่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเครียดดังกล่าว

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.11, SD = .86$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 73.63, SD = 11.96$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 66.50, SD = 11.52$) และอีก 2 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 56.88, SD = 11.30$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 43.44, SD = 13.42$) ตามลำดับ

อภิปรายได้ว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เชิงอัตวิสัย เป็นการรับรู้ที่บุคคลแต่ละคนให้คุณค่า ให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกันไป (Berlim & Fleck, 2003) จากลักษณะของสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในสามจังหวัดภาคใต้เป็นการลอบยิงตัวบุคคล ลอบวางระเบิดหรือเผาร้านค้า และโรงเรียน ซึ่งเป็นความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารงานเพื่อดูแลกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และลักษณะความไม่สงบยังอยู่ในระยะเริ่มต้นไม่มีการโจมตีหรือลอบทำร้ายบุคลากรทางสุขภาพรวมทั้งพยาบาลโดยตรง แต่ในอนาคตบุคลากรทางสุขภาพอาจโดนลอบทำร้ายได้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตทั่วไปของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.11, SD = .86$) ขณะเดียวกันมีปัจจัยภายนอกเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เสี่ยงรับรู้ได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในหลาย

รูปแบบ เช่น การช่วยเหลือในเชิงนโยบายจากระดับกระทรวงในการจัดสรรอัตรากำลังเสริมจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคอื่นๆ เป็นต้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) สิ่งเหล่านี้ รวมทั้งการช่วยเหลือระหว่างหัวหน้างานภายในโรงพยาบาล และหัวหน้างานของโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 3 โรงร่วมกับหัวหน้างานของโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละจังหวัดมีมากขึ้นทั้งในรูปแบบของการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย การให้ยืมวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากตัวผู้แทนจำหน่ายจากบริษัทต่างๆ ไม่กล้าส่งของตามรายการที่แต่ละโรงพยาบาลส่งไปให้เพราะกลัวความอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพาวเดิลิส ครุสเซีย เซอร์รีเคนส์ (2007) ที่พบว่า ผู้จัดการพยาบาลได้รับการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการในการบริหารงานจากเพื่อนผู้จัดการพยาบาลด้วยกันมากกว่าการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น และโดยนิยามของคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้คือความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อม (WHO, 1996) จึงทำให้การรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากสภาพการทำงานอยู่ในภาวะที่ถูกคุกคามจากปัจจัยภายนอกดังกล่าว

เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า การรับรู้ความเครียดสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) อภิปรายได้ว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ (Kurtus, 2005) เมื่อบุคคลปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดี บุคคลนั้นไม่มีความเครียดขณะเดียวกันหัวหน้าหรือผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีความผิดปกติใดๆ ด้านร่างกาย (ร้อยละ 76.4) (ตาราง 1) มีความพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 3.99, SD = .80$) (ตาราง 9) มีความพอใจจากการช่วยเหลือของเพื่อนระดับมาก ($\bar{X} = 3.89, SD = .55$) (ตาราง 10) มีความพอใจในกับการไปทำงานในโรงพยาบาลระดับมาก ($\bar{X} = 3.68, SD = .78$) (ตาราง 12) เป็นต้น

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 73.63, SD = 11.96$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 66.50, SD = 11.52$) อภิปรายได้ว่า หากบุคคลรู้ว่าสภาพร่างกายแข็งแรง มีความพึงพอใจในชีวิต และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร บุคคลนั้นจึงรับรู้ได้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หัวหน้าหรือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมาก ($\bar{X} = 3.99, SD = .80$) พอใจกับการนอนหลับ ระดับมาก ($\bar{X} = 3.94, SD = .84$) พอใจกับความสามารถในการทำงานระดับมาก ($\bar{X} = 3.89, SD = .66$) และยอมรับได้กับสภาพร่างกายตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบันระดับมาก ($\bar{X} = 3.08, SD = 1.03$) ถึงแม้ว่าเหตุการณ์ความไม่สงบใน

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงมีอยู่ แต่หากความต้องการพื้นฐานของหัวหน้าหอผู้ป่วยยังได้รับการตอบสนองตามแนวคิดของมาสโลว์ จึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลางดังกล่าว

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 56.88$, $SD = 11.30$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 43.44$, $SD = 13.42$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการ์ณของความขัดแย้งที่รุนแรง มีการบาดเจ็บและการสูญเสียชีวิตของชาวบ้าน ครู เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆรวมทั้งมีการก่อการร้ายบนถนนหรือเส้นทางหลวงและบ้านเรือนที่อยู่อาศัย (รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือน มกราคม – ธันวาคม 2550) เป็นเหตุการ์ณที่ไม่มีบุคคลหรือหน่วยงานใดของภาครัฐ สามารถอธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสของการยุติความไม่สงบในครั้งนี้ไม่สามารถทำนายได้ ผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ต้องคอยระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวทั้งกลางวันและกลางคืน มีการโยกย้ายอพยพจากถิ่นที่อยู่อาศัยในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ไปจังหวัดอื่นจำนวนมาก ผู้ที่ยังคงอาศัยในพื้นที่เป็นกลุ่มที่ยังคงต้องปฏิบัติงานต่อ เช่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น และมีการปรับสภาพการบริหารงาน เช่น ยืดหยุ่นเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน เช่น เวลาเลิกงานสำหรับพยาบาลที่อยู่คนละอำเภอกับสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล หรืออยู่ในเขตพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต้องรีบเดินทางกลับบ้านก่อนบ่ายสามโมง และการขอความร่วมมือให้พยาบาลเวรคึกมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงเย็นเพื่อความปลอดภัยในการเดินทางไปกลับระหว่างโรงพยาบาล และจัดหาสถานที่ที่พักอาศัยในโรงพยาบาลเพิ่มเติม และหัวหน้างานบางคนต้องขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในการบริการผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นเพื่อทดแทนอัตรากำลังของพยาบาลประจำการที่ไม่สามารถเดินทางมาปฏิบัติหน้าที่ได้เนื่องจากเหตุการ์ณในพื้นที่ที่ทวีความรุนแรงขึ้น จากสภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง และไม่สามารถระบุได้ว่าเหตุการ์ณความไม่สงบดังกล่าวจะสิ้นสุดลงเมื่อไหร่ และจบลงในลักษณะไหน คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของการรับรู้โดยรวมของบุคคลต่อสภาพร่างกาย สภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมรอบตัวของบุคคล ซึ่งปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกไม่สามารถแยกจากกันได้ (Williams & Boyd, 2005) ความไม่แน่นอนของสิ่งแวดล้อมในลักษณะนี้ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับต่ำดังกล่าว

การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประเด็นแรกคือ “ไม่มีการวางแผนรองรับกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้” เพราะมีแผนอุบัติเหตุหมู่ที่เป็นแนวทางหลักสำหรับการดูแลอยู่แล้ว อภิปรายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจในลักษณะพิเศษของผลที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กล่าวคือ นอกเหนือจากจำนวนผู้บาดเจ็บที่อาจมากกว่าหรือเท่ากับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุหมู่โดยทั่วไปแล้ว ลักษณะการบาดเจ็บส่วนใหญ่มีความรุนแรงมากกว่า สถานที่ที่เกิดเหตุมีความเสี่ยงอย่างอื่นแฝงอยู่ เช่น โอกาสเกิดระเบิดซ้ำหรือกับดักอย่างอื่นซ่อนเร้นอยู่ การให้ความช่วยเหลือ หรือการออกไปรับผู้บาดเจ็บในพื้นที่ ณ จุดเกิดเหตุต้องมีการประสานงานกับหน่วยราชการอื่นเพื่อความปลอดภัย เป็นต้น อีกทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บ หรือการเปิดเผยข้อมูลการบาดเจ็บในแต่ละครั้งต้องมีการกลั่นกรองข้อมูลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการกำชับการให้ข้อมูลอย่างรอบคอบ ตลอดจนมีการพัฒนาทักษะการให้การดูแลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งทางรถยนต์และลำเลียงผู้บาดเจ็บทางเฮลิคอปเตอร์ เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมแผนเพื่อรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์อย่างเป็นทางการยังไม่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิรา (2550) ที่ศึกษาการเตรียมพร้อมรับการเกิดกรณีพิบัติภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ฝั่งอันดามัน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่มีการดำเนินการเตรียมแผนรองรับการเกิดกรณีพิบัติภัย นอกจากนั้นการวางแผนรองรับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บกรณีเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นการวางแผนที่ต้องทำร่วมกันของหน่วยงานหลายฝ่ายตั้งแต่ระดับกระทรวง จังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข การเตรียมแผนดังกล่าวอาจเกินบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ริเริ่มหรือประสานงานเพื่อให้มีการประชุมเตรียมจัดทำแผนเพื่อรองรับการเกิดสถานการณ์ดังกล่าวได้

ประเด็นที่สอง “ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้เนื่องจากเหตุผลเรื่องความปลอดภัย” เช่น การออกปฏิบัติการให้บริการในพื้นที่ซึ่งแก้ปัญหาโดยการรวมกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอ เกษตรกร สถานีอนามัย ในการออกให้บริการแทนการออกให้บริการจากโรงพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว ทำให้ออกบริการได้ 2 ครั้งต่อปี อภิปรายได้ว่า การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างานของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนย่อมมีแผนและเป้าหมายของบริหารงานเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดในแต่ละช่วงเวลา และเพื่อให้การบริหารงานตอบสนองต่อนโยบายการบริการเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องความไม่ปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ในการออกปฏิบัติหน้าที่ในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่คุกคาม การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้แผนที่วางไว้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นทักษะพื้นฐานที่

จำเป็นที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้ในการบริหารงานเพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้ (Tappen, Weiss, & Whitehead, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนงนุช, นันทิยา, กฤตยา, และ ชฎาพร (2550) ที่พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นประสบการณ์ที่พยาบาลและทีมที่นำส่งผู้ป่วย เกิดความรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดข้อตกลงใหม่ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการส่งต่อ สำหรับรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองการดูแลผู้รับบริการในพื้นที่ห่างไกลคือ การรวมตัวกันของบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายออกให้บริการพร้อมๆกันตรงกับแนวคิดของการบริหารในลักษณะของห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management) เป็นรูปแบบการบริหารที่คำนึงถึงการบริการที่ผู้รับบริการจะได้รับ คุณภาพของบริการที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่สามารถลดต้นทุนการให้บริการและคำนึงความปลอดภัยของผู้ให้บริการ (Cohen & Roussel, 2005)

ประเด็นที่สาม “แผนงบประมาณ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน” เช่น การติดตั้งวงจรปิด การจัดสวัสดิการรถยนต์ การทำรั้วโรงพยาบาลให้แข็งแรง รวมทั้งให้งบค่าเสี่ยงภัย... อภิปรายได้ว่า จากภาวะวิกฤตของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดภาคใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทางบวก เป็น โอกาส (opportunity) ให้กับการบริหารงานกล่าวคือ ได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มในการพัฒนาสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในที่ทำงาน เช่น การสร้างรั้ว การติดตั้งวงจรปิดหรือมาตรการการรักษาความปลอดภัยเพื่อสังเกตเหตุการณ์ผิดปกติซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดได้ นับว่าเป็นหลักประกันความปลอดภัยในที่ทำงานตามกฎหมายสากลของการรักษาความปลอดภัยในที่ทำงานและการดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติการ (Occupational Safety and Health Act: OSHA) (Gomez-Mejia, Balkin, & Cardy, 2001) นอกจากนั้นการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสามารถในการนำหลักการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้เพิ่มเหล่านี้จะช่วยให้การบริหารการพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้รับบริการและทีมการพยาบาล (Douglas & Normand, 2005)

ประเด็นที่สี่ “จัดเตรียมแผนสำรอง... เพื่อให้ได้อัตราค่าจ้างเพิ่ม” อภิปรายได้ว่าเป็นหน้าที่หลักและสำคัญที่หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น ต้องบริหารอัตราค่าจ้างของบุคลากรในหน่วยงานให้มีจำนวนที่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไปเพื่อป้องกันความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย (burn out) และให้การปฏิบัติหน้าที่ที่มีคุณภาพและให้บริการปลอดภัยและการขอลาออก โอนย้ายให้เกิดน้อยที่สุด โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการเป็นอัตราส่วนที่สะท้อนถึงความขาดแคลนอัตราค่าจ้างของพยาบาลเป็นอย่างมาก (กฤษดา, 2550) สัดส่วนนี้ได้สะท้อนถึงการขาดแคลนอัตราค่าจ้างอย่างมาก การสรรหาผู้ที่จะมา

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขตพื้นที่เสี่ยงจากสถานการณ์จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนและต้องใช้วิธีการพิเศษที่แตกต่างจากวิธีที่ปฏิบัติอยู่เดิม การจัดเตรียมแผนสำรอง(contingency plan) หรือการปรับแผนใหม่นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะผลักดันให้การปฏิบัติงานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ลูกซ์, 2549) นอกจากนี้การกำหนดแผนสำรองเรื่องการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องวางแผนล่วงหน้า เพราะจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น อาจมีความรุนแรงเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลา บุคลากรที่ปฏิบัติอยู่เดิมอาจไม่สามารถเดินทางมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยเหตุผลของความเสียหายหลายประการ

การจัดองค์กร

ประเด็นแรก “ปรับระบบการรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นสายตรง” อภิปรายได้ว่า เหตุการณ์ความไม่สงบในแต่ละพื้นที่ของสามจังหวัดชายแดนภาคได้อาจเกิดขึ้นได้ในทุกเวลาในทุกสถานที่ ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งที่มีความซับซ้อนจากหลายปัจจัยเช่น ความขัดแย้งด้านข้อมูล ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ ความขัดแย้งด้านค่านิยม และความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ เป็นต้น (วันชัย, 2547) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายผู้ก่อการร้ายหรือเป็นฝ่ายประชาชน หรือฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแล โดยเฉพาะหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือผู้ตรวจการพยาบาลทั้งในและนอกเวลาต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาซึ่งหมายถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลทราบ โดยตรงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อให้การอำนวยความสะดวกและมีประสิทธิภาพสูงสุด การรายงานโดยตรงทันที มีประโยชน์ต่อการจัดสรรอัตรากำลังภายในและระหว่างหน่วยงานใหม่ในขณะนั้น เพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงและหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับกลางได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวางแผนงาน และร่วมเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ใต้บังคับบัญชาในสถานการณ์ที่ต่างไปจากภาวะปกติทั่วไป ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญอย่างหนึ่งของการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (ธีระชัย, 2549; Tomey, 2000) อีกทั้งเป็นการปรับรูปแบบการสื่อสารเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้นำทางการพยาบาลที่เอื้อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องระดับต่างๆ ได้รับทราบข้อมูลอย่างรวดเร็ว (Daft, 2005)

ประเด็นที่สอง “เกิดระบบพันธมิตร เลือกว่าช่วยในการช่วยเหลือ” อภิปรายได้ว่า ระบบพันธมิตรเป็นผลกระทบด้านบวกของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคได้ การเกิดรูปแบบใหม่ของการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจังหวัดและ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ให้ฟังดังนี้ “ตอนนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นญาติกันหมดทั้งหมด ทั้งสามจังหวัด ให้ยืมรถโรงพยาบาลบ้าง จัดส่งรถไปรับผู้ป่วยแทนบ้าง...” รวมทั้งการรวมตัวจากภาคประชาชน เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมจากพื้นที่ โดยอาสาสมัครหรือผู้นำ

ชุมชนอย่างไม่เป็นทางการเป็นลักษณะของการให้โอกาสประชาชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บในกรณีที่อัตราค่าล้างของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีจำกัดจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพราะประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ที่สามารถติดตามและรู้ข้อมูลการเคลื่อนไหวของผู้ก่อการร้ายได้แน่ชัดและเที่ยงตรงมากกว่าเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ อีกทั้งการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหลักสากลทั่วโลกยอมรับว่าเป็นอาชีพที่มีความเป็นกลางไม่เป็นผู้ได้ประโยชน์จากกรณีที่บ้านเมืองมีความขัดแย้งหรือความไม่สงบเกิดขึ้น จึงไม่ได้ก่อให้เกิดความหวาดระแวงหรือความเลื่อมใสระหว่างประชาชนเกิดขึ้น นอกจากนั้นระบบพันธมิตร์โดยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและประชาชน เป็นการบริหารความเสี่ยงที่รู้เหตุแห่งความเสี่ยงเป็นเรื่องของสภาพบ้านเมืองที่วุ่นวาย ความเสี่ยงดังกล่าวเป็นความเสี่ยงประเภทที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของพยาบาลที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ และการจัดระบบการประสานงานเรื่องความปลอดภัยก่อนออกปฏิบัติหน้าที่ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เป็นการเอื้อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลร่วมจัดสรร (share) ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของกระบวนการการดูแลได้ (ทวี, 2551)

ประเด็นที่สาม “ปรับบทบาทหน้าที่ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน” ลักษณะการปรับบทบาทหน้าที่ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีหลายรูปแบบ อภิปรายได้ว่า งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นงานด้านหน้าที่ต้องเผชิญกับผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเป็นหน่วยงานแรกของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ถูกนำส่งมาที่โรงพยาบาล และหรือออกไปรับผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ณ เวลาใดตลอด 24 ชั่วโมง การปรับหน้าที่และขอบเขตของการให้บริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงเป็นการปรับโครงสร้างหน้าที่ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสภาพความต้องการการดูแลของประชาชนในพื้นที่ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า งานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้แยกห้องนิคยาออกจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเตรียมให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้บริการกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและมีผู้บาดเจ็บจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกันได้ การปรับหน้าที่ที่ชัดเจนอีกรูปแบบหนึ่งคือ การให้พยาบาลที่อยู่เวร “ส่งต่อ” ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไปช่วยเหลือหอผู้ป่วยอื่นที่มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 20.00 น. การปรับโครงสร้างหน้าที่ในลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน (ward rotation) ซึ่งมีข้อดีคือ พยาบาลได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลอย่างแท้จริงและมีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นคุณค่าของการเป็นพยาบาล (Fujino & Nojima, 2005) เนื่องจากพยาบาลประจำงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีทักษะพื้นฐานหรือสมรรถนะหลักที่จำเป็นและทักษะที่หลากหลายและครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และการเจ็บป่วยทุกประเภท

(มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2, 2551) ดังนั้นการปรับเพิ่มบทบาทหน้าที่ของพยาบาลของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงเป็นผลดีในเชิงคลินิกอย่างยิ่ง

ประเด็นที่สี่ “ปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม” เนื่องจากโครงสร้างหน้าที่เดิมที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติอยู่คือการหมุนเวียนปฏิบัติงานในแผนกต่างๆ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิบัติงานแบบคร่อมสายงาน เช่น พยาบาลงานผู้ป่วยในต้องหมุนเวียนมาช่วยงานห้องคลอด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น แต่เนื่องจากในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบความต้องการในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมีมากขึ้น ความต้องการในการบริหารความเสี่ยงมีมากขึ้น ความพยายามในการปรับบทบาทหน้าที่ให้พยาบาลปฏิบัติงานประจำในแผนกใดแผนกหนึ่งมีเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบและต่อเนื่องมีเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับผลการศึกษาคั้งนี้ ที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ว่า “การได้ทำงานจุดใดจุดหนึ่งจะทำให้เห็นความต่อเนื่องของสิ่งที่ทำ ... เห็นโอกาสว่าจะทำให้งานที่รับผิดชอบดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร ตัวชี้วัดต่างๆ ก็เริ่มจะเก็บได้บ้าง... นี้ก็เริ่มมาประมาณเดือนกว่าแล้ว”

การบริหารทรัพยากรบุคคล

ประเด็นแรก “การบริหารงานบุคคลเป็นเรื่องที่...หัวหน้าต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการได้อัตรากำลังเพิ่ม” อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความยากลำบากในการจัดสรรอัตรากำลังใหม่มีลักษณะของความยากลำบากเป็นสองเท่า (double burden) เมื่อเทียบกับการบริหารงานบุคคลากรโรงพยาบาลอื่นๆ เป็นกระบวนการที่เกิดจากการได้รับสิ่งเร้าคือสถานการณ์ความไม่สงบและหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเผชิญหน้ากับผลกระทบทางอ้อมของสถานการณ์ความไม่สงบเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปีทำให้มีการจดจำและการแปลความหมายของผลกระทบจากสถานการณ์ในเรื่องอัตรากำลังพยาบาลที่ขาดแคลนอย่างมาก (วิเชียร, 2551) เนื่องจากภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคได้ไม่ได้เป็นภาพลักษณ์ขององค์กรที่พยาบาลจบใหม่อยากทำงานด้วย กล่าวคือ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นพื้นที่เสี่ยงเกือบทุกโรงพยาบาลค่าตอบแทนพิเศษที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเสี่ยงภัย ค่าวิชาชีพสาขาที่ขาดแคลนไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ อย่างชัดเจน แต่มีความเสี่ยงในการเดินทางและความเสี่ยงในการปฏิบัติงานมากกว่า อัตรากำลังที่ทางโรงพยาบาลประกาศรับจึงไม่มีผู้สมัคร โดยเฉพาะสองปีจ้อยแรกทำให้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลไม่เป็นที่ดึงดูดใจสำหรับพยาบาลจบใหม่ถึงแม้ว่าบรรยากาศการทำงานคืออบอุ่น ปีจ้อยหลังเหล่านี้ไม่สามารถทดแทนการรับรู้ในสองปีจ้อยแรกได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่านโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลเล่า

ประสบการณ์ให้ฟังว่า “นโยบายพยาบาลหนึ่งคนต่อหนึ่งตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ แผนทีวาง 13 อำเภอควรเป็น 13 คนแต่ได้อัตราหรือมีคนเพียง 6 คนเท่านั้น” หรือ “เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางโรงพยาบาลซึ่งบเครือข่ายส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป โดยให้จบสนับสนุน 100% โดยมีเงื่อนไขเพียงข้อเดียวคือขอให้กลับมาปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี” ก็หาผู้สนใจอยากมาก หรือสนใจมาทำงานที่นั่นเท่านั้น หรือแม้แต่การสรรหาอัตรากำลังเพิ่มไม่ได้ตั้งเกณฑ์การคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงก็ไม่มีผู้ใดสนใจสมัครทำงาน ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “ประกาศรับสมัครพยาบาลเพิ่มโดยที่โรงพยาบาลตัวเอง และไม่มีระบบการคัดเลือกคนเพียงขอให้มีคนมาสมัครผลคือไม่มีผู้สมัคร”

ส่วนการบริหารจัดการให้อัตรากำลังที่มีอยู่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยไม่เหน็ดเหนื่อยเกินไปและคงอยู่ในโรงพยาบาลนั้นเป็นเรื่องที่ทำนายหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมากและเป็นสิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องให้ความสำคัญเท่ากับการบริหารสิ่งที่มีค่าอย่างอื่นของหน่วยงานเช่นกัน (Schenke et al, 2000) จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สถานีอนามัยต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ มีภาวะขาดแคลนแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนหลายโรงพยาบาล และการเดินทางไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดมีความปลอดภัยมากกว่า การไปโรงพยาบาลชุมชนทำให้จำนวนผู้รับบริการต่อวันของโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพิ่มมากขึ้น ภาระงานทำให้การบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนั้นกิจกรรมบุคลากรสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างบุคลากร และสร้างความสุขในการทำงานไม่สามารถจัดกระทำได้ในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ เพราะทุกคนที่ปฏิบัติงานบางส่วนต้องรีบเดินทางกลับบ้านหลังเลิกงานทันที หรือสำหรับผู้ที่อยู่ไกลมีความจำเป็นต้องกลับบ้านก่อนเวลาเลิกงานเพื่อความปลอดภัยในการเดินทาง หรือต้องปฏิบัติหน้าที่โดยการควบเวรติดต่อกัน การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่จึงเป็นสิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้ความสามารถ 2 ระดับ คือ ความสามารถระดับบุคคล ได้แก่ การทำตนเป็นแบบอย่างในการยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปไม่ขอลาออกโอนย้ายไปหน่วยงานอื่น และความสามารถในการประสานงานหรือการให้ข้อมูลระดับนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุขถึงความจำเป็นที่ต้องได้อัตรากำลังเพิ่มในเวลานี้ รวมทั้งการเจรจาต่อรองเรื่องค่าตอบแทนต่างๆ เป็นต้น

ประเด็นที่สอง “การเพิ่มมาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับบุคลากรด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบและการจัดสวัสดิการรถรับส่ง ไปกลับ โรงพยาบาล” การดูแลความปลอดภัยเป็นหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของการบริหารงานบุคคล หากหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามถือได้ว่าละเมิดต่อกฎหมายการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและการดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

(Gomez-Mejia, Balkin & Cardy, 2001) ถึงแม้ว่าในกรณีที่บ้านเมืองเกิดภาวะสงครามซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งที่มีโอกาสน้อยมากในการเป็นเป้าหมายของการโจมตี แต่อย่างไรก็ตามโอกาสเสี่ยงที่พยาบาลอาจถูกลอบทำร้ายโดยไม่ได้ตั้งใจมีความเป็นไปได้ และอาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่จำเป็นในการให้การรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บทุกฝ่าย การปกป้องให้พยาบาลปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ จึงเป็นวาระเร่งด่วนที่ผู้บริหาร โรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนต้องทำให้ดีที่สุด รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับต้องให้ความสำคัญในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยด้วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ที่เน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของการรักษาความปลอดภัยของตนเองดังนี้ “เมื่อเดินผ่านมอเตอร์ไซค์ที่จอดอยู่ ขณะที่ขึ้นรถมารับกลับบ้านเดิมเคยขึ้นรถที่หน้าโรงพยาบาลปัจจุบันแนะนำให้มีขึ้นรถที่ จะมารับในเขตโรงพยาบาลแทน”

ประเด็นที่สาม “แนวทางหลักของการพัฒนาสมรรถนะคือ การสอนงาน” หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการเสริมสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้ ถึงแม้ว่าขณะนี้สภาพแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยการจกระบบพี่เลี้ยง ส่งเสริมการทำงานในรูปแบบของความร่วมมือระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผู้ปฏิบัติงาน (จุฑา, 2550) ซึ่งนูฮูเซอร์ (Neuhauser, 2002) กล่าวว่า การสอนงานเป็นหนึ่งในสิบห้าเทคนิคการบริหารงานที่ทำให้พยาบาลยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปในโรงพยาบาลได้ (Teixeira, 1999) และการพัฒนาความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นผู้ร่วมนำทีมสุขภาพมีความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่าการเพิ่มเงินเดือนหรือได้รับรางวัลเป็นค่าตอบแทนพิเศษ (Kerfoot, 2004) จากภาวะอันตรายหรือภาวะที่มีความเสี่ยงสูงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ แนวคิดเรื่องการพัฒนาบุคลากรในช่วงแรกยุคชะงัก การบริหารปัจจุบันมุ่งเน้นที่การให้บริการที่ปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นความปลอดภัยจากการลอบทำร้ายผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลภายหลังการรักษา วิทยากรภายนอกจากภาคอื่นๆ ไม่กล้าที่จะไปให้ความรู้หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในโรงพยาบาลด้วยเกรงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังเช่น ประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูล “วิทยากรจากที่อื่นไม่กล้ามาที่นี่หรอก แต่เราก็เข้าใจนะมันน่ากลัวจริงๆ ไม่รู้ใครเป็นใคร...” ด้วยข้อจำกัดที่เกิดขึ้นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรต้องใช้ระบบพี่สอนน้องในทุกๆ เรื่อง เช่น เรื่องทักษะทางคลินิก ทักษะคอมพิวเตอร์ที่จำเป็นต้องใช้ในงานประจำ

ประเด็นแรก “ส่งเสริมความสมานฉันท์ในระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งองค์กร” ภาวะผู้นำที่สามารถนำบุคลากรในองค์กรให้ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างสันติ มีความขัดแย้งภายใน น้อยที่สุด เป็นความสามารถระดับสูงของผู้นำ (วันชัย, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่องค์กร ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามภายนอก อีกทั้งการนำให้สมาชิกขององค์กรในฐานะผู้เข้าร่วมปฏิบัติ หน้าที่เป็นทีมทำงานที่มุ่งไปที่การทำงานให้มีประสิทธิภาพเป็นภาระที่สำคัญสำหรับผู้บริหารที่เป็น ผู้นำองค์กรอย่างแท้จริง (ชัยณรงค์, 2551; Kramer et al, 2007) และจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความขัดแย้งเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุที่ยังไม่สามารถสรุปความขัดแย้งที่ ชัดเจนได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับผู้ได้บังคับบัญชาที่เป็นทั้งไทยพุทธและมุสลิม และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในฐานะหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความอดทนที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือหน้าที่ให้ต่อเนื่องและบรรลุ ความสำเร็จได้ ความอดทนสามารถที่จะช่วยผลักดันให้การทำงานดำเนินไปสู่เป้าหมายปลายทาง ได้ดี (สมพงษ์, 2549) และป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานเพื่อให้สมาชิกทุกคน ของหน่วยงานยังคงให้ความสนใจต่อเป้าหมายหลักของหน่วยงาน (วิเชียร, 2551; Gomez-Mejia, Balkin & Cardy, 2001) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีระหว่างทีม สุขภาพผู้ปฏิบัติงานให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ร่วมงานยึดมั่นต่อเป้าหมายของหน่วยงานและร่วมกัน ทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Haney, 2001; Jooste, 2003) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ ให้ฟังดังนี้ “ในการทำงานร่วมกันประจำวันจะไม่มีการพูดถึงหรือเสวนาเรื่องเกี่ยวกับการเมือง เพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน...มีการทำบุญโรงพยาบาลร่วมกันปีละ 1 ครั้ง จัดทัศนศึกษาโดย โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด และจัดแข่งกีฬาพร้อมกับสถานีนามัยและเชิญ โรงพยาบาลอำเภออื่นในจังหวัดเดียวกันมาร่วมกิจกรรม” เพื่อช่วยให้การดูแลผู้รับบริการในยามที่ บ้านเมืองมีความวุ่นวายให้เกิดประสิทธิภาพ และระวังไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายใน หน่วยงานแทรกตามมาได้

ประเด็นที่สอง “ส่งเสริมระบบการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความเคลื่อนไหวด้าน สถานการณ์ภายนอกโรงพยาบาลด้วยการติดตามข่าววิทยุ” การเข้าถึงข้อมูลเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่าง ยิ่งในการบริหารงานปัจจุบันและจำเป็นสำหรับทุกองค์กร เนื่องจากข้อมูลของสภาพแวดล้อม หน่วยงานและเทคโนโลยีมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมาก (Turban, Mclean, Wetherbe, Bolloju & Davison, 2002) และจากผลการวิจัยของเซอร์ลีย์ อีไบร์ท และ แมคเคนเนลล์ (Shirey, Ebright, McDaniel, 2008) พบว่า การจัดการให้หน่วยงานได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเป็นบทบาทพื้นฐาน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ถูกคาดหวังจากพยาบาล หน่วยงานต่างๆ หรือทุกวิชาชีพ รวมทั้งองค์กร วิชาชีพแพทย์และพยาบาล ควรได้ทราบความต้องการของผู้รับบริการ ทราบความเคลื่อนไหว

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นบ่อยอย่างรวดเร็วมากในสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตขณะเดินทางไปกลับและขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หากหัวหน้าหอผู้ป่วยได้จัดให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านทางสื่อหรือเทคโนโลยีที่มีอยู่เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ความวุ่นวายที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถคิด วิเคราะห์และคาดการณ์แนวโน้มของสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเองหรือกับผู้อื่น หรือสามารถเตรียมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือคิดแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tomey, 2000) โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลประจำวัน เรื่องวิถีชีวิตประจำวันภายหลังเลิกงาน ประโยชน์ของการเข้าถึงข้อมูลคือทำให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของสภาพแวดล้อมใกล้ตัวและไกลตัวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันเรื่องเทคโนโลยีของระบบข้อมูลสารสนเทศมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ข้อมูลต่างๆ สามารถกระจายถึงผู้รับข่าวสารจำนวนมากได้หลายช่องทางในระยะเวลาอันสั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้ข้อมูลอย่างทั่วถึงเป็นทักษะที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกทักษะหนึ่ง และช่วยให้ผู้ร่วมงานรู้เท่าทันข้อมูลที่ทันสมัยเพื่อการดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

ประเด็นที่สาม “การแสดงออกถึงภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับสถานการณ์” ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องแสดงภาวะผู้นำของตนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการแสดงให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเห็นแบบอย่างและรับรู้ถึงความอดทนของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความไม่แน่นอนของสถานการณ์ สามารถปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งของสถานการณ์ความไม่สงบ มีความยืดหยุ่นสูงในการบริหารงาน และสามารถสื่อสารได้ตรงประเด็นเพื่อให้สามารถบริหารจัดการงานประจำและงานพิเศษ ตลอดจนเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาได้ เพราะในช่วงที่มีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นหากหัวหน้าไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ผู้ร่วมงานอาจเกิดขาดความศรัทธาหรือไม่เชื่อถือหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกต่อไป

การควบคุม

ประเด็นแรก “มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานมากขึ้น” การควบคุมในลักษณะนี้มีความเด่นในลักษณะของการควบคุมภายในที่เอื้อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการปฏิบัติงาน (Robbins & Decenzo, 2001) หลายโรงพยาบาลรายงานว่าผลกระทบทางบวกที่เรียนรู้ได้ส่วนหนึ่งคือ ความสนใจในเรื่องคุณภาพมีมากขึ้น เนื่องจากช่วงที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการเชิงรุกได้ ไม่สามารถออก

หน่วยให้บริการในพื้นที่ได้ จากข้อจำกัดในเรื่องงานเชิงรุกทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถจัดสรรช่วงเวลาของการต้องออกไปให้การดูแลนอกพื้นที่เปลี่ยนมาเป็นการโน้มน้าวให้พยาบาลปฏิบัติระดับปฏิบัติการสนใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพงานได้ และเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีหน้าที่ในการชี้ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขของหน่วยงานเพื่อให้เกิดคุณภาพการปฏิบัติงาน (Gryna, 2001) และเลจซง(Lageson, 2004) กล่าวว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสนใจในเรื่องคุณภาพการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานที่ดีปัจจัยหนึ่ง นอกจากนั้นการควบคุมจากหน่วยงานภายนอกในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นความจำเป็นของวิชาชีพต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งวิชาชีพแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย (Evans & Lindsay, 1999) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นนโยบายที่สำคัญที่สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้โรงพยาบาลทั่วประเทศผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และโรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้อีกหลายโรงพยาบาลอยู่ในระยะรอการรับรองคุณภาพ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสจากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นสำหรับบางโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีพยาบาลบางส่วนอยากเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมแต่เป็นห่วงเรื่องการคิดค่าตอบแทนในส่วนของค่าอยู่เวร ซึ่งมีระเบียบว่าจะต้องปฏิบัติหน้าที่ติดต่อกัน 15 วันทำการถึงจะได้รับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับตำแหน่งด้านสาธารณสุข ที่จัดว่าเป็นค่าตอบแทนแบบจูงใจซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการจูงใจและรักษาบุคลากรไว้กับองค์กร (กิ่งพร, 2545) ด้วยระเบียบดังกล่าวเป็นข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาของการปฏิบัติงาน จึงทำให้พยาบาลบางส่วนตัดสินใจไม่เข้ารับการอบรมในเรื่องที่ตรงกับงานที่ตนปฏิบัติหน้าที่

ประเด็นที่สอง “สิ่งที่ควบคุมไม่ได้...คือค่าใช้จ่ายในการรักษาความสะอาด” จากการศึกษาของเจนลิท และ เนเทอร์ลิน (Genrich & Neatherlin, 2001) พบว่า บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเทียบเท่ากับบทบาทผู้จัดการในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายภายในหน่วยงานเป็นบทบาทหนึ่งที่จำเป็น แต่จากวัฒนธรรมความเชื่อและประเพณีการเยี่ยมผู้ป่วยของไทยมุสลิมที่จะมีผู้เยี่ยมไข้จำนวนมากไปเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละรายเพราะถือว่าการประพาดิชอบ และองค์อัลเลาะห์จะอวยพรให้ (ดิเรก, 2544) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นไทยมุสลิมจากประชากรในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ร้อยละ 80 เป็นไทยมุสลิม เมื่อถึงเวลาให้เยี่ยมจะมีผู้เยี่ยมไข้ทั้งที่อยู่อาศัยใกล้และไกลจากโรงพยาบาลเยี่ยมเต็มภายในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ครั้งนี้ “ญาติของคนไข้แต่ละเคสจะมาเยี่ยมกันมากเมื่อหมดเวลาเยี่ยมขอยู่ต่อญาติอยู่ในเมืองก็ขอเฝ้าทาง โรงพยาบาลประกาศว่าเวลารถโดยสารของแต่ละแห่งใกล้จะถึงรถออกเที่ยวสุดท้ายแล้วญาติก็ขอยู่ต่ออีก...” ยิ่งในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดน

ภาคใต้ผู้เยี่ยมชมไข้มีจำนวนมากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นความหวังของญาติต่อภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งจากญาติผู้บาดเจ็บ และหรือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร ที่คอยเฝ้าดูแลความปลอดภัยในเขตโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้ยึดหยุ่นต่อระเบียบการเฝ้าไข้หรือระเบียบการเยี่ยมของญาติ ซึ่งเป็นการสนับสนุนขององค์กรต่อสวัสดิการของผู้ปฏิบัติงานและต่อผู้รับบริการ (Eisenberger, Huntington, Hutchison, Sowa, 1986) ปัญหาที่ตามมาคือ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าใช้จ่ายในการทำความสะดวกเพิ่มมากขึ้น และมีความเสี่ยงแฝงอีกอย่างที่อาจเกิดตามมาคือ ปัญหาเค็กลูกักพาตัวในเขตโรงพยาบาลเนื่องจากมีคนจำนวนมาก บริเวณโรงพยาบาลซึ่งในขณะนี้ปัญหานี้เกิดขึ้นบ่อยมากในสังคมไทยปัจจุบัน

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อระดับความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และการบริหารงาน 5 ขั้นตอน คำนวณวางแผน การจัดการองค์การ การบริหารบุคคล การนำ และการควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนในเขต 2 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา และนราธิวาส ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งปัจจุบันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้น มาจำนวน 72 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบต่อกระบวนการบริหารการพยาบาล แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามแต่ละส่วน 0.81, 0.79, 0.77 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ด้วยหลักการการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 38-50 ปี (ร้อยละ 52.8) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.60 ปี (SD = 7.64 ปี) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.9) และสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.6) แผนกของหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเป็นตึกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 48.6) และงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด และไอซียู (ร้อยละ 45.8) มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 9.35 ปี (SD = 6.63) และส่วนใหญ่ขณะนี้ไม่มีอาการความผิดปกติหรือเจ็บป่วย (ร้อยละ 76.4)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.2) และกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่รับรู้ภาวะเครียดในระดับต่ำ (ร้อยละ 25) กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยรับรู้ภาวะเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 2.8) และการปรับตัวต่อความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 2.03$, $SD = 0.32$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการปรับความเครียดรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการมุ่งปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .59$) ด้านการหลีกเลี่ยง ($\bar{X} = 2.03$, $SD = .45$) และด้านการมุ่งปรับอารมณ์ ($\bar{X} = 1.46$, $SD = .60$) ตามลำดับเมื่อพิจารณารายชื่อของแต่ละด้านพบว่าค่าเฉลี่ยรายชื่อที่ของด้านมุ่งปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากจำนวน 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรกได้แก่ คิดและเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด ($\bar{X} = 2.82$, $SD = .88$) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ($\bar{X} = 2.79$, $SD = .71$) และใช้วิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา ($\bar{X} = 2.75$, $SD = .75$) ด้านการมุ่งปรับอารมณ์ค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางจากมากไปน้อย 3 อันดับแรกได้แก่ ประารถนาที่จะสามารถเปลี่ยนสิ่งต่าง ๆ ได้ ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 1.09$) รู้สึกดีเกี่ยวกับ ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 1.31$) กังวลถึงสิ่งที่จะทำต่อไป ($\bar{X} = 1.97$, $SD = .97$) และด้านการมุ่งปรับอารมณ์มีค่าเฉลี่ยรายชื่อที่อยู่ในระดับมากจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ คิดถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 1.02$) และดูโทรทัศน์ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = .88$) และเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าความเครียดและการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .12$, $p > .05$)

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .33$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 3.65$, $SD = .46$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .35$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.73$, $SD = .41$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.68$, $SD = .54$) ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าคุณภาพชีวิตสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเครียด ($r = .52$, $p < .001$).

ผลสรุปประเด็นสาระสำคัญของผลกระทบต่อขั้นตอนของการบริหารงาน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้างานของโรงพยาบาลในสามจังหวัดภาคใต้ เป็นรายกลุ่มจำนวน 45 คน ต่อผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อกระบวนการบริหารงานตามกรอบแนวคิดของโรบบินส์ และดิเซนโซ (Robbins & Decenzo, 2001) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารทรัพยากรบุคคล การนำและการควบคุม ทีมผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ประเด็นสาระสำคัญของผลกระทบต่อขั้นตอนของการบริหารงานได้ ดังนี้

การวางแผน

ประเด็นแรก “ไม่มีการวางแผนรองรับกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้”

ประเด็นที่สอง “ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้เนื่องจากเหตุผลเรื่องความปลอดภัย

ประเด็นที่สาม “แผนงบประมาณ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน”

ประเด็นที่สี่ “จัดเตรียมแผนสำรอง... เพื่อให้ได้อัตรากำลังเพิ่ม”

การจัดองค์กร

ประเด็นแรก “ปรับระบบการรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นสายตรง”

ประเด็นที่สอง “เกิดระบบพันธมิตร เครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาล”

ประเด็นที่สาม “ปรับบทบาทหน้าที่ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน”

ประเด็นที่สี่ “ปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม”

การบริหารทรัพยากรบุคคล

ประเด็นแรก “การบริหารงานบุคคลเป็นเรื่องที่หัวหน้าต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการได้อัตรากำลังเพิ่ม”

ประเด็นที่สอง “การเพิ่มมาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับบุคลากร ด้วยการปรับเปลี่ยนเครื่องแบบ และการจัดสวัสดิการรถรับส่งไปกลับโรงพยาบาล รวมทั้งมีการกำชับให้ระวังความปลอดภัย”

ประเด็นที่สาม “แนวทางหลักของการพัฒนาสมรรถนะคือ การสอนงาน”

การนำ

ประเด็นแรก “ส่งเสริมความสามัคคีในระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งองค์กร”

ประเด็นที่สอง “ส่งเสริมระบบการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และความเคลื่อนไหวด้านสถานการณ์ภายนอกโรงพยาบาลด้วยการติดตามข่าววิทยุ”

ประเด็นที่สาม “การแสดงออกถึงภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับสถานการณ์”

การควบคุม

ประเด็นแรก “มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานมากขึ้น”

ประเด็นที่สอง “สิ่งที่ควบคุมไม่ได้...คือค่าใช้จ่ายในการรักษาความสะอาดหอผู้ป่วย”

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียด โดยการมุ่งปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตของการปฏิบัติงาน (quality of working life) ของพยาบาลในตำแหน่งบริหารและพยาบาลประจำการ เพื่อหาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรศึกษาตัวทำนายบรรยากาศองค์กรที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของการบริการ
3. การวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด และคุณภาพชีวิต ของผู้บริหารทางการแพทย์ในโรงพยาบาลภาคใต้ที่ไม่ได้อยู่ในเขตห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้

บรรณานุกรม

- กิ่งพร ทองใบ. (2545). การบริหารค่าตอบแทน. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- กฤตยา แดงสุวรรณ. (2550). Nursing 2007: Changes for safety culture. เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องทีมสุขภาพกับความปลอดภัยในสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้. วันที่ 4 พฤษภาคม 2550. สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กฤษดา แสงวงดี. (2550). ความไม่สมดุลของกำลังคนด้านสุขภาพ: ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม การประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 13 กรุงเทพฯ: หอประชุมกองทัพเรือ ถนนอรุณอมรินทร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รายงานความเครียดของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติและบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคลากรรอบครัว และชุมชน: องค์ความรู้และการช่วยเหลือ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือวิทยากรหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ: ระยะฟื้นฟู (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข). มปท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวปฏิบัติการดูแลด้านสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนใต้สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.
- เกษกนก กมลมาศยากุล อริญญา เขาวลิต นงนุช บุญยัง (2550). การพัฒนาตนเองด้านความลาดทางอารมณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกรณีศึกษา โรงพยาบาลเอกชนในเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ วารสารวิชาการเขต ๑๒, 18, 69-7.
- ขวัญเรือน ภูมิ. (2549). การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลช่วยชันสูตรศพผู้ประสบภัยจากกรณีพิบัติภัย: กรณีศึกษาจังหวัดกระบี่. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา คณะอนุกรรมการ โครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้. (2549). คู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.
- จันทิรา พิกุลผล. (2551). การเตรียมพร้อมรับกรณีพิบัติภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ฝั่งอันดามัน สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหาร

• การพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา

จำลอง ดิษขวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษขวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.*

เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

จุฬา เทียนไทย. (2550). การจัดการ: มุมมองนักบริหาร ปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล.

ชัยณรงค์ อัครเศรษฐี.(2551). *การบริหารการเงิน เอกสารประกอบคำบรรยาย โครงการฝึกอบรม หลักสูตรการบริหารระบบสุขภาพ วันที่ 8 พฤษภาคม-5 มิถุนายน 2551.* ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์. (2544). ความหมายของอัล-กูรอาน เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ: รอปิอุลเอาวัล.

ตุลา มหาผลฐานนท์. (2547). *หลักการจัดการหลักการบริหาร.* กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์ พ.ศ. พัฒนา จำกัด.

นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ, และชฎาพร ฟองสุวรรณ. (2550)

ประสบการณ์ของพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาในการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ *วารสารวิชาการเขต ๑๒, 18:25-35.*

บุญยราศรี ช่างเหล็ก. (2549). *การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่อนามัยจากสถานการณ์ไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา

ประณีต ส่งวัฒนา, ปรีศนา อัดถาผล, มนัสวี อุดุลยรัตน์, ทศนีย์ สมสมาน. (2548). รายงานการศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายบทบาทของคณะพยาบาลศาสตร์ในการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (หน้า 60-92). ม.ป.ท.

พรทิพย์ พันธน์รา. (2549). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงม่ายที่สามมีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดน : กรณีศึกษาหญิงม่ายที่อยู่ในศูนย์รอดันบาดู จังหวัดนครราชสีมา.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รณชัย คงสกนธ์. (2548). *ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย.* กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

(Violence-related Injury Surveillance-VIS ประจำเดือน มกราคม —

ธันวาคม 2550) <http://medipe2.psu.ac.th/~vis/> สืบค้นเมื่อวันที่ 5

มีนาคม 2551.

รุ่ง แก้วแดง .(2548). สงครามและสันติสุข @ ชายแดนภาคใต้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน.

อุกซ์ ริชาร์ด .(2549). กลยุทธ์ : การสร้างและการนำไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เอ็กสเปอร์เน็ท.

วิเชียร วิทย์อุดม .(2551). พฤติกรรมองค์การ กรุงเทพฯ: บริษัทธนธัชการพิมพ์จำกัด

วินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2548). วิจารณ์งานในสถานการณ์ชายแดนใต้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 14(1), 9-15.

วิภาวรรณ ชุ่มเพ็ญสุขสันต์, จอม สุวรรณโณ และ วัลลา ตันตโยทัย. (2545). ความเครียด การเผชิญความเครียดและความผาสุกในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีที่ 1 *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 8(2), 90-109.

วันชัย วัฒนศัพท์.(2547). ความขัดแย้ง หลักการและเครื่องมือแก้ปัญหา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3
ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.

ทวี บุตรสุนทร. (2551). การบริหารความเสี่ยงและการบริหารทรัพยากรมนุษย์สำหรับนักบริหาร
*เอกสารประกอบคำบรรยายโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารระบบสุขภาพ วันที่ 8
พฤษภาคม-5 มิถุนายน 2551*. ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธีระชัย เหมนะสิริ. (2549). เรื่องน่าคิด ชีวิตคนทำงาน : Human touch. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง
แอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด.

สันต์ หัตถิรัตน์ . (2548). ไฟได้ในมุมแพทย์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเวชศาสตร์
ฉุกเฉิน ครั้งที่ 5 การเตรียม ER รัชภัฏใหม่ในสิบปีหน้า วันที่ 29 สิงหาคม-2 กันยายน 2548.
กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ร่วมกับศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี.

สมพงษ์ สุขุมมาโล .(2549) ยี่ห้อของผู้นำ ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์

สิวลี ศิริวิไล. (2548). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สภาการพยาบาล. (2549). ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ สืบค้นวันที่ 18
พฤษภาคม 2551 <http://www.tmc.or.th/knowledge/know01.html>

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลใน
โรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือเลขที่ สธ 0205.03.3 / ว5 เรื่อง โครงการระดมน้ำใจสู่ชาวสาธารณสุข จังหวัดชายแดนใต้ ลงวันที่ 16 มกราคม 2550.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สุรชาติ บำรุงสุข. บทความ Do and don't; ข้อคิดในการแก้ปัญหาได้. หนังสือพิมพ์มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 19 – 25 มีนาคม 2547.
- สรรพชัย ฤทธิรักษา. (2548). การจัดการระบบการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการเขต ๑๒*, 16, 79-92.
- อารีย์ อ่องสว่าง, กิติพงศ์ แซ่เจ็ง, นงลักษณ์ ลิ่มท้าวกุล และ นิตยา นิลรัตน์. (2547). *ภาวะเครียดและการปรับตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- อรอุมา อุดมเศรษฐ์. (2549). *ความเครียดและการจัดการความเครียดของวัยรุ่นในสถานศึกษาต่อสถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- อวยพร สมใจ. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- Anderson, K.L., & Burckhardt, C.S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Nursing*, 29, 2, 298-306.
- America Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC. : American psychiatric association.
- Bennett, P., & Lowe, R. (2008). Emotions and their cognitive precursors: Responses to spontaneously identified stressful events among hospital nurses. *Journal of Health Psychology*, 13 (4), 537-546.
- Berlim, M. T., & Fleck, M.P. (2003). Quality of life: A brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras. Psiquiatr*, 25, 4, 249-252.

- Blackburn, R.T., Horowitz, S. M., Edington, D. W., & Klos, D.M. (1986). University faculty and administrator responses to job strain. *Research in Higher Education*, 25, 1, 31-41.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. A., Wolfe, M. I. , Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005). Report from the CDC : Mental health of women in postwar Afghanistan. *J Womens Health (Larchmt)*, 14, 285-293.
- Cohen, S., & Roussel, J. (2005). *Strategic supply chain management: the five disciplines for top performance*. New York: McGraw-Hill.
- Cook, C.A., & Buck, E.A. (1999). Caring for yourself during times of organization change. *Seminars for Nurse Manager*, 7 , 141-8.
- Costanza, R. , Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.
- Cosway, R., & Endler, N.S. (2000). The coping inventory for stressful situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 5, 121-143.
- Daft, R.L. (2005). *The Leadership Experience*. (3 rd. ed). Australia: Thomson.
- Darunee, J., & Camfield, L. (2006). Exploring the quality of life of people in north eastern and southern Thailand. *Social Indicators Research*, 78, 3, p 489-529.
- Douglas HR., & Normand C. (2005) Economic evaluation: what does a nurse manager need to know? *Journal of Nursing Management*, 13,419-27.
- Durham, CF. , Alden, K.R., Dalton, J.A., Carlson, J. , Miller, D.W., Englehardt, S.P. , et al (1998). Quality of life and productivity in nurses reporting migraine. *The Journal of Head and Face Pain*, 38, 6, 427-435.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Evans, J.R. & Lindsay, W.M. (1999). *The management and quality control*. (4 th ed). USA: South-Western College Publishing.
- Fujino, M., & Nojima, Y. (2005). Effects of ward rotation on subsequent transition process of Japanese clinical nurses. *Nursing and Health Sciences*, 7, 37-44.

- Genrich, S.J. , & Neatherlin, J.,S. (2001) Case manager role: A content analysis of published literature. *Care Management Journal*, 3,14-9.
- Giacaman, R., Hussneini,A., Gordon, N.H., & Awartani, F. (2004). Imprints on the consciousness: the impact on Palestinian civilians of the Israeli army invasion of West Bank towns. *Eur J Public Health Sep*, 14(3): 286-90
- Gill, T. M., & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 285-299.
- Ghobarah, H. A., Huth, P., & Russett, B. (2004). The post-war public health effects of civil conflict. *Social Sciences Medicine*, 59, 869-884.
- Gomez-Mejia, L.R., Balkin, D. B., & Cardy, R. L. (2001). *Managing human resource*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Gryna, F.M. (2001). *Quality planning and analysis*. (4 th ed). Boston: McGraw-Hill.
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferris, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M. et al. (2003). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-91.
- Haig, M. (2004). *Brand loyalty*. Great Britain: Scotprint, Haddington.
- Haney L. A. (2001) Cultivating effectiveness in your organization. *AAOHN Journal*. 49, 369-73.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment patient scale. *Journal of Psychosomatic Research*., 11, 213-218.
- Jang, Y., Hsieh, C.L., Wang, Y.H., & Wu, Y. H. (2004). A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 11, 1890-1895.
- Jooste, K. (2003) Essential managerial attributes of the nowadays nursing service manager in the South African context. *Curationis*, 26, 19-29.
- Kerfoot, K. (2004). Leading the leaders: the challenge of leading an empowered organization. *Urologic Nursing*, 24, 3, 224-226.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., et al. (2007). Nurse manager support: What is it? structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly*. 31, 325-340.

- Kurtus, R. (2005). Toronto quality of life model. Retrived by May 21, 2008 from website: http://www.school-for-champions.com/life/toronto_univ_quality_life.htm
- Lageson, C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Qualit.*, 19, 336-42.
- Lambert, V.A. & Lambert, C. E. (2001). Literature review of the role stress/strain on nurses: An international perspective. *Nursing and Health Sciences*, 3, 161-172.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management*, 14, 300-309.
- Mullins, L.J. (2002). *Management and Organisational Behaviour*. (6 th. ed.) England: Prentice Hall.
- Neuhauser, P.C. (2002). Building a high-retention culture in healthcare: Fifteen ways to get good people to stay. *Journal of Nursing Administration*, 32, 470-478.
- Paliadelis, P., Cruickshank, M., & Sheridan, A. (2007). Caring for each other: How do nurse managers manage their role. *Journal of Nursing Management*, 15, 830-837.
- Qouta, S & Odeb, J. (2005). The impact of conflict on children: the Palestinian experience. *J Ambul Care Manage*, 28, 75-79.
- Robbins, S.P., & Decenzo, D. A. (2001). *Fundamentals of management: Essential concepts and application* (3 rd. ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Sapolsky, R.M. (1998). *Why zebras don't get ulcer: An updated guide to stress, stress-related disease, and coping*. New-York: Freeman and company.
- Schenke, R., Gaintner, J.R., Hickey, M.E. Hodge, R.H., Ludden, J.M., Leonard ,M., et al. (2000). Leading beyond the bottom line: organizational assets for the new economy. *Physician Executive*. 26,6-9.
- Seino, K., Takano, T., Mashal, T., Hemat, S., & Nakamura, K. (2008). Prevalence of and factors influencing posttraumatic stress disorder among mothers of children under five in Kabul, Afghanistan, after decades of armed conflicts. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 29-33.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: JB Lippincott.

- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2008). Sleepless in America: nurse managers cope with stress and complexity. *Journal of Nursing Administration*, 38, 3, 125-131.
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. (2001). A new measure of quality of work life based on need satisfaction and spillover theory. *Social Indicators Research*, 55, 241-302
- Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguish between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis, *Quality of Life Research*, 8, 5, 447-459.
- Taillefer, M.C., Dupulis, G., Roberge, M.A., & LeMay, S. (2003). Refining quality of life and well-being. <http://www.scotland.gov.uk>. Retrieved by May 17, 2008.
- Tappen, R.M., Weiss, S.A., & Whitehead, D.K. (2004). *Essentials of Nursing and Management*. (3 nd. ed.). Philadelphia: F.A.Davis company.
- Teixeira, R. (1999) The mentoring process: beneficial to manager, employee, and organization. *Clinical Laboratory Management Review*, 13, 314-6.
- Tomey, A.M. (2000). *Guide to Nursing Management and Leadership*. (7 th ed.). Missouri: Mosby.
- Turban, E., Mclean, E., Wetherbe, J., Bolloju, N., & Davison, R. (2002). *Information technology for management: transforming business in the digital economy*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Uehara, T., Sakado, K., Sakado, M., Sato, T., & Someya, T. (1999). Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 1,26-30.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment from <http://www.who.int/mental health>. Retrieved on May 30, 2006.
- Williams, L., & Boyd, M.A. (2005). Stress, crisis, and disaster management. In M.A. Boyd (ed.), *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice* (pp. 769-801). Philadelphia: Lippincott.
- Virginia, H.R. (2000). *Handbook of stress, coping, and health*. London: Sage Publication.

Xianyu, Y., & Lambert, V. (2006). Investigation of the relationship among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing & Health Sciences*, 8,3, 147-155.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงโปรดเติมข้อความ หรือ คำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมายกากบาท [X] หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล
 - [] ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - [] ปริญญาตรี
 - [] สูงกว่าปริญญาตรี
3. แผนกของหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน
 - [] งาน OPD / ER / OR / ICU
 - [] สูติ-นรีเวช
 - [] ศัลยกรรม
 - [] อายุรกรรม
 - [] กุมารเวชกรรม
4. ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....ปี
5. ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน.....ปี
6. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย.....ปี

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะเครียด

คำชี้แจง คำถามต่างๆในแบบสัมภาษณ์นี้จะถามถึงความรู้สึกและความคิดของท่านในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาในแต่ละ

ประโยค โดยให้ตอบว่า บ่อยครั้งเท่าไร ที่ท่านรู้สึก หรือคิดในลักษณะนั้นๆแม้ว่าบางคำถามจะคล้ายๆกันแต่มันมีลักษณะที่ต่างกัน ท่านควรจะตอบคำถามแต่ละคำถามแยกจากกัน วิธีที่ดีที่สุดในการตอบคำถาม ให้ท่านตอบคำถามอย่างเป็นจริงและอย่างรวดเร็วที่สุด อย่าพยายามนับจำนวนครั้งที่ท่านรู้สึกถึงเหตุการณ์นั้น แต่ให้ท่านบอกถึงความเป็นไปได้ของสมเหตุสมผล ในแต่ละคำถามให้ท่านตอบโดยเลือกจากทางเลือกต่อไปนี้ (โปรดวงกลมเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค)

- 0 หมายถึง ไม่เคย
- 1 หมายถึง เกือบจะไม่เคย
- 2 หมายถึง บางครั้ง
- 3 หมายถึง บ่อยครั้ง
- 4 หมายถึง บ่อยครั้งมาก

เนื้อหา	ไม่เคย	เกือบจะไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยครั้งมาก
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกเสียใจ เพราะบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นอย่างไม่คาดหวัง	0	1	2	3	4
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถควบคุมสิ่งที่สำคัญต่างๆในชีวิตของท่าน	0	1	2	3	4
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกประสาทอ่อน (ซีดใจ) และเครียด	0	1	2	3	4
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านประสบความสำเร็จในการจัดการเรื่องที่ยากในชีวิตของท่าน	0	1	2	3	4

เนื้อหา	ไม่เคย	เกือบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยครั้ง มาก
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าคุณมีประสิทธิภาพในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของท่าน	0	1	2	3	4
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถจัดการกับปัญหาส่วนตัวต่างๆของท่านได้	0	1	2	3	4
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถจัดการกับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นตามที่ท่านคิดไว้	0	1	2	3	4
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถจัดการกับทุกๆเรื่องที่ท่านต้องทำ	0	1	2	3	4
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งที่ยึดเหนี่ยวชีวิตของท่าน	0	1	2	3	4
10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถเอาชนะสิ่งต่างๆได้	0	1	2	3	4
11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านโกรธเพราะสิ่งต่างๆได้เกิดขึ้นเกินกว่าที่ท่านสามารถควบคุมได้	0	1	2	3	4
12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านพบว่าตัวท่านเองกำลังคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่ท่านต้องทำให้สำเร็จ	0	1	2	3	4
13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของท่าน	0	1	2	3	4
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าคุณจะยุ่งยากได้เกิดที่บดบังอย่างมากจนท่านไม่สามารถเอาชนะมันได้	0	1	2	3	4

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามวัดการเผชิญความเครียด

ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ทุกข้อ โดยการวงกลมล้อมรอบตัวเลขในแต่ละข้อตามประสบการณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงกับท่านมากที่สุดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้

ข้อคำถาม	ระดับประสบการณ์ / ความรู้สึก				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฉันใช้เวลาได้ดีกว่าเดิม	0	1	2	3	4
2. มุ่งไปที่ประเด็นปัญหา	0	1	2	3	4
3. ใช้วิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา	0	1	2	3	4
4. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	0	1	2	3	4
5. พิจารณาปัญหาที่คล้ายกัน	0	1	2	3	4
6. ตัดสินใจที่จะกระทำต่างๆ	0	1	2	3	4
7. เข้าใจสถานการณ์	0	1	2	3	4
8. กระทำ/แก้ไขทันที	0	1	2	3	4
9. คิดและเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด	0	1	2	3	4
10. วิเคราะห์ปัญหา	0	1	2	3	4
11. ปรับลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา	0	1	2	3	4
12. ควบคุมสิ่งต่างๆ	0	1	2	3	4
13. ใช้ความพยายามเพิ่มเติม	0	1	2	3	4
14. พิจารณาผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละปัญหา	0	1	2	3	4
15. ใช้ผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาเพื่อพิสูจน์ตัวเอง	0	1	2	3	4
16. พยายามจัดระบบตัวเอง	0	1	2	3	4
17. ดำเนินตัวเองที่ปล่อยเวลาให้ล่วงไป	0	1	2	3	4

ข้อคำถาม	ระดับประสบการณ์ / ความรู้สึก				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
18. หยุดงานด้วยการป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อย	0	1	2	3	4
19. ดำเนินตัวเองสำหรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	0	1	2	3	4
20. กังวลว่าจะแก้ปัญหาไม่ได้	0	1	2	3	4
21. รู้สึกดีเครียด	0	1	2	3	4
22. บอกกับตัวเองว่าสถานการณ์ไม่ได้เกิดขึ้นจริง	0	1	2	3	4
23. ดำเนินตัวเองที่อ่อนไหวง่าย	0	1	2	3	4
24. รู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
25. ดำเนินตัวเองที่ไม่สามารถหาข้อสรุปหรือแก้ปัญหาไม่ได้	0	1	2	3	4
26. รู้สึกหนาวใจ	0	1	2	3	4
27. ประารถนาที่จะสามารถเปลี่ยนสิ่งต่างๆ ได้	0	1	2	3	4
29. พยายามบอกตนเองว่ามันจะไม่เกิดขึ้นอีก	0	1	2	3	4
30. ให้ความสำคัญหรือมุ่งมาที่ตนเอง	0	1	2	3	4
31. รู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
32. เอาความรู้สึกออกไป/โทษผู้อื่น	0	1	2	3	4
33. คิดถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ	0	1	2	3	4
34. อยู่กับผู้อื่น	0	1	2	3	4
35. มองดูสิ่งต่างๆ เพื่อความเพลิดเพลิน	0	1	2	3	4
36. นอนพักผ่อน	0	1	2	3	4
37. ดูแลตนเองโดยการมีอาหารว่าง	0	1	2	3	4
38. รับประทานอาหารนอกบ้าน	0	1	2	3	4
39. ไปช้อปปิ้ง	0	1	2	3	4
40. ไปงานเลี้ยง	0	1	2	3	4
41. แสวงหาเพื่อนฝูง	0	1	2	3	4
42. อยู่กับคนที่พิเศษ	0	1	2	3	4

ข้อคำถาม	ระดับประสบการณ์ / ความรู้สึก				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
43. ออกไปเดินเล่น	0	1	2	3	4
44. คุยกับบุคคลอื่น/เพื่อนฝูง	0	1	2	3	4
45. โทรศัพท์หาบุคคลอื่น/เพื่อนฝูง	0	1	2	3	4
46. ดูภาพยนตร์	0	1	2	3	4
47. หยุดพักจากงาน	0	1	2	3	4
48. ดูโทรทัศน์	0	1	2	3	4

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของบุคลากรพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ทุกข้อโดยเติมคำ หรือทำเครื่องหมายถูก หน้าคำตอบที่ตรงกับความจริง/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ขณะนี้ท่านอายุ.....ปี

2. การศึกษาสูงสุดของท่าน

1. อนุปริญญา
2. ปริญญาตรี
3. สูงกว่าปริญญาตรี

3. สถานภาพสมรส

4. โสด
5. คู่
6. หม้าย / หย่า / แยก

4. ขณะที่ท่านมีอาการความผิดปกติ/เจ็บป่วยหรือไม่

7. ใช่/มี โปรดระบุ

.....

8. ไม่ใช่/ไม่มี

5. หากท่านมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าท่านเป็นอะไร/ไม่สบายอย่างไร เพราะอะไร

.....

.....

.....

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามความคิดของท่านเกี่ยวกับชีวิตของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมายถูก () ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	แยะมาก	แยะ	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
1.	คุณภาพชีวิตของท่านเป็นอย่างไร					
2.	ท่านพอใจสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงไร					
3.	ท่านมีความเจ็บปวดทางกายมากน้อยเพียงใดจนไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องทำ					
4.	ท่านต้องการการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้					
5.	ท่านมีความสุขในชีวิตมากน้อยเพียงใด					
6.	ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
7.	ท่านรวบรวมสมาธิได้มากน้อยเพียงใด					
8.	ท่านรู้สึกปลอดภัยในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด					
9.	ท่านรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านมีความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด					

คำถามต่อไปนี้ ถามว่าท่านมีประสบการณ์ในเรื่องต่อไปนี (how completely) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร

ข้อที่	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	มากที่สุด
10.	ท่านมีพลังกำลังเพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่					
11.	ท่านยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของท่านได้ดีเพียงใด					
12.	ท่านมีเงินอย่างเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นของท่าน					
13.	ท่านสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารที่ท่านต้องการใช้ในชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใด					
14.	ท่านมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด					
15.	ท่านสามารถพบปะพูดคุยกับผู้อื่นได้ดีเพียงใด					

ท่านพึงพอใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากน้อยเพียงใด

ข้อที่	คำถาม	ไม่พอใจ เลย	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจ มาก ที่สุด
16.	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านเพียงใด					
17.	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของท่านเพียงใด					
18.	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานของท่านเพียงใด					
19.	ท่านพอใจในตัวของท่านเพียงใด					
20.	ท่านพอใจในความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้อื่นเพียงใด					
21.	ท่านพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์เพียงใด (กรณีสถานภาพโสด อาจไม่ต้องตอบก็ได้)					
22.	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อนของท่านเพียงใด					
23.	ท่านพอใจกับสภาพสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยของท่านเพียงใด					
24.	ท่านพอใจกับการไปทำงานในโรงพยาบาลเพียงใด					
25.	ท่านพอใจกับการเดินทางเพียงใด					

ท่านมีประสบการณ์ต่อไปนี้ บ่อยเพียงไร

ข้อที่	คำถาม	ไม่เคย เลย	เป็น บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก	บ่อย ที่สุด
26.	ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ เศร้าสร้อย (blue mood) หมดหวัง (despair) วิตกกังวล ซึมเศร้า บ่อยเพียงไร					

ท่านใช้เวลา.....นาที ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารการพยาบาล

ด้านการวางแผน

1. การจัดการวางแผนบริหารการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดเป็นอย่างไรในเรื่อง

1.1 การปรับแผนการบริหารระยะสั้น ระยะยาว

1.2 การปรับตัวชี้วัดตามเป้าหมายที่กำหนด

1.3 การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการบริหาร

1.4 นโยบายการบริหารเฉพาะกรณีหรือไม่อย่างไร และการปรับเปลี่ยนแผนดังกล่าว ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณจากรัฐบาลหรือไม่อย่างไร

2. การวางแผนดังกล่าวมีปัญหา / อุปสรรคหรือไม่อย่างไร

3. มีการวางแผนเชิงรุกในเรื่องใดบ้าง

ด้านการนำองค์การ

1. ท่านใช้วิธีการนำองค์การอย่างไรที่ทำให้บุคลากรยังคงปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน

2. ท่านใช้เทคนิคอะไรในการจูงใจผู้ได้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานต่อไปได้

3. บรรยากาศองค์กรของหน่วยงานท่านเป็นอย่างไร

4. ท่านได้เจรจาต่อรองกับผู้บริหารระดับสูงเช่นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ

ด้านการจัดองค์การ

1. ท่านมีการปรับโครงสร้างองค์กรภายหลังเกิดสถานการณ์ความไม่สงบหรือไม่ อย่างไร

2. ท่านมีการปรับเปลี่ยนกรมอบอำนาจหน้าที่ หรือ การกระจายอำนาจในการบริหารงานหรือไม่อย่างไร

3. ท่านได้มีการจัดสร้างเครือข่ายเพื่อให้การบริหารงานลุล่วงไปได้ดีหรือไม่อย่างไร

ด้านการบริหารบุคคล

1. สถานการณ์ความไม่สงบมีผลกระทบต่อการบริหารบุคคลของท่านอย่างไร

2. ท่านได้ดำเนินการสร้างขวัญ กำลังใจ และสร้างเสริมการคงอยู่ให้กับบุคลากรในหน่วยงานอย่างไร

3. ท่านมีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาของการขึ้นปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการหรือไม่
อย่างไร หรือปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการหรือไม่อย่างไร

* 4. ท่านมีแนวทางการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานท่านอย่างไร ภายใต้สถานการณ์ที่
เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านการควบคุม

1. ท่านควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชาด้วยวิธีการใด
2. ท่านควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชาอย่างไร ลักษณะการควบคุม
ดังกล่าวแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร
3. ท่านบริหารความเสี่ยงจากการบริหารจัดการ ได้หรือไม่อย่างไร

คำถามเชิงลึก

1. ช่วยยกตัวอย่างเพิ่มเติมในเรื่องที่เล่าให้ฟังสักนิดได้มั๊ยคะ
2. ที่เล่ามา หมายความว่าอย่างไรใช่หรือไม่ ขอช่วยเล่ารายละเอียดอีกสักนิด
3. คิดว่าที่เล่ามา มีปัจจัยอื่นๆในโรงพยาบาลเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่อย่างไรบ้าง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวนงนุช บุญฉิ่ง

ประวัติการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา
วท.บ. (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2527
วท.ม. (พยาบาล)	มหาวิทยาลัยมหิดล	2535
Ms. (Nursing)	University of Washington USA	1999
Ph.D. (Nursing)	University of Washington USA	2003

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการบริหารการศึกษาและการบริการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ สกุล นางประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ

ประวัติการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัย และผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	พ.ศ. 2519
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	พ.ศ. 2545

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 8 (ด้านการพยาบาล) หัวหน้างานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จังหวัดยะลา

ชื่อ สกุล นางสาวศศิธร พุ่มดวง

ประวัติการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา
วท.บ. (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ. ศ. 2529
วท.ม. (พยาบาล)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2536
Ph.D. (Nursing)	Case Western University	พ.ศ. 2545

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์