

ทำไมพยาบาลไทยมีคุณภาพชีวิตดี แต่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป

ศิริพร จิรวัดน์กุล*

ประณีต ส่งวัฒนา†

นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ‡

วารุณี ฟองแก้ว§

วารุณี เดียววิเศษ#

ศิริอร สิ้นสุ¶

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ*

*ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น, †คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,

‡คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสต์สมิธตัน, §คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, #คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,

¶คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ใช้การวิจัยแบบผสานวิธีโดยการใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2554 ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เลือกมาอย่างเฉพาะเจาะจง ในจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี กรุงเทพมหานคร และสงขลา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักจนข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 518 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์แก่นสาระ ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล วิธีการ ผู้เก็บข้อมูล และทฤษฎี เพื่อความรอบด้าน และตรงกับผู้ให้ข้อมูล ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณแบบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่มจากประชากรพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามมาตรฐาน 2 ชุด WHO-BREF-THAI and Thai Happiness Indicators 15 หรือ THI-15 ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 3,219 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ 95% CI

ข้อค้นพบของส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพสรุปว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและใช้คำว่าคุณภาพชีวิตกับความสุขไปด้วยกัน จนอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตกับความสุขในการทำงานเป็นเรื่องเดียวกัน และความสุขในการทำงานเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต ส่วนผลการประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับรองลงมาคือระดับปานกลาง แต่ร้อยละ 65 ของพยาบาลมีค่าคะแนนความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ความไม่สอดคล้องของระดับคุณภาพชีวิตและความสุขเกิดจากคำถามในแบบสอบถาม

จากผลการวิจัยดังกล่าวชี้ว่าการลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลต้องเพิ่มความสุข และการสร้างเสริมการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพนั้นจะต้องดำเนินการทั้งในระดับโครงสร้างองค์กรและในระดับปฏิบัติการ

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพไทย, ความสุข, คุณภาพชีวิต, ความคิดคงอยู่

บทนำ

คุณภาพชีวิตและการมีความสุขในที่ทำงานเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของความพึงพอใจในชีวิต

ของมนุษย์^(1,2) และการทำความเข้าใจความสุขของพยาบาลทำให้องค์กรมีวิธีดำเนินการให้การพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพ หรือสถานที่ปฏิบัติงาน

ได้นาน เพิ่มความคงอยู่ (retention) ในวิชาชีพได้เป็นอย่างดี⁽³⁻⁷⁾ มีการศึกษาเรื่องการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก⁽⁸⁻¹⁶⁾ มีข้อค้นพบคล้ายกันว่า คุณภาพชีวิตและความสุขมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในวิชาชีพ ดังนั้นหากองค์กรต้องการให้พยาบาลวิชาชีพไม่ละทิ้งวิชาชีพ และลดการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล ก็ต้องมีข้อมูลคุณภาพชีวิตของพยาบาล เพื่อที่จะสามารถดำเนินการใด ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่กำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คูเลีย⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า คำว่าคุณภาพชีวิตปรากฏขึ้นครั้งแรกในปรัชญากรีก ในครั้งนั้นใช้คำว่า “Happiness” โดยอริสโตเติล กล่าวว่า ความสุขเป็นสิ่งที่ได้รับมาจากสิ่งที่ใฝ่หาของจิตใจและจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ในศาสนาพุทธได้มีการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ในพระธรรมปิฎก ซึ่งได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน แข็งแรง งามสง่า อายุยืน (2) มีอาชีพสุจริต มีวัตถุ ทรัพย์สิน เงินทองไม่เดือดร้อน มีกิน มีใช้ อย่างน้อยพึ่งตนเองได้ในด้านเศรษฐกิจ (3) ในทางสังคม มีสถานะทางสังคมเป็นที่ยอมรับนับถือ มียศ มีตำแหน่ง มีบริวาร มีผู้คนยกย่อง และถ้ามีเกียรติคุณเป็นที่ยกย่องนับถือก็ยิ่งดี (4) มีครอบครัวอบอุ่น ผาสุก มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสุข พี่น้องรักกันดีดูแลเอาใจใส่ทำวงศ์ตระกูลให้เป็นที่น่านับถือ⁽¹⁸⁾ จากนิยามดังกล่าวพบว่าเรื่องความสุขและคุณภาพชีวิตจึงทับซ้อนแนบเนื่องกัน

เนื่องจากคุณภาพชีวิตและความสุขนั้น เกี่ยวข้องและสัมพันธ์โดยตรงกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลไม่ว่าทางใดก็ตามหนึ่ง ได้แก่ สภาพร่างกาย และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจ และความผาสุก รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่จัดเป็นปรากฏการณ์ด้านจิตใจ ในต่างประเทศมีรายงานการวิจัยการศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลในสถานปฏิบัติงานต่าง ๆ จำนวนมากโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ⁽¹⁹⁻²²⁾ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของ

พยาบาลในแง่มุมต่าง ๆ โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเช่นกัน ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องมือ⁽²³⁾ ส่วนการศึกษาของไทยนั้น ส่วนใหญ่นักวิจัยพัฒนาแบบการประเมินขึ้นมาใหม่ จึงไม่สามารถศึกษาเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ของต่างประเทศได้ ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตตามความหมายและการรับรู้ของผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ที่เป็นผู้อยู่ในวิชาชีพการพยาบาลโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยนั้นยังไม่พบการตีพิมพ์เผยแพร่ มีแต่การศึกษาที่เป็นแบบฝึกหัดสำหรับการฝึกการวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น

ส่วนการศึกษาความสุขโดยทั่วไปนั้นในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสุขของพยาบาลทั่วไป แต่พบในการศึกษากลุ่มพยาบาลทันตภิบาล⁽²⁴⁾ เครื่องมือวัดความสุขที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยคือแบบประเมินความสุขคนไทย ซึ่งพัฒนามาจากตัวชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย แบบประเมินนี้สร้างโดย อภิชัย มงคล และคณะ⁽²⁵⁾ และนำมาประเมินความสุขของคนไทยทั้งประเทศเป็นระยะ เช่นในปี พ.ศ. 2548 และ 2550 เป็นต้น ส่วนการศึกษาความสุขของพยาบาล ที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นยังไม่พบการศึกษาใดในประเทศไทย มีรายงานในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของของ Mittal, Rosen and Leana⁽²⁶⁾ ศึกษาประเด็นความสุขผ่านการคงอยู่ และการย้ายออกของพยาบาลในบ้านพักคนชราคนชรา (nursing home) จำนวน 47 คน ในเมืองเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประเด็นที่ทำให้ทำงานอย่างมีความสุขและอยู่ในงานได้ไม่ย้ายออกคือ ค่าจ้างและสวัสดิการ ความยืดหยุ่นของการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย คุณค่าทางจิตวิญญาณ ศาสนา และได้รับความชื่นชมจากผู้ป่วย ผู้รับบริการ

ในสังคมไทยที่มีปัญหาการขาดแคลนพยาบาล และต้องการเพิ่มความคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล จะต้องให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตและ

ความสุขของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสำหรับประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับประเทศที่ให้ภาพความสุขและคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่สามารถตอบคำถามได้ว่า มีพยาบาลจำนวนเท่าใดมีความสุขและคุณภาพชีวิตระดับใด พยาบาลในบริบทต่างๆให้ความหมายคุณภาพชีวิตอย่างไร และมีความสุขจากการประกอบวิชาชีพการพยาบาลอย่างไร การศึกษาครั้งนี้จึงมีความเชื่อว่า หากมีองค์ความรู้ที่อธิบายโลกทัศน์ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลในสังคมไทยเรื่องความสุขและคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จะนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายให้เกิดยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาอัตรากำลังผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนและประเทศชาติโดยรวม การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตและความสุขตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และระดับของคุณภาพชีวิตและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยผสมวิธีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการรับรู้ของผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ และการวิจัยเชิงปริมาณไปพร้อมกันในระหว่างเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2554 ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้ข้อมูลทุกคนลงนามยินยอมร่วมให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เลือกอย่างเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่คงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล มีประสบการณ์เฉพาะที่แสดงถึงการมีความสุขและ/หรือความทุกข์จากการประกอบวิชาชีพการพยาบาล การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล รวมถึงการเลือกเชิงทฤษฎีให้ครอบคลุมบทบาทหลัก และโดยการบอกต่อกับบุคคลต่าง ๆ ในภาคเหนือที่ จังหวัด

เชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดขอนแก่น ภาคกลางที่กรุงเทพฯ ภาคตะวันออกที่จังหวัดชลบุรี และภาคใต้ที่จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจำนวน 55 กลุ่ม ๆ ละ 5-8 คนในเรื่องการทำงาน ความเป็นอยู่ ความสุขและความทุกข์โดยทั่วไป และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์เฉพาะที่แสดงถึงการมีความสุขและ/หรือความทุกข์จากการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการบริหารงานในสถานการณ์ การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลจำนวน 112 คน ข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวน 518 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพในภาคเหนือ 119 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 80 คน ภาคตะวันออก 101 คน ภาคกลาง 102 คน ภาคใต้ 73 คน และพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน 43 คน อายุการทำงานอยู่ระหว่าง 3-38 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์แก่นสาระ ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล และทฤษฎี เพื่อความรอบด้าน และตรงกับผู้ให้ข้อมูล ข้อค้นพบจากการวิจัยส่วนนี้เป็นเรื่องของความหมาย และประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความสุข และการคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล

ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบวิจัยเชิงบรรยายกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) ประชากรพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศโดยกำหนดค่า p 0.6 ค่าความกระชับในการประมาณค่า 0.055 และค่า design effect จากการสุ่ม 1.5 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างของพยาบาลที่ต้องใช้ในการศึกษาในสถานบริการแต่ละระดับ ๆ ละจำนวน 480 คน แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF -THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มัทธินันต์กรกุลและคณะ⁽²⁷⁾ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยคิดค่าคะแนนดังนี้

| คะแนน | คุณภาพชีวิต |
|---------|-------------|
| 26 - 60 | ไม่ดี |
| 61 - 95 | กลาง ๆ |

96 - 130 ดี

ส่วนแบบประเมินความสุขของคนไทย ซึ่งประเมินด้วยดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators 15 หรือ THI-15) สร้างโดย อภิชัย มงคล และคณะ⁽²⁸⁾ มี ค่าความเชื่อมั่น 0.81 โดยคิดค่าคะแนนดังนี้

| | |
|-----------------|---------------------------------|
| คะแนน | สุขภาพจิตเปรียบเทียบกับคนทั่วไป |
| 35-45 | ดีกว่า |
| 28-34 | เท่ากัน |
| 27 หรือน้อยกว่า | ต่ำกว่า |

มีพยาบาลจำนวน 3,219 คน ส่งแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนผู้วิจัย (85.7% ของตัวอย่างทั้งหมด) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละเพื่อแสดงลักษณะทางประชากร และลักษณะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ระดับคุณภาพชีวิต และความสุขด้วย 95% CI

ผลการศึกษา

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ

คุณภาพชีวิตกับความสุขตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการศึกษาคั้งนี้เป็นเรื่องเดียวกัน กล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของความสุขในการทำงานที่มีเกียรติ ได้รับการยอมรับจากสังคม เพื่อนร่วมงาน มีสิ่ง

แวดล้อมที่เกื้อกูล ได้ผลลัพธ์จากการทำงานที่เป็นสุขและเป็นธรรม ทั้งนี้ องค์ประกอบที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขมี เงื่อนไข 4 ประการ คือ งาน รายได้ สวัสดิการ และ ชีวิตส่วนตัว วิธีการทำงานเป็นประเด็นสำคัญที่สุดในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและมีความสุขของพยาบาล ความสุขและคุณภาพชีวิตจึงเป็นเงื่อนไขที่เชื่อมโยงร้อยรัดอยู่ที่สถานการณ์การปฏิบัติงานทั้งสิ้น อาจกล่าวได้ว่า สำหรับผู้ประกอบการพยาบาลแล้ว คนไข้ต้องมาก่อนชีวิตส่วนตัว

ในส่วนการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ประชากรพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศโดยกำหนดค่า $p = 0.6$ ค่าความกระชับในการประมาณค่า 0.055 และค่า design effect จากการสุ่ม 1.5 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างของพยาบาลที่ต้องใช้ในการศึกษาในสถานบริการแต่ละระดับ ๆ ละ 480 คน สรุปรายชื่อตัวอย่าง (เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ) ในทุกระดับโรงพยาบาลดังตารางที่ 1

จากข้อสรุปดังกล่าวมีแก่นสาระ 6 ประการดังนี้

1.1 “คุณภาพชีวิตคือความสุข ชีวิตที่มีความสุขเป็นชีวิตที่มีคุณภาพ”

ข้อความดังกล่าวเป็นคำพูดที่พยาบาลที่ร่วมในการศึกษานี้ให้ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิต ทั้งนี้พยาบาลที่ร่วมในการศึกษานี้ทุกคนพูดถึงคุณภาพชีวิตกับความ

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม

| ประเภท | เหนือ | กลาง-กทม. | ตะวันออก | อีสาน | ใต้ | เอกชน | รวม |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | 90 | 310 | - | 45 | 35 | - | 480 |
| โรงพยาบาลศูนย์ | 96 | 96 | 48 | 144 | 96 | - | 480 |
| โรงพยาบาลทั่วไป | 108 | 132 | 36 | 108 | 96 | - | 480 |
| โรงพยาบาลชุมชน | 108 | 96 | 36 | 168 | 72 | - | 480 |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 120 | 48 | 60 | 156 | 96 | - | 480 |
| โรงพยาบาลเฉพาะทาง | 48 | 288 | 36 | 60 | 48 | - | 480 |
| โรงพยาบาลเอกชน | - | - | - | - | - | 480 | 480 |
| รวม | 570 | 970 | 216 | 681 | 443 | 480 | |

ทำไมพยาบาลไทยมีคุณภาพชีวิตดีแต่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตัวอย่างคำพูดของพยาบาลวิชาชีพเรื่องคุณภาพชีวิตและความสุข

| คุณภาพชีวิต | ความสุข |
|---|--|
| ภาระงานสมดุลกับเวลาและค่าตอบแทน | ผู้ป่วยขอบคุณ |
| ไม่ต้องขึ้นเวรบ่อย-ดึก | ผู้ป่วยเข้าใจ |
| ขึ้นเวรบ่อย-ดึก ไม่ติดต่อกันมากเกินไป | ผู้ป่วยรู้สึกได้รับบริการที่ดี |
| ไม่ต้องหวาดระแวงว่าผู้ป่วยจะทำร้าย | ผู้ป่วยประทับใจการทำงาน of พยาบาล |
| ผู้ร่วมงาน ทำงานเข้ากัน (พยาบาล และแพทย์) | ผู้ป่วยชื่นชม อวยพรพยาบาล |
| รับผิดชอบ | ผู้ป่วยจำพยาบาลได้ |
| ที่พัคดี ไม่แออัด ปลอดภัย | ผู้ป่วยฟื้นทุกซ์ ทูเลา หายเจ็บป่วย ปลอดภัย |
| ไม่มีเรื่องถูกร้องเรียน | ทำงานเสร็จทันเวลา |
| มีเวลานอนพักผ่อนเพียงพอ | ไม่ถูกตำหนิ ร้องเรียน |
| ปลอดภัยจากการติดเชื้อ และอันตราย | ได้ค่าตอบแทนที่พอใจ |
| ไม่มีหนี้สิน | พอใจดี เข้าใจ สนับสนุน (พยาบาล) |
| บริหารจัดการงานได้ทันเวลา | น้องให้ความเคารพ เอื้ออาทรกัน (พยาบาล) |
| มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน | แพทย์ที่ร่วมงานให้เกียรติ เข้าใจกัน |
| มีโอกาสศึกษาต่อเนื่อง | มีสวัสดิการที่พัคดี ปลอดภัย |
| มีเวลาให้ครอบครัว | มีเวลาให้ พ่อ แม่ สามี ลูก |
| ไม่มีปัญหาสุขภาพ | มีเวลาหาความสุขส่วนตัว |
| ผู้บริหารดี | ได้ดูแลสุขภาพตนเอง |



รูปที่ 1 การรับรู้คุณภาพชีวิต

สุขคู่กันไปด้วยทุกครั้ง และเมื่อเอาคำพูดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และความสุขมาเทียบเคียงกันพบว่ามี ความทับซ้อนกัน (ตารางที่ 2)

จากตัวอย่างคำพูดในตารางที่ 1 เห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตกับความสุขของพยาบาลวิชาชีพเป็นเรื่องเดียวกัน และส่วนใหญ่เป็นคำพูดที่กล่าวถึงเรื่องในที่ทำงานเกือบทั้งหมด เรื่องที่เป็นชีวิตส่วนตัวนั้นมีเพียงเรื่องเวลาสำหรับครอบครัวและตัวเองบ้างเท่านั้น เมื่อกล่าวถึงสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงสภาพของ คุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี พบว่าพยาบาลที่มีอายุนาน น้อยกว่า 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป รับรู้ต่างกันในเรื่อง แต่ส่วนใหญ่ไม่ต่างกัน สารที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องงาน ทั้งนี้พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการภาครัฐและเอกชนให้ ความเห็นไม่ต่างกัน

ในประเด็นระดับของคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง 4 ระดับคือ ดีมาก ดี ปานกลาง และแย่ โดยกล่าวถึงสถานการณ์คุณภาพชีวิตในแต่ละระดับเหมือนกัน (รูปที่ 1)

1.2 ภาระงาน และค่าตอบแทน ไม่เป็นธรรม ทำให้ไม่มีความสุข คุณภาพชีวิตไม่ดี

พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมสนทนากลุ่มและให้สัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ ปฏิบัติงาน 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยโดยตรง และกลุ่มที่ปฏิบัติงานด้านการจัดการเช่นหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น ภาระงานหลักของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มนี้ต่างกัน แต่มี ประเด็นร่วมที่เหมือนกันคือ ทำงานหนัก งานส่วนใหญ่ ไม่ใช่งานการพยาบาลโดยตรง ใช้เวลาเกินชั่วโมงการทำงาน ส่วนประเด็นค่าตอบแทนนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการสุขภาพโดยตรงเปรียบเทียบกับ ค่าตอบแทนที่ตนเองได้รับกับผู้ร่วมงานใกล้เคียงคือแพทย์ และเภสัชกร อีกทั้งตั้งข้อสังเกตกับค่าตอบแทนของ พยาบาลวิชาชีพด้วยกันที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะปฏิบัติ การไม่แตกต่างกันเลย แต่ด้วยสถานะของการเป็น

ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้าง หรือปฏิบัติงานใน สถานที่ต่างกัน เช่น หอผู้ป่วยต่างกัน ก็ได้รับค่าตอบแทนไม่เหมือนกัน หรือแตกต่างกันมากจนรู้สึกว่าจะ ไม่ได้รับความเป็นธรรม

พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารไม่ระบุเรื่องค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมสำหรับตัวเอง แต่กล่าวถึงความไม่เป็นธรรมของค่าตอบแทนในเชิงโครงสร้างที่มีผลให้ พยาบาลวิชาชีพที่อายุงานระหว่าง 1-5 ปี ย้ายที่ทำงาน หรือออกจากงานภาครัฐสู่ภาคเอกชน และจำนวนหนึ่ง ออกจากวิชาชีพการพยาบาล อย่างไรก็ตามมีพยาบาล วิชาชีพที่ร่วมในการศึกษานี้จำนวนหนึ่งที่เห็นว่า ค่าตอบแทนที่ได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เลี้ยงครอบครัว และสามารถแบ่งปันให้กับพ่อ แม่ ญาติพี่น้องได้โดยไม่เดือดร้อนมากนัก

ประเด็นที่เป็นปัญหามากที่สุดคือเรื่องภาระงาน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ปัญหานี้จึงไปเชื่อมโยงกับค่าตอบแทนซึ่งมีความแตกต่าง เหลื่อมล้ำกันทั้งในกลุ่มวิชาการพยาบาลด้วยกัน และ กับวิชาชีพในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่งผลต่อขวัญ กำลังใจในการทำงาน นอกจากค่าตอบแทนที่เป็นเงิน เดือน และเงินอื่น ๆ แล้ว ค่าตอบแทนในลักษณะที่ ไม่ใช่เม็ดเงินแต่อยู่ในรูปของสวัสดิการโดยเฉพาะที่พัก เป็นเรื่องที่เอ่ยถึงมากที่สุด นอกจากการขาดแคลนเชิง ปริมาณแล้ว เชิงคุณภาพคือความสะดวกสบาย และ ความปลอดภัยก็เป็นปัญหาสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้นคือการ เอื้อประโยชน์ที่เหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ ที่ทำให้ พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการศึกษานี้รู้สึกว่าคุณภาพ เป็นพลเมืองชั้นสองในสังคมโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ให้ ข้อมูลเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพคือกำลังขับเคลื่อนการ ดำเนินงานของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลจะไม่สามารถปฏิบัติการได้หากไม่มีพยาบาล

1.3 การยอมรับจากสังคมตกต่ำลง โอกาส ก้าวหน้าน้อย

พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการศึกษานี้ทุกคน เห็นพ้องกันว่าวิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่สังคม

ต้องการ สังคมไทยยังมีความต้องการผู้ประกอบการวิชาชีพนี้จำนวนมาก นอกจากนั้นยังเป็นวิชาชีพที่เป็นที่พึงให้กับครอบครัว ญาติมิตรได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของคนทั่วไปต่อผู้ประกอบการพยาบาล ก็มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านช่วงเวลาและสถานภาพของผู้คน การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้คุณค่าของตนเอง (self esteem) ในการทำงาน และส่งผลต่อความสุขของพยาบาล

1.4 ครอบครัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง

เมื่อพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการศึกษาคั้งนี้ทุกคนกล่าวถึงคุณภาพชีวิตหรือความสุขในเรื่องนอกเหนือจากการทำงาน ประเด็นครอบครัวและสุขภาพเป็นเรื่องที่กล่าวถึงมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ที่เป็นโสด กล่าวถึงเรื่องสุขภาพมากกว่าครอบครัว ส่วนผู้ที่มีอายุทำงาน 6-20 ปีกล่าวถึงประเด็นนี้น้อยกว่า และกลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปี กล่าวถึงทั้งสองประเด็นนี้น้อยกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นเวรป่วย-ดึก แต่ “ลอยเข้า” (ทำงานในเวลาราชการตามปกติ) ที่แต่งงานแล้วก็ลูกโต ไม่มีภาระต้องดูแล อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งทำงานบริหารจัดการ จึงมีการกล่าวถึงความเครียดจากภาระงานที่มีผลต่อสุขภาพมากกว่าจากครอบครัว

1.5 แพทย์ และญาติผู้ป่วยเพิ่มความเครียด

บุคคลที่เป็นปัจจัยสร้างความเครียด ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการศึกษาคั้งนี้มากที่สุดคือแพทย์ และญาติผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพทุกคนกล่าวตรงกันว่า นอกจากพยาบาลต้องทำงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์แล้ว พยาบาลยังเป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย จึงมีสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้พยาบาลมีความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“งานพยาบาลมันไม่เบาอยู่แล้ว เรื่องนี้ไม่ได้เกี่ยงเลย แต่สิ่งที่เข้ามา อยู่ในรอบๆ ตัวเรา สิ่งแวดล้อมเออ ไม่งั้นเพื่อนร่วมวิชาชีพเออ หมอเออ สิ่งแวดล้อมที่อยู่กับเรา ณ ตรงนี้ ทุกวันนี้ ไม่ได้ทำให้เรามี

ความสุข โดยเฉพาะหมอ ตอนอยู่วอร์ดมันผิวเฟิน แต่ตอนนี้อยู่ OPD ตรวจไปทั้งวัน เจอกันทั้งวัน แสดงอิทธิฤทธิ์ อิทธิเดช อัดตา ไม่พอใจ แสดงกิริยา เรารับไม่ได้” (พยาบาลภาคกลาง)

“การคุกคามของญาติของคนไข้ ที่เราเป็นด่านหน้าที่ต้องรองรับตรงนี้ มันเป็นปัจจัยให้พยาบาลอยู่ตรงนี้มีความสุขไม่มีความสุขกับการทำงานมากขึ้น” (พยาบาลภาคเหนือ)

“มันต้องรับผิดชอบกับความเจ็บป่วย แล้วก็ต้องเจอกับความคาดหวังของญาติเรา ของญาติคนไข้ ไม่ใช่ญาติเราที่เค้าคาดหวังว่า เมื่อเข้ามาแล้วจะได้รับบริการ แบบนี้ๆ แล้วถ้าเกิดว่าเค้าไม่ได้ในสิ่งที่เค้าคาดหวัง มันก็จะเป็นแรงกระตุ้นที่แสดงออก” (พยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“พอหลังๆ นี้ เริ่มมีการฟ้องร้องกันมากขึ้น อันนี้เป็นปัจจัยหนึ่งเลย มันเหมือนกับว่าเอ๊ะ ทำไมเราทำให้ตั้งเยอะ กับผิคนเดียว มันเหมือนกับว่าคนในปัจจุบันตั้งหน้าตั้งตาฟ้อง ฟ้องเพื่อเรียกร้องเงิน แล้วก็ เป็นอีกอันหนึ่ง เกิดความเสียงขึ้นมาได้สูงเหมือนกัน สำหรับที่เราจะทำ เพราะฉะนั้นตอนนี้ถ้าเราจะทำงานบางที่มันก็ไม่ได้ทุ่มเต็มที่ มันก็ยังคิดอยู่ว่า เอ๊ะ มันเสียงมัยกับสิ่งที่ทำ” (พยาบาลภาคตะวันออก)

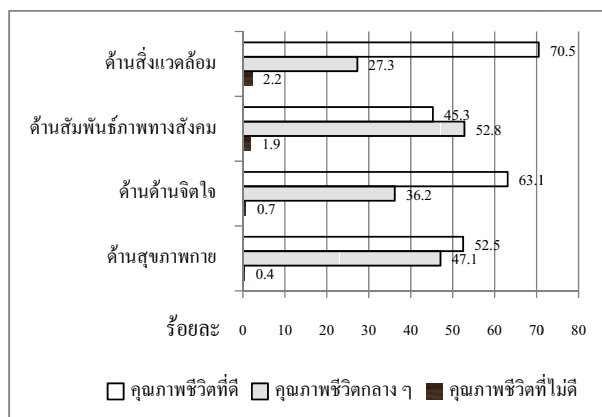
“เครียดต้องรองรับอารมณ์แพทย์ ญาติ ผู้ป่วย ไม่พอใจ” (พยาบาลภาคใต้)

1.6 สุขได้จากผู้ป่วย และอุดมการณ์ตนเอง

มีเรื่องเล่ามากมายจากพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมในการวิจัยนี้⁽²⁹⁾ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสุขที่ได้จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และการได้ทำตามอุดมการณ์ตนเอง ความสุขที่ได้นี้เป็นตัวยึดโยงให้พยาบาลวิชาชีพนั้นมีพลังกายและพลังใจให้ปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่บีบคั้นได้

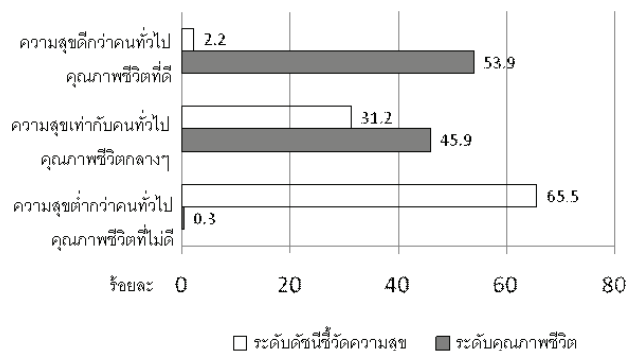
2. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.6 เป็นพยาบาลหญิง นับถือศาสนาพุทธ (95.2 %) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (39.7%) สถานภาพสมรสคู่



รูปที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต

(56.1%) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.5 ต้องทำงานบ้าน ร้อยละ 38.1 ต้องรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว 1-2 คน และร้อยละ 33.3 ดูแล 4-5 คน ทั้งนี้



รูปที่ 3 เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับระดับความสุข

มีร้อยละ 45.5 ระบุว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจพอเพียง และมีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 35.7 มีเงินใช้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (67.7%) มีร้อยละ 10.2 เป็นผู้บริหาร

ตารางที่ 3 ระดับความสุขของพยาบาล จำแนกตามระดับสถานบริการและภูมิภาค

| ระดับความสุข | ความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป | | ความสุขเท่าคนทั่วไป | | ความสุขดีกว่าคนทั่วไป | | ไม่ตอบ/ตอบไม่ครบ | | รวม | |
|------------------|------------------------|--------|---------------------|--------|-----------------------|--------|------------------|--------|-------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| โรงพยาบาล | | | | | | | | | | |
| มหาวิทยาลัย | 310 | 67.5 | 139 | 30.3 | 9 | 2.0 | 1 | 0.2 | 459 | 100 |
| ศูนย์ | 418 | 66.7 | 189 | 30.1 | 14 | 2.2 | 6 | 1.0 | 627 | 100 |
| ทั่วไป | 283 | 64.2 | 143 | 32.4 | 9 | 2.0 | 6 | 1.4 | 441 | 100 |
| ชุมชน | 298 | 65.6 | 144 | 31.7 | 6 | 1.3 | 6 | 1.3 | 454 | 100 |
| ส่งเสริมสุขภาพ | 247 | 66.9 | 105 | 28.5 | 10 | 2.7 | 7 | 1.9 | 369 | 100 |
| เอกชน | 321 | 64.8 | 159 | 32.1 | 11 | 2.2 | 4 | 0.8 | 495 | 100 |
| เฉพาะทาง | 232 | 62.0 | 125 | 33.4 | 11 | 2.9 | 6 | 1.6 | 374 | 100 |
| รวม | 2,109 | 65.5 | 1004 | 31.2 | 70 | 2.2 | 36 | 1.1 | 3,219 | 100 |
| ร้อยละ (95% CI) | 95% CI (63.5-67.5) | | 95% CI (29.3-33.1) | | 95% CI (1.6-2.8) | | | | | |
| ภาค | | | | | | | | | | |
| เหนือ | 331 | 63.0 | 182 | 34.7 | 4 | .8 | 8 | 1.5 | 525 | 100 |
| อีสาน | 455 | 62.1 | 244 | 33.3 | 25 | 3.4 | 9 | 1.2 | 733 | 100 |
| กลาง | 597 | 66.2 | 279 | 30.9 | 19 | 2.1 | 7 | 0.8 | 902 | 100 |
| ตะวันออก | 118 | 70.2 | 47 | 28.0 | 1 | 0.6 | 2 | 1.2 | 168 | 100 |
| ใต้ | 316 | 71.5 | 110 | 24.9 | 10 | 2.3 | 6 | 1.4 | 442 | 100 |
| เอกชน | 292 | 65.0 | 142 | 31.6 | 11 | 2.4 | 4 | 0.9 | 449 | 100 |
| รวม | 2,109 | 65.5 | 1,004 | 31.2 | 70 | 2.2 | 36 | 1.1 | 3,219 | 100 |

ระดับคุณภาพชีวิต และความสุข พบว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี รองลงมาคือระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความสอดคล้องกับภาพรวม ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่พยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (รูปที่ 2)

จากรูปที่ 3 พบว่า 2 ใน 3 ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรายงานว่าตนเองมีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับคุณภาพชีวิต และเมื่อพิจารณาระดับความสุขของพยาบาลจำแนกตามระดับสถานพยาบาลพบว่ามีความสอดคล้องกันในสถานพยาบาลทุกระดับคือ ร้อยละ 62-67.5 ของพยาบาลทุกระดับรายงานว่ามีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือรายงานว่ามีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปมากที่สุดคือร้อยละ 71.5 และ 70.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพชี้ชัดเจนว่าพยาบาลให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับความสุข และความสุขในการทำงานเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายโดยใช้แนวคิดความพึงพอใจในการพยาบาลได้ส่วนหนึ่งจากการตรวจสอบโมทัศน์ความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลในบริบทวัฒนธรรมเอเชียของ Sritanaprat และ Songwathana⁽³⁰⁾ พบว่าคุณลักษณะของความพึงพอใจที่พบในบทความวิจัย บทความวิชาการ และเอกสารต่าง ๆ ใน พ.ศ. 2543-2553 ซึ่งเผยแพร่ในฐานข้อมูลสากล มี 7 ประการคือ การสนับสนุนทางสังคม/ความสัมพันธ์ของบุคคลในที่ทำงาน ภาระงาน ผลตอบแทน การบริหารงาน สถานะทางวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ โดยภาระ

งาน การสนับสนุนทางสังคม/ความสัมพันธ์ของบุคคลในที่ทำงาน และผลตอบแทนเป็นคุณลักษณะที่มีอิทธิพลกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ข้ออภิปรายอีกส่วนหนึ่งคืออุดมการณ์ของการทำความดีตามแนวคิดของศาสนาพุทธ และอิสลามที่ถือว่าการช่วยเหลือคนให้พ้นทุกข์เป็นการทำความดีอันประเสริฐ ซึ่งพยาบาลที่ร่วมวิจัยในครั้งนี้กล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า “ได้ทำบุญทุกวันจากการให้การศึกษาพยาบาล” และอุดมการณ์นี้เองที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของพยาบาลให้เข้มแข็ง สามารถคงอยู่ในวิชาชีพนี้ได้ แม้ว่าส่วนใหญ่ไม่มีความสุขในการทำงาน ผลการวิจัยได้ข้อมูลชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปไม่ใช่คำตอบของความพึงพอใจในวิชาชีพ แต่ความสุขโดยเฉพาะความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือ WHOQOL-BRIEF พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับของคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตแพทย์หญิงไทย⁽³¹⁾ และ แพทย์ที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในระดับปานกลางและดี⁽³²⁾ เนื่องจากว่า พยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาตรี มีงานทำที่มั่นคงและร้อยละ 80 รายงานว่ามีรายได้พอเพียง ที่ทำงานมีสวัสดิการที่พอกหรือบางคนมีบ้านพักเป็นของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้หญิงที่ประเมินว่ามีรายได้ที่มั่นคงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³³⁾ อีกทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นการถามเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ การนอนหลับ ความพึงพอใจในรูปร่างหรือตนเอง ความสามารถในการทำงานและมีความมั่นคงปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม แต่ไม่ได้ประเมินความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับดีและปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษา คุณภาพชีวิตของพยาบาลที่ระบุเฉพาะว่าเป็นคุณภาพชีวิตในที่ทำงานพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง⁽³⁴⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นที่ทำงานในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่าน

พบว่ากลุ่มพยาบาลรายงานว่ามีความไม่พึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในที่ทำงานมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ⁽³⁵⁾ คุณภาพชีวิตในที่ทำงานมีผลต่อการคิดคงอยู่หรือลาออกจากวิชาชีพ⁽³⁶⁾

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้มีมากถึงจำนวน 2 ใน 3 รายงานว่ามีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาความสุขของประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มพบว่าพยาบาลที่ศึกษามีความสุขน้อยที่สุด เช่น รายงานจากการสำรวจคนไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2550 พบว่าร้อยละ 24.6 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนไทยทั่วไป⁽³⁷⁾ ผลการศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่ามีบุคลากรร้อยละ 11 รายงานว่ามีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป⁽³⁸⁾ ส่วนการศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกองทัพอากาศ พบว่าร้อยละ 34 รายงานว่ามีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป⁽³⁹⁾

การที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาเรื่องนี้รายงานว่ามีความคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและดี แต่มีความสุขในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะว่าคำถามคุณภาพชีวิตที่ประเมินในครั้งนี้เป็นคำถามเรื่องทั่วไปไม่ได้ถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในที่ทำงานและความรู้สึกภายในตนเอง แต่ข้อคำถามเกี่ยวกับความสุขเป็นการถามการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกในทางที่ดีหรือไม่ดี ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา เมตตา กรุณา เสียสละ นับถือตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของพยาบาลส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้หญิงทำงาน ทำรายได้ให้ครอบครัว และดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่าได้รับจากครอบครัว นอกจากนั้นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ความเป็นหญิงทับซ้อนและกดทับความเป็นวิชาชีพ อีกทั้งในสภาพการทำงานวิชาชีพการพยาบาลถูกให้คุณค่าน้อยกว่าวิชาชีพแพทย์ บรรยากาศการทำงานมีความเครียดและถูกเรียกร้องมาก⁽⁴⁰⁾ จึงทำให้พยาบาลมีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่พบว่าใน กลุ่มวิชาชีพ 6 วิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาล

มีความเครียดมากที่สุด ซึ่งความเครียดนี้มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในที่ทำงาน ความก้าวหน้าในการทำงานน้อย ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม ความเข้มงวดจากระบบราชการ เป็นวิชาชีพที่มีศักดิ์ศรีน้อย ได้รับค่าตอบแทนต่ำ⁽⁴¹⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี และปานกลาง แต่ 2 ใน 3 ของพยาบาลทั้งหมดรายงานว่ามีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปทั้งนี้เนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตไม่สอดคล้องกับชีวิตการทำงานของพยาบาล ข้อค้นพบของส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพสรุปว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดให้ข้อมูลตรงกันว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาล เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและใช้คำว่าคุณภาพชีวิตกับความสุขไปด้วยกันจนอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตกับความสุขในการทำงานเป็นเรื่องเดียวกัน ผลของการวิจัยชี้ว่าการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลนั้นต้องเพิ่มความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีข้อเสนอแนะว่าต้องดำเนินการทั้งในระดับโครงสร้างองค์กร และในระดับปฏิบัติการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ระดับโครงสร้าง

1.1 วิชาชีพการพยาบาลต้องมีตำแหน่งผู้บริหารอย่างเป็นทางการในองค์กรระดับประเทศ เช่น ควรมีพยาบาลผู้บริหารอย่างน้อยระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพ และบริหารบุคลากรทางการพยาบาลของประเทศ ให้การใช้บุคลากรเป็นไปตามบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพ และสามารถกำหนดค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม และเท่าเทียมกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ นอกจากนั้นยังเป็นการเปิดเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ

1.2 กำหนดเส้นทางการทำงานที่เห็นความก้าวหน้าชัดเจน เช่น พยาบาลปฏิบัติการเริ่มจากพยาบาลวิชาชีพใหม่ พยาบาลผู้จัดการผู้ช่วย พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ส่วนพยาบาลผู้บริหาร

เริ่มต่อยอดมาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เข้าสู่หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหน่วยการพยาบาลต่าง ๆ ขึ้นไปจนถึงระดับผู้บริหารสูงสุดขององค์กรทั้งนี้การกำหนดคุณสมบัติการมอบหมายงานและค่าตอบแทนต้องสอดคล้องกับตำแหน่งต่าง ๆ นั้นด้วย

1.3 ปรับเปลี่ยนโครงสร้างค่าตอบแทนพิเศษต่างๆสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การบริหารจัดการไม่ให้ความเหลื่อมล้ำ และให้อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ลดความปลีกย่อยและความแตกแยก

1.4 เพิ่มองค์กวิชาชีพที่สามารถทำหน้าที่สร้างเสริมสวัสดิการ ความเข้มแข็ง และสร้างอำนาจต่อรองให้กับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล เช่น สหภาพผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล

1.5 องค์กรพยาบาลทุกระดับต้องสร้างระบบเผยแพร่ภาพพจน์ของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ขับเคลื่อนงานสุขภาพของชุมชน และประเทศอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อกระแสหลักต่าง ๆ

2. ระดับปฏิบัติการ

2.1 ปรับแนวคิดผู้ประกอบวิชาชีพให้เป็นวิชาชีพอย่างแท้จริง ไม่ใช่จ่ายอมหรือคั่นชินกับการเป็นแม่บ้านขององค์กรที่เป็นทุกอย่างสำหรับทุกคน แต่ให้เน้นการเป็นพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและประชาชนในด้านการบำบัดความเจ็บป่วย สร้างสุขภาวะ ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ เช่นเดียวกับการเป็นแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเป็นหลัก หรือการเป็นเภสัชกรที่เน้นการจัดการเรื่องยาเป็นต้น

2.2 มีระบบการฝึกและดูแลพยาบาลวิชาชีพใหม่อย่างเป็นกัลยาณมิตร ลดละความคิดว่าพยาบาลจบใหม่ทุกคนต้องพร้อมปฏิบัติงานได้อย่างมืออาชีพ

2.3 ควรจัดสวัสดิการด้านความเป็นอยู่ที่มีความเหมาะสมให้กับพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในเรื่องของที่พัก ห้องพัก เหวที่เพียงพอไม่แออัด อาหารสำหรับผู้ปฏิบัติงานนอกเวลา ทั้งนี้ต้องเป็นการจัดอย่างเป็นธรรม และเท่าเทียม

กับวิชาชีพอื่น

2.4 สร้างระบบการดูแลความปลอดภัยที่มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งที่เป็นความปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล และความปลอดภัยจากความรุนแรงต่าง ๆ ในที่ทำงาน

2.5 ให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลจากการทำงาน และการดูแลพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

2.6 ควรมีทางเลือกในเรื่องเวลาขึ้นปฏิบัติงาน เช่น อาจปรับเปลี่ยนให้เป็นการขึ้นปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมง โดยให้มีเวลาปฏิบัติงาน 3 วันต่อสัปดาห์ หรือให้โอกาสพยาบาลได้มีทางเลือกขึ้นปฏิบัติงานในเวลาที่ต้องการแทนการเวียนให้ทุกคนต้องขึ้นปฏิบัติเป็นรอบเวรที่เหมือนกัน และพยาบาลที่เลือกอยู่เวรในช่วงเวลานอกเวลาราชการควรได้รับการตอบแทนที่เหมาะสมอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการวิจัย สภาการพยาบาลและศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนการประสานการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ร่วมในการวิจัยเรื่องนี้ที่ให้เวลาแบ่งปันประสบการณ์กับนักวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Boehem JK, Lyubomirsky S. Does happiness promote career success? *Journal of Career Assessment* 2008; 16:101-16.
2. Scott DE. Happiness at work. [Serial online] 2009 [cited 2010 Oct 10] Available from URL <http://www.centerforamericannurses.org>
3. Fredrickson BL. Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment* 2000;3:1-25.
4. Hill KS. The relationship between hospital unit culture and nurses quality of work life: practitioner application. *Journal of Health Care Management* 2002; 47(3):173-87.
5. Barron D, West E. Leaving nursing: an event-history

- analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services Research and Policy* 2005;10(3):150-57.
6. Nemcek MA. Registered nurses' self-nurturance and life career satisfaction. *AAOHN Journal* 2007;55(8): 305-10.
 7. Erickson R, Grove W. Why emotions matter: age, agitation, and burnout among registered nurses. *Journal of Issues in Nursing* 2007;13(1):11-20.
 8. Shields MA, Ward M. Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics* 2001;20:677-701.
 9. Janney MA, Horstmann PL, Bane D. Promoting registered nurse retention through shared decision making. *Journal of Nursing Administration* 2001;13(10): 483-8.
 10. Hsiao-Chen Tang J. Evidence-based protocol: nurse retention. *Journal of Gerontological Nursing* 2003; 29(3):5-14.
 11. Kuhar PA, Miller D, Spear BT, Ulreich SM, Mion LC. The meaningful retention strategy inventory. *Journal of Nursing Administration* 2004;34(1):10-8.
 12. Cline D, Reilly C, Moore JF. What's behind RN turnover? *Holistic Nursing Practice* 2004;18(1):45-8.
 13. Anthony M, Standing T, Glick J, Duffy M, Paschall F, Sauer MR, et al. Leadership and nurse retention. *Journal of Nursing Administration* 2005;35:146-55.
 14. Armstrong-Stassen M. Human resource management strategies and the retention of older RNs. *Nursing Leadership* 2005;18(1):50-66.
 15. Cohen D. The aging nursing workforce: how to retain experienced nurses. *Journal of Healthcare Management* 2006;51(4):233-45.
 16. Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC, et al. Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(14):1886-96.
 17. Cooley ME. Quality of life in a person with non small cell lung cancer: a concept analysis. *Cancer Nursing* 1998;21(3):151-61.
 18. ประยูรท์ ประชูดโต. ความสุขที่สมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: เท็คโปรโมชัน แอนแอนเดอร์โทซิ่ง; 2547.
 19. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality* 2003;18(2):151-8.
 20. Ergun FS, Oran NT, Bender CM. Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing* 2005; 28(3):193-9.
 21. Santos RM and Beresin R. Quality of life of nurses in the operating room. *Einstein* 2009;7(2):152-7.
 22. Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66:1565-72.
 23. World Health Organization Group. WHOQOL Measuring quality of life. WHO, Geneva, Switzerland. [Serial online] 2006 [cited 2009 June 12] Available from URL http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
 24. สุมาลี อรุณรัตน์ดิกล. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเองกับความสุขในชีวิตของพยาบาลทันตภิบาลในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคกลางของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2551;38(2):211-20.
 25. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, สุขุม เฉลยทรัพย์, ไพรวลัย รัมย์ชัย, ณัฐกร จำปาทอง. การสำรวจความสุขของคนไทย. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2551.
 26. Mitta, V, Rosen J, Leana, C. A dual-driver model of retention and turnover in the direct care workforce. *Gerontologist* 2009;49(5):623-34.
 27. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. ความหมายของคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
 28. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี. รายงานการวิจัยการศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2550.
 29. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, ประณีต ส่งวัฒนา, นันทพันธ์ ชินล้ำ-ประเสริฐ, วรณี เดียววิเศษ, วารุณี ฟองแก้ว, ศิริอร สิ้นธุ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. คุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล. ขอนแก่น: คัลนนานาวิทยา; 2555.
 30. Sritanapapat J, Songwathana P. Job satisfaction of nurses in Asian context: a concept analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2011; 15(1):57-73.
 31. Vutyavanich T, Sreshthaputra R, Thitadilok W, Sukcharoen N. Quality of life and risk factors that affect the quality of life of Thai female physicians. *J Med Assoc Thai* 2007;90(11): 2260-65.
 32. พัชรีย์ พุทธชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2550; 1(25):29-37.
 33. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality* 2003;18(2):151-8.
 34. Boonrod W. Quality of working life: perceptions of professional nurses at Phramongkutklao hospital. *J Med Assoc Thai* 2009;92 (suppl.1): S7-15.
 35. Saraj G, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iranian Journal of Public Health* 2009; 35(4): 8-14.
 36. McGillis H L, Kiesners D. A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada.

- Soc Sci Med 2005;61:2482-91.
37. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น: คลังนา-วิทยา; 2544.
 38. จุฬารัตน์ เต็งรัตนประเสริฐ, ปิยะมาศ หลินหะตระกูล, วิชญนันต์ เทียมสุวรรณ, สิริกานจน์ พานพิทักษ์, พิเชฐงามเจริญ. ความเครียดในงานและความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุดรราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2544.
 39. Rojviriya D, Samatha S, Aundara W, Rojkhajornaphala J. A study of mental health of Royal Thai Air Force (RTAF) personnel. Royal Thai Air Force Medical Gazette 2010;56(3):31-7.
 40. Tountas Y, Demakakos P, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L, Pavi E. The health related quality of life of the employees in Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. Health and Quality of Life Outcomes 2003. [Serial online] 2003 [cited 2011 June 5] Available from URL <http://www.hqlo.com/content/1/61>.
 41. Chan K, Lai G, Ko Y, Boey K. Work stress among six professional groups: the Singapore experience. Soc Sci Med 2000;50:1415-32.

Abstract Why Are Thai Nurses Having High Quality of Life but Low Happiness?

Siriporn Chirawatkul*, Praneed Songwathana†, Nanthaphan Chinlumprasert‡, Warunee Fongkhew§, Wannee Deoisres#, Sirion Sindhu¶, Somporn Rungreangkulkij*

*Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University,

†Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, ‡Faculty of Nursing, Assumption University,

§Faculty of Nursing, Chiang Mai University, #Faculty of Nursing, Burapha University, ¶Faculty of Nursing, Mahidol University

Journal of Health Science 2013; 22:3-15.

This study explored the meaning of quality of life, happiness and level of quality of life and happiness. A combined research of quantitative and qualitative methods was employed during May-October 2011. For the qualitative part, purposive sampling was used to gather key informants (registered nurses) working in Chiang Mai, Khon Kaen, Chon Buri, Bangkok, and Songkhla provinces to participate in the study. Data saturation was reached at 518 nurses. Focus group discussions and in-depth interviews were used for data collection. Content analysis and thematic analysis were employed. Data, investigator and theoretical triangulation were used to ensure rigor and credibility of the study. For the quantitative part (descriptive study), cluster sampling was used to recruit registered nurses all over Thailand. Two standard questionnaires WHO-BREF-THAI and Thai Happiness Indicators 15 or THI-15, were used for data collection. A total of 3,219 completed questionnaires returned for analysis (85% response rate). Demographic data was analyzed using descriptive statistics and 95% CI.

Findings from the qualitative part indicated that nurses who participated in this study perceived their quality of life to be related to their jobs. Quality of life and happiness were perceived in the same way. Happiness at work led to quality of life. Results of the survey show that the majority of nurses reported their quality of life were good and fairs. The happiness scores of 65 percent of nurses were lower than those of general population. Conflicts between quality of life and happiness scores were from questions of the questionnaires.

Findings of the study indicate that to minimize nurse shortage, there is a need to raise happiness and intentions to stay at both practice and organizational levels.

Key words: Thai professional nurse, happiness, quality of life, intention to stay