

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ทำการศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารเพื่อให้ครอบคลุมตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ดังนี้

#### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อ โดยองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตมีทั้งหมด 4 ด้าน

Power, Bullinger and WHOQOL Group (2002) ศึกษาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREFF - THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย เช่น การรับรู้ถึงความสมบูรณ์ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสุขสบาย ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทำงาน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ถึงสภาพทางจิตใจ เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวก ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ ความคิด ความจำ และความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ การมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ ความเศร้า ความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การได้เป็นผู้ให้ การช่วยเหลือสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมในสังคม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การไม่ถูกกักขัง มีชีวิตที่อิสระ มีความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษ มีการคมนาคมขนส่งที่สะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางด้านการเงิน ธนาคาร สถานบริการทางสุขภาพ และยังมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือการมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

## 2.2 ความรู้เกี่ยวกับการทำงานเป็นกะ

การทำงานเป็นกะนั้น คำว่า “กะ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2550 ให้ความหมายว่า ระยะเวลาที่ผลัดเปลี่ยนกันทำงาน ส่วนในทางแรงงานให้ความหมายว่า ช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้เพื่อให้พนักงานแต่ละชุดเข้าทำงาน สถานประกอบการหรือโรงงานที่ทำการผลิตตลอด 24 ชั่วโมง จะแบ่งเวลาทำงานออกเป็น 3 กะ ตามมาตรฐานการทำงานในระบบกะขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งได้แบ่งการทำงานเป็นกะ (shift work) ไว้ 3 ลักษณะ (วิจิตร ตันนทสุทธิ, 2524: 70) เพื่อให้สอดคล้องกับชั่วโมงการทำงาน คือช่วงระยะเวลา 8 ชั่วโมง โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 กะ ดังนี้

1. กะแรก (the first shift หรือ day shift) เป็นเวลาทำงานตอนเช้ากลางวัน เช่น เวลา 06.00-14.00น. หรือ 07.00-15.00น. และ 08.00-16.00น.
2. กะที่สอง (the second shift หรือ evening shift) เป็นเวลาทำงานในเวลาบ่าย เช่น เวลา 14.00-22.00น. หรือ 15.00-23.00น. และ 16.00-24.00น.
3. กะที่สาม (the third shift หรือ midnight shift) เป็นเวลาทำงานในเวลากลางคืน เช่น เวลา 22.00-06.00น. หรือ 23.00-07.00น. และ 24.00-08.00น.

การพักผ่อนของช่วงระยะเวลาการทำงานเป็นกะ ส่วนมากจะใช้เวลาพัก 30-60 นาที เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับประทานอาหารและผ่อนคลายความตึงเครียด หลังจากที่ได้ปฏิบัติงานมาแล้วครึ่งหนึ่งของระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงานทั้งหมด นอกจากนี้การพักครั้งนั้นยังทำให้เกิดแรงในการทำงานในช่วงต่อไป (กรมแรงงาน, 2525: 24) แต่ในบางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจใช้เวลาในการพักไม่ถึง 30 นาที เนื่องจากมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานเป็นกะในช่วงเวลากลางคืน พบว่ามีผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ การติดต่อสื่อสารหรือการเข้าสังคมที่ไม่แน่นอน จากการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานเป็นกะได้แก่ เรื่องการนอน พบว่าการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงานและการนอนที่ไม่เป็นเวลา ส่งผลทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ความเครียด และการเข้าสังคมลดลง ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล หน้าที่การงาน ตำแหน่งงาน ความรับผิดชอบ ครอบครัวยุติธรรม สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อผู้ปฏิบัติงาน คือ มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานลดลง (วิฑูรย์ ติมะ โชคดี และกฤษฎา ชัยกุล, 2537: 53)

### 2.3 การพยาบาล

มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ผู้วางรากฐานทางการพยาบาลคนแรกให้ความหมายของ “การพยาบาล” ไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้อยู่ในสถานะที่สามารถต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ “การพยาบาล” ว่าเป็นการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยยึดหลักความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยมีได้คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะและลัทธิการเมือง ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล

สำหรับประเทศไทย ได้บัญญัตินิยามของ “การพยาบาล” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอนามัย รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และการทำตามคำสั่ง แผนการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

กล่าวโดยสรุป “การพยาบาล” คือ การให้ความช่วยเหลือ การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีการประยุกต์ใช้ตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาล มาร่วมประเมินภาวะสุขภาพในการช่วยเหลือบุคคล โดยไม่คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะและลัทธิการเมือง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีตามอัตภาพ (เรณู สอนเครือ, 2553: 12)

## 2.4 บทบาทหน้าที่และคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

จากนโยบายของสภาการพยาบาล ได้กำหนดขอบเขตการประกอบวิชาชีพพยาบาล ดังนี้ (สืบค้นจากเว็บไซต์ของสภาการพยาบาล; www.tmc.or.th)

ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดความหมาย การพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ดังนี้

“การพยาบาล หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคโดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล”

“การผดุงครรภ์ หมายความว่า การกระทำที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลและการช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์”

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพดังนี้ (กองการพยาบาล, 2531 อ้างถึงใน วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล วิชญา ยลพันธ์, 2552)

หน้าที่ความรับผิดชอบในด้านการบริหารงานภายในหอผู้ป่วย คือ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล รับนโยบายจากหัวหน้างานหอผู้ป่วย นำมาวางแผนงานบริหารทางการพยาบาลในความรับผิดชอบ มอบหมายงานให้แก่สมาชิกทีมตามความรู้ความสามารถของสมาชิก ควบคุมดูแลและตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลของสมาชิกทีม นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา ให้ความร่วมมือประสานงานด้านการรักษาพยาบาลกับทีมสุขภาพ ทั้งในและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน้าที่ความรับผิดชอบในด้านบริการการพยาบาล คือ เป็นผู้นำในกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ การรับและส่งเวร การประชุมปรึกษา ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน การเยี่ยมตรวจและประเมินอาการทางการพยาบาล การให้การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้อง

หน้าที่ความรับผิดชอบในด้านวิชาชีพการพยาบาล คือ ดำเนินการศึกษาปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็น

รายบุคคลและรายกลุ่ม จัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล รวมทั้งร่วมจัดประสบการณ์การศึกษาทางการพยาบาล ร่วมปรับปรุงระบบบริการพยาบาลของหน่วยงาน โดยนำความรู้ทางด้านการวิจัยมาใช้ สรุปรวบรวมทะเบียนงานต่าง ๆ

## 2.5 สุขภาวะทางจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ปี 1947 ได้ให้คำนิยามว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข ตระหนักรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตนเองได้ในภาวะกดดันในชีวิต ทำงานที่เกิดเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ (นันทวัช สติธิรักษ์, 2558: 4)

ลักษณะของผู้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (เรณู สอนเครือ, 2553: 3)

1. มีสภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง ควบคุมอารมณ์ได้
2. มีความตั้งใจ มุ่งมั่นและมีความกระตือรือร้นในการทำงาน สนใจที่จะเรียนรู้ ไม่รู้สึกย่อท้อหรือหมดหวังในชีวิต

3. มีความสดชื่น แจ่มใส มีอารมณ์ขัน ไม่เครียดหรือมีความวิตกกังวลใจ ทุกข์ใจ

4. มีความรู้สึกต่อผู้อื่นในแง่ดี มองโลกในแง่ดี

5. รู้จักตนเองและมีความเข้าใจผู้อื่น

6. มีความเป็นตัวของตัวเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล

7. สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี

8. กล้าเผชิญกับปัญหา และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

9. มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ถูกกาลเทศะ

10. สามารถแสดงความยินดีต่อผู้อื่นอย่างจริงใจ มีความปรารถนาเมื่อเห็นบุคคลอื่นมี

ความสุข

## 2.6 ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ของ Sigmund Freud อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดขึ้นจากแรงผลักดันจากจิตใต้สำนึก จากโครงสร้างของจิต 3 ประการได้แก่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555: 24-26)

1. Id คือส่วนที่เป็นสัญชาตญาณ เป็นแรงขับดั้งเดิมของคนเราแบ่งออกเป็นแรงขับทางเพศ (libidinal drive) และแรงขับทางความก้าวร้าว (aggressive drive)

2. Ego คือจิตที่เกี่ยวกับการปรับตัวและแก้ไขปัญหา เป็นส่วนที่อยู่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ ทำหน้าที่ควบคุม บริหาร จัดการต่อแรงขับต่าง ๆ ที่มามีปฏิสัมพันธ์กัน ทำหน้าที่ประนีประนอมระหว่างแรงขับจาก id กับระเบียบหรือข้อจำกัดจากสภาพเป็นจริงภายนอก และแรงต่อต้านจาก superego

3. Superego คือคุณธรรม ค่านิยมที่สังคมยอมรับ เป็นส่วนของจิตใจที่พัฒนาขึ้นมา ความรู้สึกผิดชอบชั่วดีมีหน้าที่คอยตัดสินความคิดการกระทำว่าถูกหรือผิด ซึ่งเรียนรู้มาจากคนในครอบครัวหรือคนสำคัญในวัยเด็ก

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ความผิดปกติทางด้านจิตใจเกิดจากการเรียนรู้และการฝึกฝน เมื่อมีพฤติกรรมขัดแย้งเกิดขึ้นก็จะนำประสบการณ์ที่เรียนรู้้นนำมาใช้แก้ปัญหาเมื่อไม่สามารถนำมาปรับใช้ได้ก็จะเกิดความขัดแย้งขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สำหรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราวไม่จัดว่าเป็นการเรียนรู้ จากการเรียนรู้ดังกล่าวสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเรียนรู้มีลักษณะค่อนข้างถาวร การเรียนรู้ไม่ใช่วุฒิภาวะ แต่ต้องเกิดจากความพร้อมด้านวุฒิภาวะ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต้องเกิดจากการฝึกฝน ประสบการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้ อาจเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดในเวลาต่อมา การเรียนรู้แบบเดียวกันอาจเกิดความเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (นันทวัช สิทธิรักษ์, 2558: 57)

ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic Theory) ตามแนวคิดของ Maslow ในปี ค.ศ.1954 เกี่ยวกับความต้องการ 5 ลำดับขั้นของบุคคล ได้แก่

1. ความต้องการเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด (physiological need) เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. ด้านความปลอดภัย มั่นคง (safety need) เช่น ความต้องการความมั่นคง ความต้องการความคุ้มครองจากอันตรายทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นต้น
3. ด้านความต้องการการยอมรับจากสังคม (sense of belonging) เช่น ความต้องการความรัก ความใส่ใจ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ เป็นต้น
4. ด้านการมีชื่อเสียง การยกย่อง (esteem need) เช่น ชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง อำนาจ การยกย่องสรรเสริญ เป็นต้น
5. ด้านการถึงสัจจะแห่งตนความสำเร็จ (self-actualization) เช่น ความเจริญรุ่งเรืองในลาภยศ สรรเสริญ เป็นต้น

โดยมนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปสูง แต่หากความต้องการแต่ละขั้นไม่ประสบผลสำเร็จก็จะทำให้เกิดอุปสรรค ทำให้เกิดความทุกข์ เกิดความไม่สบายใจซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิต

## 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพด้านบริหารและด้านปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.6 และ 65.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ ลักษณะงาน อายุ อายุการทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ ระยะเวลาการนอนหลับพักผ่อนและการออกกำลังกาย ทำให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  และยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพด้านบริหารมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชัยยง ขามรัตน์ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมการทำงานและความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต การทำงานบรรยากาศและพฤติกรรมการทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต

ฉันทนา แรงสิงห์ (2550) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 450 คน จากโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย 3 ชนิดคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ [The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)] และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ศึกษานี้มีคุณภาพการนอนหลับที่ระดับไม่ดี ร้อยละ 65.1 โดยปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพได้แก่ ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรคืน การรบกวนจากเสียง และปัญหาการนอนหลับ ในด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ร้อยละ 58.2 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 11.3 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป กล่าวโดยสรุป พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวร

ดึก ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง (ไม่มีวันหยุด) การจับหลับ การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อม

อมรรัตน์ อัจฉริยะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของหญิงทำงาน โดยใช้กรณีศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 262 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านบุคคล ครอบครัว การทำงาน และแบบสอบถามความเครียด พบว่าตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้หญิงทำงาน มีตัวแปรเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน การบริหารงานหน่วยงาน และประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งตัวแปรทั้งสี่นี้สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดของหญิงทำงานได้ร้อยละ 16.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01

Akerstedt (1987: 360-363) ศึกษาผลกระทบของการปฏิบัติงานเป็นกะต่อการนอนและสุขภาพ พบว่าการทำงานเป็นกะเป็นสาเหตุรบกวนการนอนและวงจรการหลับตื่น (circadian rhythm) และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น

Akerstedt (1998: 117-128) ศึกษาผลกระทบของการทำงานเป็นกะต่อการนอนและความตื่นตัว โดยการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเพิ่มเติมโดยอาศัยการติดตามวิถีชีวิตของพนักงานสื่อสารรายหนึ่ง พบว่าการทำงานเป็นกะส่งผลกระทบต่อทั้งวงจรการหลับตื่นและความตื่นตัว ทำให้เกิดภาวะนอนไม่หลับและความเหนื่อยล้าในการทำงาน การเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน และกำลังการผลิตที่ลดลง อันส่งผลไปถึงภาวะทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ภูมิภาค และมหภาคอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นกะกับภาวะการนอนไม่หลับเรื้อรังนั้นยังไม่ชัดเจน

Boivin และ Boudreau (2014: 292-301) ศึกษาผลกระทบของการทำงานเป็นกะต่อการนอนและวงจรการหลับตื่น โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีชาวอเมริกันและยุโรปที่ทำงานเป็นกะคิดเป็นร้อยละ 15-30 และมีร้อยละ 19 ของชาวยุโรปที่ต้องทำงานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงระหว่างเวลา 22.00-05.00 น. โดยสามารถพบความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นกะได้ร้อยละ 2-5 เช่น ความง่วงที่มากกว่าปกติในช่วงกลางวัน หรือการหลับตื่นที่ผิดปกติไปเป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้การทำงานเป็นกะยังส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น ภาวะทุพพลภาพ ความปลอดภัยต่อสาธารณะ โดยเฉพาะช่วงกลางคืน

Caruso (2014: 16-25) ศึกษาผลกระทบด้านลบของการทำงานเป็นกะและการทำงานเป็นเวลานานหลายชั่วโมง พบว่าการทำงานเป็นกะและการทำงานเป็นเวลานานทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ รวมไปถึงโรคเรื้อรังต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ต้องทำงานเป็นกะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรในระหว่างการเดินทางไปหรือกลับจากโรงพยาบาลอีกด้วย

Chiba (2012: 1177-1182) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของการนอน การทำงานเป็นกะ และโรคที่สัมพันธ์กับลักษณะการใช้ชีวิตในสังคมญี่ปุ่น พบว่ามีชาวญี่ปุ่นประมาณร้อยละ 27 ที่ต้องทำงานเป็นกะ และสามารถพบภาวะความผิดปกติของการนอนและโรคเรื้อรังในกลุ่มบุคคลดังกล่าวได้

Culpepper (2010: S3-S11) ศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการทำงานเป็นกะ พบว่า ความผิดปกติอันเกิดจากการทำงานเป็นกะ (shift-work disorders: SWD) มีแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การวินิจฉัยและให้การรักษาแต่เนิ่น ๆ อาจสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้

Flo และคณะ (2015: 238-245) ศึกษาปัญหาการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพในราชอาณาจักรนอร์เวย์จำนวน 1,586 ราย โดยใช้การตอบแบบสอบถาม พบว่าภาวะการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาการเข้ากะ โดยผู้ที่เข้ากะกลางคืนมีความผิดปกติของการนอนมากกว่าผู้ที่เข้ากะเช้าหรือบ่าย ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นในวันที่ไม่ได้ขึ้นเวรด้วย

Folkard Lombardi และ Tucker (2005: 20-23) ศึกษาเรื่องการทำงานเป็นกะต่อความปลอดภัยในการทำงานและการนอนหลับ พบว่าระยะเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับภาวณอนไม่หลับและความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ การกำหนดระยะเวลาการทำงานและระยะเวลาพักที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวลงได้

Hwang และคณะ (1991: 129-149) ศึกษาผลกระทบของการทำงานเป็นกะของพยาบาลวิชาชีพต่อวงจรการหลับตื่น โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลวิชาชีพ 20 ราย กับนักศึกษาพยาบาล 12 รายในสาธารณรัฐเกาหลี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 30 เมษายน ถึง 10 มิถุนายน พ.ศ. 2533 พบว่าผู้ร่วมการศึกษาสามารถปรับตัวให้เข้ากับการทำงานเป็นกะได้ในช่วง 6-9 วันหลังเริ่มงาน และพบความแตกต่างในความผิดปกติของการนอนหลับและเวลาตื่นระหว่างกะที่ปฏิบัติงาน

Kim และคณะ (2013: 431-437) ศึกษาผลกระทบของการทำงานเป็นกะกับภาวะลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome: IBS) และโรคกระเพาะ (functional dyspepsia) โดยทำการสำรวจในพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 207 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล Mokdong แห่งมหาวิทยาลัยสตรี Ewha สาธารณรัฐเกาหลี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 และ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 พบว่าร้อยละ 71 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีการปฏิบัติงานเป็นกะ และมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะลำไส้แปรปรวนมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานเฉพาะกะเช้า (ร้อยละ 32.7 และ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ  $p=0.026$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดโรคกระเพาะระหว่างทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 19.7 และร้อยละ 20 ตามลำดับ,  $p=0.964$ )

Lin และคณะ (2015) ศึกษาถึงการทำงานเป็นกะต่อภาวะเครียดในพยาบาลวิชาชีพ ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 654 ราย พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นกะมีความเสี่ยงที่จะมีภาระงานเกินความสามารถ (over commitment risk) สูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเช้า (OR 2.16; 95% CI 1.03-4.66) และการได้พักผ่อนเป็นเวลา 2 วันสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวลงได้ (OR 0.52; 95% CI 0.32-0.82) นอกจากนี้ การปฏิบัติงานเป็นกะต่อเนื่องกันอย่างน้อย 7 วันจะเพิ่มความเสี่ยงดังกล่าว (OR 2.75; 95% CI 1.69-4.48)

Lin และคณะ (2014: 604-612) ศึกษาผลกระทบของการปฏิบัติงานเป็นกะของพยาบาลวิชาชีพต่อความเครียดจากการปฏิบัติงาน คุณภาพการนอน และสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยทำการสำรวจจากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 266 ราย จากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในเขต Chiayi สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2553 พบว่าการทำงานเป็นกะก่อให้เกิดความเครียดในงานระดับปานกลาง คุณภาพการนอนลดลง และสภาวะสุขภาพของตนในระดับปานกลาง

Mendes และ Martino (2012: 1471-1476) ศึกษาการทำงานเป็นกะต่อสภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 136 ราย ในโรงพยาบาล Hospital da Irmandade da Santa Casa ในเมือง Pocos de Caldas เขต Minas Gerais สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 8.1 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 80.9 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานเป็นกะร้อยละ 11 พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีอาการท้องอืดและปวดมวนท้องระหว่างปฏิบัติงานกะดึกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Niu และคณะ (2012: 273-279) ศึกษาคุณภาพการนอนของพยาบาลวิชาชีพสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่ปฏิบัติงานเฉพาะกะเช้าเทียบกับกะดึกจำนวน 63 ราย ทำการศึกษา

แบบ single-centred randomized controlled trial สุ่มเลือกประชากรตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม (ปฏิบัติงานเฉพาะกะเช้า) จำนวน 33 ราย และกลุ่มทดลอง (ปฏิบัติงานเฉพาะกะดึก) จำนวน 30 ราย ในศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่งทางภาคเหนือของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยใช้เครื่องมือวัดและบันทึกคุณภาพการนอน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในกะดึกมีจำนวนเวลานอนรวม (total sleep time: TST) และความพอเพียงในการนอน หลับ (sleep efficiency: SE) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Oyane และคณะ (2013: e70228) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานช่วงกะดึก กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะนอนไม่หลับ และความอ่อนล้าในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพใน ราชอาณาจักรนอร์เวย์จำนวน 2,059 ราย โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ต้อง ปฏิบัติงานช่วงกะดึกมีปัญหาด้านการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานเฉพาะกะเช้า แต่ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานช่วงกะดึกกับภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า

Palhares, Corrente, และ Matsubara (2014: 594-601) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและ คุณภาพชีวิตในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเป็นกะใน โรงพยาบาล Botucatu General Hospital ใน สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2553 พบว่าการปฏิบัติงานช่วงกะ ดึกมีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญ [odds ratio (OR) 1.91; 95% CI 1.04-3.50; p=0.036] เพศหญิงมีแนวโน้มถูกรบกวนการนอนมากกว่าเพศชาย (OR 3.40; 95% CI 1.37-8.40; p =0.008) คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กัน ( $R = -0.56$ ;  $p < 0.001$ )

Peplonska, Bukowska, และ Sobala (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็น กะต่อภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) และดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ในพยาบาล วิชาชีพและการผดุงครรภ์จำนวน 724 ราย อายุเฉลี่ยตั้งแต่ 40-60 ปี ทำการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่าง พ.ศ. 2551-2554 ในเมือง Lod สาธารณรัฐโปแลนด์ โดยมีผู้ที่ปฏิบัติงานใน กะกลางคืน 354 รายและปฏิบัติงานเฉพาะกะเช้า 370 ราย พบว่าการปฏิบัติงานในกะกลางคืนมี ความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (waist circumference: WC) และเส้นรอบสะโพก (hip circumference: HC) อย่างมีนัยสำคัญ โดยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 0.477 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ต่อการปฏิบัติงานช่วงกลางคืน 1,000 ครั้ง และเพิ่มขึ้น 0.432 กิโลกรัมต่อตารางเมตรต่อการ ปฏิบัติงานช่วงกลางคืน 10,000 ชั่วโมง และในผู้ที่ปฏิบัติงานกะกลางคืนตั้งแต่ 8 ขึ้นไปต่อเดือน จะ มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง (ดัชนีมวลกาย  $\geq 30$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) สูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงาน เฉพาะช่วงเช้า (OR 3.9; 95% CI 1.5-9.9)

Schaefer, Williams, และ Zee (2012: 489-496) ศึกษาถึงการนอนและวงจรการหลับตื่นในผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การทำงานเป็นกะทำให้วงจรการหลับตื่นเกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดความอ่อนล้า และทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้ คณะผู้ทำการศึกษายังได้เสนอแนะวิธีการปรับวงจรการหลับตื่น (circadian adaptation) โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การปรับปรุงสัญลักษณ์การนอนหลับก่อนการขึ้นปฏิบัติงาน หรือการใช้คาเฟอีนในช่วงที่เริ่มปฏิบัติงาน การปรับแสงสว่างในพื้นที่ปฏิบัติงาน และการพักผ่อนในระหว่างการปฏิบัติงานช่วงกะดึก

Schwartz และ Roth (2006: 2357-2370) ศึกษาความผิดปกติของการนอนหลับอันเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะ (shift work sleep disorder: SWSD) โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีประชากรชาวอเมริกามากกว่า 6 ล้านคนที่ต้องทำงานเป็นกะ และผู้ที่มีความผิดปกติของการนอนหลับอันเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมไปถึงโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหารและโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุระหว่างทำงานเพิ่มขึ้น การใช้ยาบางชนิด เช่น modafinil หรือ armodafinil อาจช่วยให้มีความตื่นตัวมากขึ้นได้

Waage และคณะ (2014: 1449-1455) ศึกษาผลกระทบการทำงานเป็นกะต่อการนอนหลับในพยาบาลวิชาชีพในราชอาณาจักรนอร์เวย์จำนวน 1,533 ราย ศึกษาแบบไปข้างหน้า (longitudinal study) ติดตามเป็นเวลา 2 ปี พบว่าความผิดปกติอันเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะ (shift work disorder: SWD) มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และมีปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติอันเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะ ได้แก่ จำนวนคืนทำงานกะดึกในปีสุดท้าย (OR 1.01, 95% CI 1.01-1.02) ความผิดปกติอันเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะ (OR 5.19, 95% CI 3.74-7.20) คุณภาพในการนอนจาก Epworth Sleepiness Score (OR 1.08, 95% CI 1.04-1.13) การใช้เมลาโทนิน (OR 4.20, 95% CI 1.33-13.33) การใช้แสงสว่างในพื้นที่ปฏิบัติงาน (OR 3.10, 95% CI 1.14-8.39) และภาวะซึมเศร้า (OR 1.07, 95% CI 1.00-1.14)