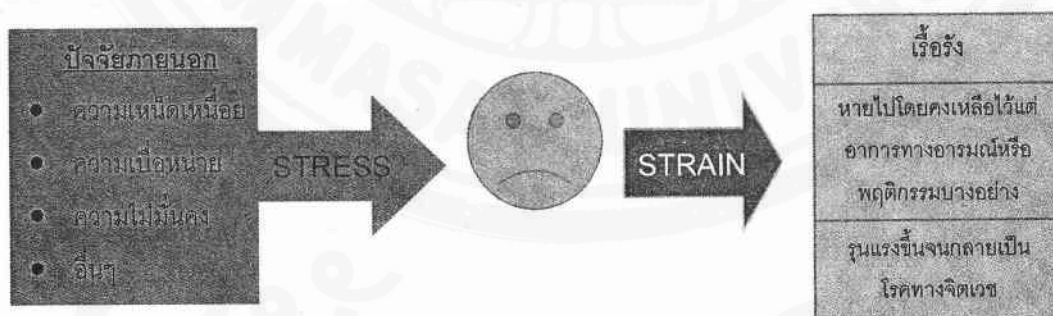


บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเครียด (stress) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในสังคมปัจจุบันโดยความเครียดอาจคงอยู่เป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม เรียกว่า burnout หรืออาจมีระดับสูงและรุนแรงขึ้นจนนำไปสู่โรคทางจิตเวช (mental disorders) ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามความเครียดไม่ใช่ปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลในทางลบเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ความเครียดในปริมาณที่พอเหมาะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น (excitement), ท้าทาย (challenging), และพัฒนาตนเอง (personal growth) ได้เช่นกัน (McKenna 2006) ดังนั้นความเครียดจึงไม่ใช่การวินิจฉัยทางจิตเวชตามระบบการวินิจฉัย DSM-IV classification (APA 1994) หรือการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 (WHO 1992) ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นภาวะหนึ่งของจิตใจซึ่งอธิบายได้จากหลายทฤษฎี

จาก คำนิยามในทางฟิสิกส์ ความเครียดเกิดจากแรงกระทำจากสิ่งแวดล้อมภายนอกต่อวัตถุและทำให้วัตถุนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่เสถียร ความเครียดตามนิยามนี้ใช้คำว่า strain ซึ่งพบได้ในการศึกษาเรื่องความเครียดในมุมมองของสุขภาพจิตเช่นกัน ต่อมาการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดได้ขยายความนิยามในหมู่นักวิจัยด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จึงเกิด คำนิยามในทางสุขภาพจิต ของความเครียดว่า stress หมายถึง แรงที่ปัจจัยภายนอกที่กระทบต่อบุคคลและก่อให้เกิดปัญหาต่ออารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นขึ้น โดยปัจจัยภายนอกอาจเป็นความเหน็ดเหนื่อย, ความเบื่อหน่าย, ความไม่มั่นคง ฯลฯ ซึ่งมักเป็นปัจจัยในทางลบ เมื่อบุคคลนั้นได้รับความเครียด (stress) จากปัจจัยภายนอกแล้วก็จะเกิดปฏิกิริยาต่อความเครียด (strain) ขึ้นและส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง, รุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคทางจิตเวช, หรืออาจหายไปโดยคงเหลือไว้แต่อาการทางอารมณ์หรือพฤติกรรมบางอย่าง (ภาพที่ 1) ดังนั้นในการศึกษาเรื่องความเครียดจึงอาจพบทั้งคำว่า stress และ strain แต่มักใช้แทนกันได้ในกรณีศึกษาสาเหตุหรือผลที่เกิดจากความเครียด

ภาพที่ 1 นิยามความเครียด (stress and strain) (McKenna 2006)



Selye (1975) ได้นิยามศัพท์ที่กล่าวถึงความเครียดในรูปแบบที่ดี (healthy form of stress) เรียกว่า eustress โดยมักใช้ควบคู่กับ distress ซึ่งเป็นความเครียดในเชิงลบ แนวคิดของ eustress พบไม่บ่อยนักในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตระยะแรก แต่ในระยะหลังเชื่อว่าความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้พัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล (performance enhancer) ได้มากขึ้น การศึกษาวิจัยในยุคหลังโดยเฉพาะการศึกษาเรื่องความเครียดที่

เกิดจากการทำงานหรือการใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้อื่นในองค์กรขนาดใหญ่จึงให้ความสำคัญกับระดับความเครียดที่พอเหมาะและการบริหารจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับบุคลการในองค์กรนั้นมากกว่าการกำจัดความเครียดให้หมดสิ้นไป (Le Fevre 2003)

ความชุก (prevalence) ของความเครียดของประชากรทั่วไปอยู่ในระดับสูง โดยการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครโดยกิ่งดาว ศรีวรรณท์ และคณะ (2546) ในประชากรอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 900 คน พบว่าประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 มีความเครียดในระดับปานกลางจากการทดสอบด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) การศึกษาในปี 2513 โดยสนาม บินชัย เรื่องความเครียดของประชาชนวัยแรงงานในเขตสาธารณสุขที่ 8 จำนวน 900 คน พบว่าประชากรอายุระหว่าง 15-29 ปีมีความเครียดร้อยละ 65.4 ในทุกระดับความเครียด

มีการศึกษาความชุกของนักศึกษาที่มีความเครียดด้วยเช่นกัน การศึกษาในประเทศไทยโดยรัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ ศึกษาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2538 และพบว่านักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำ (ร้อยละ 83.87) และมีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 16.13 ส่วนความเครียดในนักศึกษาแพทย์ วันเพ็ญ รุทธิศักดิ์วัฒนการได้สำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปีการศึกษา 2539-40 จำนวน 341 คน พบว่านิสิตร้อยละ 24.63 มีความเครียดรุนแรงจนเป็นปัญหาสุขภาพจิต โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษาอยู่โดยชั้นปีที่ 2 เป็นชั้นปีที่มีจำนวนผู้มีความเครียดสูงสุด, ปัญหาทางการเงิน, ปัญหาด้านที่พัก, การมีกิจกรรมนอกหลักสูตร, ความสัมพันธ์กับบิดามารดา, ความสัมพันธ์กับอาจารย์, และความสัมพันธ์กับเพื่อน ต่อมาในปี 2542 มีการศึกษาโดยเกียรติยศ งามทิพย์วัฒนาและคณะได้ศึกษาเรื่องความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พบว่านักศึกษาที่มีความเครียดเล็กน้อยพบร้อยละ 10.63 และความเครียดมากพบร้อยละ 7.25 ในคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีมีการศึกษาความเครียดในนักศึกษาแพทย์เช่นกัน (Saipanish 2003) โดยทำการศึกษาแบบ cross sectional ด้วยแบบทดสอบ Thai Stress Test ในนักศึกษาแพทย์ทุกชั้นปี พบว่าร้อยละ 61.4 มีความเครียดเล็กน้อย, ร้อยละ 2.4 มีความเครียดในระดับสูง โดยความชุก (prevalence) สูงที่สุดในชั้นปีที่ 3 ปัญหาหลักที่นำมาซึ่งความเครียดคือปัญหาการเรียนโดยเฉพาะการสอบ

การศึกษาความชุกของความเครียดในนักศึกษาแพทย์ต่างประเทศพบได้เช่นกัน โดย Sansone ในปี 2007 มีการศึกษาความเครียดในแพทย์และนักศึกษาแพทย์ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของนักศึกษาแพทย์มีอาการของความเครียดเรื้อรัง (burnout) ในปี 1998 ที่ Mumbai (Supe 1998) พบว่านักศึกษาแพทย์ปีที่ 1-3 ที่มีความเครียดมีมากถึงร้อยละ 95 ที่ University of Zimbabwe (Vaz 1998) พบว่านักศึกษาแพทย์ปีที่ 1 ร้อยละ 11 มีความเครียดในระดับสูง ความเครียดในนักศึกษาแพทย์มักจะเป็นเรื้อรังและต่อเนื่อง (chronic and persistent) มากกว่าเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) (Rosal 1997)

ผู้ที่มีความเครียดอาจพบอาการทางจิตเวชร่วมด้วยได้ มีผลการศึกษายืนยันว่าอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดระดับสูงและการขาดการให้กำลังใจจากคนรอบข้าง (social support) (Stecker 2004) การศึกษาที่ตุรกีในปี 2003 (Akvardar 2003) พบว่านักศึกษาแพทย์ปี 1 และปี 6 ร้อยละ 36.8 มีอาการซึมเศร้า และ

ที่ Pennsylvania (Givens 2002) พบว่าร้อยละ 24 ของนักศึกษาแพทย์ปี 1 และ 2 มีอาการซึมเศร้าเช่นกัน ในด้านการทำงาน ความเครียดระดับสูงหรือต่ำมากเกินไปส่งผลให้ความสามารถในการทำงาน (work performance) ลดลง (Yerkes 1908, Chen 2007) อย่างไรก็ตาม ความเครียดในระดับที่เหมาะสมทำให้ความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้น (Yerkes 1908) และช่วยพัฒนาประสิทธิภาพ (effectiveness) ในการทำงานเป็นทีมด้วยเช่นกัน (Drach-Zahavy 2007)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกังวลในชีวิตการเรียนแพทยศาสตร์

ความเครียดจากการเรียนวิชาแพทยศาสตร์จึงอาจเกิดได้จากหลายปัจจัยเนื่องจากการเรียนแพทย์ประกอบไปด้วยการเรียนภาคทฤษฎีที่มีปริมาณเนื้อหาวิชามาก และการเรียนภาคปฏิบัติซึ่งต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมกับบุคคลอื่น ทั้งเพื่อนร่วมชั้น แพทย์รุ่นพี่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการแก้ปัญหาความเครียดในนักศึกษาแพทย์จึงจำเป็นต้องลำดับความสำคัญว่าปัจจัยใดทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่เกิดความเครียดในระดับที่อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในนักศึกษาแพทย์อาจแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียน (academic factors) เช่น การสอบและผลคะแนน (examination and grades) (Foster-Williams 1996) , การจดเลคเชอร์หรือการหาหนังสือประกอบการเรียน (methods to be learned) (Moffat 2004) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยข้างต้นถือเป็นปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาแพทย์เกิดความเครียดมากที่สุด นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนจากช่วงเรียนวิทยาศาสตร์พื้นฐานไปสู่การเรียนระดับปริคณิสิกซึ่งก็สัมพันธ์กับการเกิดความเครียดและอารมณ์เศร้า (Helmets 1997) , และการเรียนเป็นกลุ่มย่อยขนาดเล็กในชั้นคลินิก (Guthrie 1998)
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพของนักศึกษาแพทย์เอง เช่น การมีบุคลิกภาพแบบชอบความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) (Enns 2001) ที่ปรับตัวได้ไม่ดี (maladaptive) จนกระทั่งกังวลกับทุกสิ่งทุกอย่างมากเกินไป (excessive evaluative concern), การใช้วิธีแก้ไขปัญหาลบเลี่ยง (avoidant coping strategies) (Stewart 1997) , การมีบุคลิกภาพสนใจเพียงตัวเอง (introversion) (Liu 1997) พบว่าเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเครียดในการเรียนแพทยศาสตร์ได้
3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ปัญหาความขัดแย้งกับคนในครอบครัว (Omokhodion 2003), ความขัดแย้งกับเพื่อน, ความขัดแย้งกับแฟนหรือคู่ครอง (Katz 2000) โดยนักศึกษานหญิงเกิดความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน, คนรัก, และผู้ปกครองมากกว่านักศึกษาชาย (Darling 2007)
4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านการเงิน (Omokhodion 2003) แต่จากการศึกษาของ Ross (2006) พบว่าปัญหาหนี้สินไม่มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการเรียน (performance) ของนักศึกษาแพทย์ โดยจำนวนเงินไม่ใช่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ แต่ความกังวลของตัวนักศึกษาแพทย์เองที่มีต่อหนี้สินสัมพันธ์กับ performance มากกว่า Moffat (2004) ศึกษาความเครียดในนักศึกษาแพทย์ปีที่ 1 (ซึ่งเทียบเท่ากับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ของไทย) พบว่าปัจจัยความเครียด (stressors) ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการเรียนวิชาแพทยศาสตร์ (medical training) มากกว่าปัญหาส่วนบุคคล (personal problems) นอกจากนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม เช่น บุคลิกของอาจารย์ผู้สอน, ความสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่มหรือกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดน้อย ส่วนผลการศึกษาของ

Newby-Fraser (1997) ในนักศึกษาแพทย์ปีที่ 1 พบว่าปัจจัยแวดล้อมดังกล่าวแม้จะสัมพันธ์กับอาการของความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการเรียน (academic performance)

บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาแพทย์

แม้ว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่บ่งชี้ว่านักศึกษาแพทย์มีปัญหาความเครียดซึ่งเกิดจากการเรียนวิชาแพทยศาสตร์แต่ในการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยกลับพบว่านักศึกษาเหล่านี้ใช้บริการไม่มากนัก นักศึกษาส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือขอคำปรึกษาจากคนใกล้ชิด เช่น เพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวก่อน และคิดว่าปัญหาของตนเองไม่รุนแรงมากจนต้องเข้ารับคำปรึกษากับศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย (Alipuria 2008) นอกจากนั้นนักศึกษาหลายคนแม้ต้องการเข้ารับคำปรึกษาแต่ไม่ทราบขั้นตอนว่าจะทำอย่างไรเมื่อเกิดความเครียดขึ้น มีการศึกษาในปี 1997 ของ University Cork (Gaughran 1997) พบว่าร้อยละ 52 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 มีความเครียดแล้วไม่ทราบขั้นตอนว่าจะสามารถหาความช่วยเหลือได้จากใคร ร้อยละ 30 รู้สึกว่าการปรึกษาอาจารย์จะเป็นการทำลายอนาคต (future career) นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อต้าน (resistance) ต่อการมารักษาภาวะเครียด เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นตราบาป (stigma) ว่าตนเองมีอาการป่วยทางจิต (Chew-Graham 2003) จึงพบว่านักศึกษาแพทย์ที่มีอาการซึมเศร้ามาใช้บริการหน่วยให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต (mental health counselling service) มีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น (Givens 2002) นักศึกษาแพทย์บางส่วนเลือกการแก้ปัญหา (coping) ในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การศึกษาที่ University of Oslo (Tyssen 1998) พบว่านักศึกษาแพทย์ร้อยละ 10.5 ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเครียด และพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาแพทย์จากปี 2 ไปสู่อายุ 5 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newbury-Birch 2001) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะเครียดและการลดปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดจึงมีความสำคัญมาก