

# ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อสำรวจความชุกและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**วิธีการศึกษา** ศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการอย่างน้อย 6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะงานและมุมมองต่อการทำงาน แบบประเมินภาวะหมดไฟ Maslach Burnout Inventory (MBI) แบบประเมินสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ Resilience Quotient (RQ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอย Multiple logistic regression โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564

**ผลการศึกษา** บุคลากรที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 703 ราย (ร้อยละ 41.35) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ย 37 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12 ปี พบบุคลากรมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ 76 ราย (ร้อยละ 10.81) โดยมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 25.46 คะแนนด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 13.80 คะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ ร้อยละ 91.47 มุมมองต่อการทำงานส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 มองว่าสามารถจัดการงานได้ มีสัมพันธภาพที่ดี และมีที่ปรึกษา สำหรับด้านอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทนและทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนยังไม่เพียงพอ กว่าร้อยละ 60 ภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียดที่อยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงที่สุด ร้อยละ 3.42, 5.83 และ 3.13 ตามลำดับ ระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 16.50 หลังจากวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย Multiple logistic regression พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุต่ำกว่า 30 ปี (OR, 3.14 ; 95% CI, 1.33-7.41 ; P = 0.009) ปฏิบัติงานด้านหน้า (OR, 3.01 ; 95% CI, 1.02-8.84 ; P = 0.045) มีความเครียดสูง (OR, 4.60 ; 95% CI, 1.39-15.26 ; P = 0.013) และมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (OR, 7.30 ; 95% CI, 2.74-19.39 ; P < 0.001)

**สรุป** ช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ คิดเป็นร้อยละ 10.81 โรงพยาบาลควรมีระบบดูแลสุขภาพจิตในบุคลากรและติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านอัตราค่าจ้าง ความปลอดภัยในการทำงาน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรด่านหน้าและกลุ่มบุคลากรอายุน้อย เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

**คำสำคัญ** ภาวะหมดไฟ บุคลากรโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Corresponding author: กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

โรงพยาบาลสมุทรปราการ 71 ถ.จักระพาก ต.ปากน้ำ อ.เมืองฯ จ.สมุทรปราการ 10270

Email: kitiyasmpk@gmail.com

วันรับ : 4 กันยายน 2564 วันแก้ไข : 12 พฤศจิกายน 2564 วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2564

# Burnout and Associated Factors Among Healthcare Workers in Samutprakarn Hospital During the COVID-19 Pandemic

Kitiya Runglirdsittikul

Samutprakarn Hospital

## ABSTRACT

**Objective:** To study the prevalence of burnout syndrome and associated factors among healthcare workers (HCWs) in Samutprakarn hospital during the COVID-19 pandemic

**Methods:** An online cross-sectional survey of HCWs from June 16 to July 20, 2021, was conducted at Samutprakarn hospital. The questionnaire consisted of demographic characteristics, types, and attitudes in areas of work, Maslach Burnout Inventory (MBI), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), and Resilience Quotient (RQ). Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were applied to calculate a relationship of associated factors.

**Results:** A group of 703 HCWs (41.35 %) completed self-administered questionnaires online through Google Forms. The samples were 87.06% females with an average age of 37 years old, and years of work experience average of 12 years. This study found that 10.81% of HCWs (n=76) were at high risk of burnout. A high score on emotional exhaustion was 25.46 %. A high score on depersonalization was 13.80 %. A low personal accomplishment score of 91.47 %. Perspective on the work of HCWs, about 90 % thought it was manageable, had a good relationship, and had a consultant. The human resource and sponsored resources were inadequate, about 60%. The results of severe to extremely severe level of depression, anxiety, and stress were 3.42, 5.83, and 3.13 respectively. RQ in HCWs was below the threshold (16.50%). Associated factors of burnout including younger age (< 30 years old) (OR, 3.14; 95% CI, 1.33-7.41; P = 0.009), frontline worker positions (OR, 3.01; 95% CI, 1.02-8.84; P = 0.045), higher stress (OR, 4.60; 95% CI, 1.39-15.26; P = 0.013) and below the threshold of RQ (OR, 7.30; 95% CI, 2.74-19.39; P <0.001).

**Conclusion:** Burnout of HCWs accounted for 10.81% during the COVID-19 pandemic. The hospital should have a mental health care system in its personnel and monitor them regularly, including supporting resources both in terms of workforce planning, safety, reasonable compensation including social support, especially among frontline personnel and younger age to reduce the likelihood of burnout in personnel.

**Keywords:** burnout, health care workers, mental health, resilience quotient, COVID-19

Corresponding author: Kitiya Runglirdsittikul

Email: kitiyasmpk@gmail.com

Received 4 September 2021 Revised 12 November 2021 Accepted 24 December 2021

## บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม 2563 ที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ระบาดต่อเนื่องยาวนาน ผลกระทบจากการระบาดและมาตรการในการควบคุมโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยเป็นจำนวนมาก โดยจะเห็นได้จากปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข<sup>1</sup>

ภาวะหมดไฟเป็นปรากฏการณ์เฉพาะกับบริบทการทำงานเท่านั้น ไม่รวมถึงประสบการณ์ในด้านอื่นๆ ของชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จำแนกภาวะหมดไฟไว้ในกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการจ้างงานและการว่างงาน<sup>2</sup> โดยมีองค์ประกอบ 3 อย่าง ได้แก่ (1) อารมณ์อ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น (2) การลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติในแง่ร้ายต่อผู้อื่น รู้สึกว่าผู้อื่นตำหนิตนเองและทำงานอย่างไม่มีความสุข และ (3) ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Reduced Personal Accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองไร้ความสามารถ ประเมินตนเองในทางไม่ดี และไม่อาจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้<sup>3</sup> หากภาวะหมดไฟไม่ได้รับการจัดการอาจส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีอาการของภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับได้ อาจพบมีการใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับอารมณ์ และมีผลต่อการทำงานอาจทำให้ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลงนำไปสู่การลาออกในที่สุด<sup>4</sup>

ที่ผ่านมามีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟในมิติต่างๆ พบว่าความเหนื่อยล้าหมดแรงจากภาระงานที่มากเกินไป การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบและห่างเหินในที่ทำงานนำไปสู่ความรู้สึกล้มเหลวและมองว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอ ปัจจัยที่ไม่สมดุลเหล่านี้นำไปสู่การความคับข้องใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในที่สุด<sup>5</sup>

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัวบุคคลและเนื้องานที่ไม่สอดคล้องกัน ส่งผลต่อระดับของประสบการณ์เหนื่อยล้าหมดไฟมี 6 ด้าน ได้แก่ การมีปริมาณงานมาก (Work Overload) การไม่สามารถควบคุมการทำงานของตนเอง (Lack of Control) การขาดแคลนสิ่งตอบแทนจากการทำงาน (Insufficient reward) การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (Breakdown of

Community) การไม่ได้รับความยุติธรรมในการทำงาน (Absence of Fairness) และความขัดแย้งระหว่างคุณค่าส่วนบุคคลกับงาน (Value Conflict) เป็นต้น<sup>6</sup>

จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศ ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีระดับความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะหมดไฟในระดับสูงกว่าและมีแนวโน้มขอเข้ารับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตสูงกว่า 2 เท่า เมื่อเทียบกับบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรง<sup>7</sup> การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีระดับผลกระทบทางด้านจิตใจสูง นำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะหมดไฟ ซึ่งสาเหตุมักมาจากความรู้สึกสูญเสียการควบคุมและกังวลต่อภาวะสุขภาพ การแพร่ระบาดของเชื้อกังวลว่าจะพาเชื้อไปติดบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในการทำงาน และการแยกกันอยู่โดยลำพัง ส่วนความพึงพอใจในการทำงาน และความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยป้องกันต่อภาวะหมดไฟ<sup>8-10</sup> ซึ่งความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต (Resilience Quotient : RQ) ถือเป็นพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถที่จะช่วยป้องกันและดูแลมนุษย์ในยามที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตอย่างไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้ให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตที่จะเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่มีระดับ RQ สูงจะสามารถฟื้นฟูจิตใจตนเองภายหลังภาวะวิกฤตได้เร็วกว่าผู้ที่มี RQ ต่ำ<sup>11,12</sup>

ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปสู่แนวทางสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและป้องกันการสูญเสียบุคลากรจากการลาออกจากระบบ อันเนื่องมาจากภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อหาความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 1,700 ราย โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564

**ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา (Study population)**

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ บุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

### ข. การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา มีดังนี้ :

1. ทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
2. ไม่ได้อยู่ระหว่างลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อ
3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา มีดังนี้ :

1. อยู่ระหว่างลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อ

### ค. ขนาดตัวอย่าง (Sample size required)

ศึกษาในบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมดประมาณ 1,700 คน ตามเกณฑ์ การคัดเข้าร่วมการศึกษา โดยขนาดตัวอย่างที่เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane ดังนี้

$$n = \left\{ \frac{N}{1+Ne^2} \right\}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ระดับความเชื่อมั่นกำหนด

ที่ 95 % สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

แทนค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \left\{ \frac{1700}{1+1700(0.05)^2} \right\}$$
$$= 323.81 \text{ คน}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 รายเป็นอย่างน้อย เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสารออนไลน์ (Google form) โดยประชาสัมพันธ์ผ่านตัวแทนหรือหัวหน้างานทุกหน่วยพร้อมทั้งที่แจ้งวัตถุประสงค์และตอบข้อซักถาม ซึ่งการตอบกลับข้อมูลถือเป็นการให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบไฟล์เอกสารการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยไปกับแบบสอบถามออนไลน์ด้วย การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว (หมายเลขรับรอง sq00764)

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 :** ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และข้อมูลลักษณะการทำงาน จำนวน 8 ข้อ

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่งงาน หน่วยงาน หน้าที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 หรือกลุ่มเสี่ยง PUI โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2 :** มุมมองต่อการทำงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านภาระงาน ความสามารถในการจัดการงาน ค่าตอบแทนสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความยุติธรรมภายในหน่วยงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีที่ปรึกษา และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานอย่างปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

**ส่วนที่ 3 :** แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยงานวิจัยและพัฒนาภาคนอกงานวิชาการ สุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น<sup>13</sup> ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยแบ่งผลการประเมินเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) 5 ข้อ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced Personal Accomplishment) 8 ข้อ โดยเกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน เรียงจาก ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 ) การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้า

ทางอารมณ์ระดับต่ำ คือ 0 - 16 คะแนน ปานกลาง 17 - 26 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การวัดความเป็นบุคคลระดับต่ำ คือ 0 - 6 คะแนน ปานกลาง 7 - 12 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ คือ ตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32 - 38 คะแนน และสูงคือ 0 - 31 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการวัดความเป็นบุคคลสูง แต่มีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการวัดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหมดไฟสูง การศึกษาครั้งนี้จึงจำแนกกลุ่มเพื่อนำมาคำนวณทางสถิติ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ยังคงต่อภาวะหมดไฟสูง (Burnout) และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Non-Burnout) โดยกลุ่มผู้ที่ยังคงต่อภาวะหมดไฟสูง คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟระดับปานกลางและต่ำ

**ส่วนที่ 4 :** แบบประเมินสุขภาพจิต (DASS-21)<sup>14</sup> ดัดแปลงโดย ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และ ฌักควรรต บัวทอง (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) ใช้ประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด มีข้อคำถาม 21 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 0.78 และความเครียด เท่ากับ 0.69 )

**ส่วนที่ 5 :** แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ RQ (Resilience Quotient) ที่พัฒนาโดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>15</sup> ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน 10 ข้อ ด้านการมีความหวังและกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรค 5 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749) โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน และทำการรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านมาเทียบตามเกณฑ์ของระดับความเข้มแข็งทางใจ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 23 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของบุคลากร มุมมองต่อการทำงาน รวมถึงระดับความเหนื่อยล้าหมดไฟในแต่ละด้าน ภาวะสุขภาพจิต และระดับความเข้มแข็งทางใจ และใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยภายในตัวบุคคล ด้านความเข้มแข็งทางใจ (RQ) กับภาวะหมดไฟในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยผลการทดสอบถือว่ามีความนัยทางสถิติเมื่อค่า P-value < 0.05 คำนวณค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI )

## ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีบุคลากรตอบแบบสอบถามกลับมากลับมา 720 ราย โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 703 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.35 ของบุคลากรโรงพยาบาล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ย 37 ปี ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเฉลี่ย 12 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.70 แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 3.27, 1.42, 1.28, 1.28, 2.13 และ 2.7 ตามลำดับ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 2.84 แสดงดังตารางที่ 1

มุมมองต่อการทำงาน ส่วนใหญ่มองว่ามีความสามารถในการควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และสามารถหาที่ปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 91.89, 96.16 และ 91.89 ตามลำดับ กว่าร้อยละ 60 ของบุคลากรที่มองว่าจำนวนบุคลากร ค่าตอบแทนและทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานยังมีไม่เพียงพอ แสดงดังตารางที่ 2

จากแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ภาวะความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ประมาณร้อยละ 70 - 80 ด้านภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย 2.94 คะแนน (SD 3.21) พบว่ามีระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 17 และ 7 ราย (ร้อยละ 2.42 และ 1.00 ตามลำดับ) ด้านภาวะวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ย 2.69 (SD 2.81) อยู่ในระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 21 และ 20 ราย (ร้อยละ 2.99 และ 2.84

**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และลักษณะการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	91	12.94
หญิง	612	87.06
<b>อายุ (ปี)</b>		
mean $\pm$ SD	37.87 $\pm$ 11.13	
median (min - max)	37 (19 - 65)	
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	18	2.56
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า ถึงระดับอนุปริญญา	252	35.85
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	378	53.77
ปริญญาโทขึ้นไป	55	7.82
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	367	52.20
สมรส	275	39.12
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	61	8.68
<b>ประสบการณ์ (ปี)</b>		
mean $\pm$ SD	12.19 $\pm$ 10.77	
median (min - max)	8 (0.5 - 47)	
<b>ตำแหน่งงาน (สาขาวิชาชีพ)</b>		
บุคลากรวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ	363	51.64
สายสนับสนุนวิชาชีพ	249	35.42
สายสนับสนุนงานบริหาร	91	12.94
<b>ประเภทบุคลากร</b>		
Frontline	299	42.53
Non-frontline	303	43.10
Non-Clinical staffs	101	14.37

ตามลำดับ) ด้านความเครียดมีคะแนนเฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD 3.61) อยู่ในระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 16 และ 6 ราย (ร้อยละ 2.28 และ 0.85 ตามลำดับ)

องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ

ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณร้อยละ 60 - 70 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 31.39, 17.18 และ 15.25 คะแนน ตามลำดับ (SD 4.94, 2.71 และ 2.83 ตามลำดับ) บุคลากรที่มีความทนต่อแรงกดดันต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 90 ราย (ร้อยละ 12.80) ด้านการมีความหวังและกำลังใจต่ำกว่า



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลมุมมองต่อการทำงาน

ประเด็น	ไม่ใช้	ใช้
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ในหน่วยงานของท่านมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเหมาะสมกับงาน	397 (56.47)	306 (43.53)
2. ในการทำงานท่านสามารถควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง	57 (8.11)	646 (91.89)
3. ท่านได้รับคำตอบแทนอย่างเหมาะสมในการทำงาน	408 (58.04)	295 (41.96)
4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน	27 (3.84)	676 (96.16)
5. ท่านคิดว่าในการทำงานท่านได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม เท่าเทียม	225 (32.01)	478 (67.99)
6. เมื่อประสบปัญหาในการทำงานท่านสามารถหาที่ปรึกษาเพื่อหาคำแนะนำได้	57 (8.11)	646 (91.89)
7. ทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานมีเพียงพอ (เช่น คน เงิน ของ)	439 (62.45)	264 (37.55)
8. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน	282 (40.11)	421 (59.89)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำแนกตามระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ		
			ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	17.87	13.56	378 (53.77)	146 (20.77)	179 (25.46)
การลดคุณค่าความเป็นบุคคล	6.00	5.82	465 (66.15)	141 (20.06)	97 (13.80)
ความสำเร็จส่วนบุคคล	13.84	11.26	643 (91.47)	32 (4.55)	28 (3.98)

เกณฑ์ปกติ 90 ราย (ร้อยละ 12.80) ด้านการต่อสู้และเอาชนะ อุปสรรคต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 109 ราย (ร้อยละ 15.50) และเมื่อรวมคะแนนทุกด้านแล้วส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 359 ราย (ร้อยละ 51.07) อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 228 ราย (ร้อยละ 32.43) และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 116 ราย (ร้อยละ 16.50)

จากตารางที่ 3 พบว่าบุคลากรมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.46 คะแนนด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 13.80 และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำถึงร้อยละ 91.47 กลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง (Burnout) พบว่ามีจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.81 และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Non-Burnout) มีจำนวน 627 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.19

เมื่อนำข้อมูลมุมมองในการทำงานของบุคลากรไปวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Univariable logistic regression analysis) พบว่า มุมมองต่อการทำงานในทุกหัวข้อสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4

สำหรับปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Univariable logistic regression analysis) พบว่าอายุ สถานภาพ ลักษณะงานด้านหน้า ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน (ความเครียด ความวิตกกังวล และความเครียด) รวมถึงระดับความเข้มแข็งทางใจ สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกันโดยนำไปวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติถดถอย Multivariable logistic regression analysis

**ตารางที่ 4** แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Univariable logistic regression analysis) ระหว่างมุมมองในการทำงานต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value
<b>มุมมองต่อการทำงาน</b>				
1. ในหน่วยงานของท่านมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเหมาะสมกับงาน				
ไม่ใช่	338 (85.14)	59 (14.86)	2.97 (1.69-5.21)	<0.001
ใช่	289 (94.44)	17 (5.56)	1	
2. ในการทำงานท่านสามารถควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง				
ไม่ใช่	43 (75.44)	14 (24.56)	3.07 (1.59-5.92)	0.001
ใช่	584 (90.40)	62 (9.60)	1	
3. ท่านได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมในการทำงาน				
ไม่ใช่	344 (84.31)	64 (15.69)	4.39 (2.32-8.29)	<0.001
ใช่	283 (95.93)	12 (4.07)	1	
4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน				
ไม่ใช่	20 (74.07)	7 (25.93)	3.08 (1.26-7.54)	0.014
ใช่	607 (89.79)	69 (10.21)	1	
5. ท่านคิดว่าในการทำงานท่านได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม เท่าเทียม				
ไม่ใช่	174 (77.33)	51 (22.67)	5.31 (3.19-8.84)	<0.001
ใช่	453 (94.77)	25 (5.23)	1	
6. เมื่อประสบปัญหาในการทำงานท่านสามารถหาที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำได้				
ไม่ใช่	42 (73.68)	15 (26.32)	3.43 (1.80-6.53)	<0.001
ใช่	585 (90.56)	61 (9.44)	1	
7. ทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานมีเพียงพอ (เช่น คน เงิน ของ)				
ไม่ใช่	376 (85.65)	63 (14.35)	3.24 (1.74-6.00)	<0.001
ใช่	251 (95.08)	13 (4.92)	1	
8. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน				
ไม่ใช่	229 (81.21)	53 (18.79)	4.01 (2.39-6.71)	<0.001
ใช่	398 (94.54)	23 (5.46)	1	

Univariable logistic regression analysis



ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Multivariable logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjust OR (95%CI)	P-value
<b>เพศ</b>						
ชาย	82 (90.11)	9 (9.89)	1		1	
หญิง	545 (89.05)	67 (10.95)	1.12 (0.54-2.33)	0.762	0.99 (0.44-2.25)	0.980
<b>อายุ (ปี)</b>						
ต่ำกว่า 30 ปี	174 (81.31)	40 (18.69)	5.50 (2.81-10.77)	<0.001	3.14 (1.33-7.41)	0.009
30 - 39 ปี	166 (87.37)	24 (12.63)	3.46 (1.69-7.10)	0.001	2.07 (0.92-4.66)	0.080
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	287 (95.99)	12 (4.01)	1		1	
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี*	248 (91.85)	22 (8.15)	1		1	
ปริญญาตรีขึ้นไป	379 (87.53)	54 (12.47)	1.61 (0.95-2.70)	0.075	1.13 (0.60-2.11)	0.703
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	314 (85.56)	53 (14.44)	2.30 (1.37-3.84)	0.002	1.00 (0.51-1.98)	0.999
สมรส**	313 (93.15)	23 (6.85)	1		1	
<b>ประเภทบุคลากร</b>						
Frontline	248 (82.94)	51 (17.06)	3.95 (1.53-10.19)	0.005	3.01 (1.02-8.84)	0.045
Non-frontline	283 (93.40)	20 (6.60)	1.36 (0.50-3.71)	0.552	0.85 (0.27-2.62)	0.774
Non-Clinical staffs	96 (95.05)	5 (4.95)	1		1	

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Multivariable logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (ต่อ)

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjust OR (95%CI)	P-value
<b>ภาวะสุขภาพจิต</b>						
<b>ระดับความเศร้า</b>						
ปกติ - ปานกลาง	617 (90.87)	62 (9.13)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	10 (41.67)	14 (58.33)	13.93 (5.94-32.68)	<0.001	1.75 (0.6-5.08)	0.306
<b>ระดับความวิตกกังวล</b>						
ปกติ - ปานกลาง	604 (91.24)	58 (8.76)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	23 (56.10)	18 (43.90)	8.15 (4.16-15.98)	<0.001	2.27 (0.87-5.89)	0.093
<b>ระดับความเครียด</b>						
ปกติ - ปานกลาง	618 (90.75)	63 (9.25)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	9 (40.91)	13 (59.09)	14.17 (5.83-34.45)	<0.001	4.60 (1.39-15.26)	0.013
<b>ความเข้มแข็งทางใจ</b>						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	85 (73.28)	31 (26.72)	13.49 (5.44-33.50)	<0.001	7.30 (2.74-19.39)	<0.001
เกณฑ์ปกติ	320 (89.14)	39 (10.86)	4.51 (1.88-10.83)	<0.001	3.59 (1.47-8.81)	0.005
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	222 (97.37)	6 (2.63)	1		1	

Multivariable logistic regression

หมายเหตุ: \*ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่าอนุปริญญา, \*\*สมรส และ หม้าย หย่าร้าง แยกทาง

พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้แก่ บุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี (OR, 3.14; 95% CI, 1.33-7.41; P = 0.009) บุคลากรด่านหน้า (OR, 3.01; 95% CI, 1.02-8.84; P = 0.045) ระดับความเครียดสูง (OR, 4.60; 95% CI, 1.39-15.26; P = 0.013) ระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (OR, 7.30; 95% CI, 2.74-19.39; P < 0.001) ระดับความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติ (OR, 3.59; 95% CI, 1.47-8.81; P = 0.005) ดังตารางที่ 5

## วิจารณ์

ตั้งแต่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การศึกษาผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีระดับผลกระทบทางจิตใจสูง นำไปสู่ความเครียดวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะหมดไฟ<sup>8-10</sup> จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยของกรมสุขภาพจิตพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟเช่นเดียวกัน<sup>16</sup> การศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการครั้งนี้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564 เป็นช่วงการระบาดระลอกที่ 3 ซึ่งมียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3,000 รายต่อวัน เป็น 13,000 รายต่อวัน ภายในระยะเวลา 1 เดือน (จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)) บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 37 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.77 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.20 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเฉลี่ยอยู่ที่ 12 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.70 และเมื่อแบ่งประเภทของบุคลากรตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า ร้อยละ 42.53

### ภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผลการศึกษาพบว่า มีบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหมดไฟสูงจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.81 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคลากรด่านหน้าของโรงพยาบาล ในขณะที่ภาพรวมของการประเมินภาวะหมดไฟในแต่ละด้านพบว่า คะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการลดความเป็นบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลมีค่า

เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมลและคณะที่ศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติพบว่า ภาพรวมภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การลดความเป็นบุคคลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ<sup>17</sup> ระยะเวลา นครินทร์ได้ศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พบภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ<sup>18</sup> ซึ่งภาพรวมมีสัดส่วนไม่ต่างจากผลการวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามไม่อาจนำผลของภาวะหมดไฟในแต่ละการศึกษาในอดีตมาเปรียบเทียบกับผลวิจัยนี้ได้โดยตรง เนื่องจากความแตกต่างในกลุ่มประชากรที่ศึกษาบริบทพื้นที่และช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลมีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่พบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างสูงประมาณร้อยละ 30 - 50<sup>8,10,19,20</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรด่านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สัดส่วนของบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟมีจำนวนน้อยกว่า (คิดเป็นร้อยละ 10.81) อาจเนื่องมาจากมีความรู้สึกรู้ว่ายังสามารถควบคุมและจัดการงานได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ซึ่งส่วนใหญ่ของบุคลากรมองว่ามีเพียงพอ รวมถึงมีมุมมองต่อสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน และมีความยุติธรรมเท่าเทียมภายในหน่วยงาน ถึงแม้มุมมองต่อจำนวนบุคลากร ค่าตอบแทน รวมถึงทรัพยากรสนับสนุนส่วนใหญ่จะยังมองว่าไม่เพียงพอก็ตาม เมื่ออธิบายด้วยแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการในงานและปัจจัยเอื้อในการทำงาน (The Job Demands-Resource model) ที่อธิบายว่าปัจจัยเอื้อในการทำงาน (job resources) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับผลสะท้อนกลับจากงาน การมีอิสระในการทำงาน และโอกาสความก้าวหน้าในงาน เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและมีน้ำหนักในการส่งผลทางบวกต่อความยืดหยุ่นผูกพันในการทำงาน ได้มากกว่า ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ปรับตัวของบุคลากรได้มากกว่า เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านความต้องการในงาน (job demands) ได้แก่ ภาระงานที่มากและระยะเวลาที่จำกัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความกดดัน การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ เกิดความขัดแย้งในการทำงาน<sup>21,22</sup> จึงอาจส่งผลให้บุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง

ต่อภาวะหมดไฟคิดเป็นส่วนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ถึงแม้จะขาดสิ่งสนับสนุนด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ) ดังนั้นการให้ความสำคัญในการส่งเสริมความผูกพันภายในองค์กร การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการดูแลคุณภาพด้านทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพบว่าทั้งด้านภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 3 - 5 ที่มีปัญหาอารมณ์ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก สำหรับระดับความเข้มแข็งทางใจของบุคลากรพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีเพียงส่วนน้อยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 16.50) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ระดับความเข้มแข็งทางใจส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ จึงอาจส่งผลให้สัดส่วนของบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟในโรงพยาบาลสมุทรปราการมีน้อยตามไปด้วย เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศ

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ

จากการศึกษาพบว่ามุมมองต่อการทำงานทุกด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้แก่ ด้านการมีบุคลากรที่เพียงพอ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ค่าตอบแทนความสามารถในการควบคุมและจัดการงาน สัมพันธภาพการมีที่ปรึกษา ความยุติธรรมเท่าเทียม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน จะเห็นได้ว่ามุมมองต่อการทำงานที่บุคลากรรู้สึกว่ามีไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสมต่อการทำงานล้วนสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟทั้งสิ้น โดยส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟได้ 3 - 5 เท่า ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนแนวคิดของ Maslach ที่ว่า ความสมดุลระหว่างบริบทการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันภาวะหมดไฟ<sup>6</sup> และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ภาระงานที่มากเกินไป อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ระยะเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน ค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับงาน บรรยากาศองค์กรที่เครียด มีความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ขาดที่ปรึกษา ความสามารถในการควบคุมจัดการงานต่ำ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในการทำงานสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ<sup>19, 23-25</sup>

เมื่อนำปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ สถานภาพโสด ปฏิบัติงานด้านหน้า ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน (ความเครียด วิตกกังวล ความเศร้า) รวมทั้งความเข้มแข็งทางใจ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกัน พบเหลือเพียง 4 ปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อายุต่ำกว่า 30 ปี ปฏิบัติงานด้านหน้า มีความเครียดสูง ระดับความเข้มแข็งทางใจที่เกณฑ์ปกติและต่ำกว่าเกณฑ์ โดยบุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ (OR, 3.14 ; 95% CI, 1.33-7.41 ; P = 0.009) สอดคล้องกับการศึกษาในช่วงที่ผ่านมาที่พบว่าบุคลากรอายุน้อยจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก<sup>19, 26-28</sup> อาจเป็นผลจากประสบการณ์การทำงานยังน้อย และมีการศึกษาที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะหมดไฟ<sup>24</sup> อาจอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุมากเคยผ่านประสบการณ์การทำงานมานาน ย่อมมีมุมมองของชีวิตมากกว่า มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น ซึ่งการสั่งสมประสบการณ์ต่างๆ จะนำไปสู่การมีความเข้มแข็งทางใจ<sup>29</sup> จึงมีแนวโน้มการเกิดความเหนื่อยล้าหมดไฟได้น้อยกว่า

สำหรับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้า พบแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟมากกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุคลากรสายสนับสนุนงานบริหาร (OR, 3.01 ; 95% CI, 1.02-8.84 ; P = 0.045) อาจอธิบายได้จากช่วงเวลาที่เกิดขึ้นข้อมูลศึกษานี้อยู่ในช่วงรอยต่อของการระบาดระลอกใหม่ที่ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านหน้าที่ต้องรับมือกับผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อสูงขึ้น บุคลากรทางการแพทย์หลายวิชาชีพต้องปรับบทบาทการทำงาน หอผู้ป่วยหลายแห่งจำเป็นต้องปรับพื้นที่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่สงสัยและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงนโยบายของโรงพยาบาลที่รองรับการตรวจหาเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้มาก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาและขยายงานดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลสนามแห่งต่างๆ ภายในจังหวัดสมุทรปราการ ส่งผลให้บุคลากรด้านหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมียอดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อสูงขึ้น ทั้งนี้การปรับตัวต่อการทำงานภายใต้ความจำกัดทั้งด้านอัตราค่าจ้าง

ทรัพยากรหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมากนัก จึงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าหมดไฟในกลุ่มบุคลากรด้านหน้าอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านหน้ากับภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งอธิบายได้จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นและชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานขึ้น ความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเพิ่มขึ้น การต้องตัดสินใจในสถานการณ์เฉพาะหน้า นำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางกาย และความกังวลต่อการนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว<sup>10,30,28</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มบุคลากรด้านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 เป็นหลัก มีผลกระทบทางสุขภาพจิตสูงกว่า ทั้งภาวะความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และนอนไม่หลับรวมถึงภาวะหมดไฟ<sup>7,9,27,28</sup> อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของภาวะหมดไฟระหว่างกลุ่มบุคลากรด้านหน้า และกลุ่มที่ไม่ใช่ด้านหน้า ซึ่งอธิบายว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนหนึ่งที่ไม่แสดงอาการในการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงติดเชื้อโดยผู้ป่วยอาจปกปิดประวัติ ทำให้บุคลากรมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อและเกิดความกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้เช่นกัน ดังนั้นทั้งกลุ่มบุคลากรด้านหน้าและกลุ่มที่ไม่ใช่ด้านหน้า จึงควรได้รับการสนับสนุนความปลอดภัยในการทำงาน อุปกรณ์ป้องกัน รวมถึงมีมาตรการป้องกันและดูแลช่วยเหลือหากมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในบุคลากรได้<sup>31</sup>

ในหลายการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลรวมถึงความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ทั้งในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล<sup>7,8,10,27</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีเพียงระดับความเครียดสูงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะหมดไฟ โดยความเครียดที่สูงในระดับรุนแรงถึงรุนแรงที่สุดมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเครียดปกติถึงปานกลางเป็น 4.6 เท่า (OR, 4.60 ; 95% CI, 1.39-15.26 ; P = 0.013) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรทางการแพทย์ มาจากความกังวลต่อความเสียหายสัมผัสเชื้อกังวลว่าอาจติดเชื้อและจะนำเชื้อไปติดคนที่บ้าน การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ชั่วโมงการนอนหลับที่ลดลง<sup>27,31-33</sup> รวมถึงการมีประสบการณ์ด้านลบต่อสถานการณ์โควิดก็เป็นความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ เช่น

สูญเสียคนไข้หรือเพื่อนร่วมงานจากโควิด การแยกจากครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การเปลี่ยนแปลงสถานที่ รวมถึงตราบาป (stigma) จากการทำงาน<sup>30</sup> สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเครียดในบุคลากร

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะหมดไฟกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังจากควบคุมผลจากทุกตัวแปรแล้ว อาจอธิบายได้จากการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงรอยต่อของการระบาดที่ยอดจำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มสูงขึ้น หากติดตามศึกษาข้อมูลในระยะเวลาที่การระบาดของโรคมีจำนวนสูงขึ้นต่อเนืองยาวนานอาจพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนขึ้นได้ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า ความเครียดในการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ หากไม่ได้รับการสนับสนุนแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า อันจะนำไปสู่คุณภาพในการให้บริการที่ลดลง ความผิดพลาดในการทำงาน การถูกร้องเรียน และการลาออกในที่สุด<sup>33,34</sup>

ส่วนความสัมพันธ์ด้านความเข้มแข็งทางใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานพบว่า บุคลากรกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง คิดเป็น 7.3 เท่า (OR, 7.30 ; 95% CI, 2.74-19.39 ; P < 0.001) และบุคลากรกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง คิดเป็น 3.5 เท่า (OR, 3.59 ; 95% CI, 1.47-8.81 ; P = 0.005) จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์มีค่าความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ระดับความเข้มแข็งทางใจสูงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในระดับต่ำ<sup>8,10,28,35</sup> ระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้บุคคลไม่สามารถอดทนและปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Depersonalization)<sup>36</sup> ซึ่งความเข้มแข็งทางใจถือเป็นพลังสุขภาพจิตที่ช่วยในการป้องกันผลกระทบทางจิตใจในยามที่เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตอย่างไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้<sup>12</sup> การดูแลสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการทำงานได้ ร่วมกับการให้คำแนะนำในการจัดการอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือรายบุคคล ซึ่งการช่วยเหลือในระดับบุคคลนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเสริมความเข้มแข็งทางใจ<sup>37</sup> ได้มีการรวบรวม

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับองค์กร สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนะนำดังนี้ (1) การสื่อสารให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ รวมถึงการติดตามภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกาย เพื่อการเข้าถึงความช่วยเหลือตั้งแต่ช่วงแรก (2) การปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ (3) การปรับรูปแบบการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้มีความปลอดภัยและปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเหมาะสม<sup>38</sup> ดังนั้นในการช่วยเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและในระดับองค์กรจะสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางใจและลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟได้

### ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามเพียงร้อยละ 41.35 ของบุคลากรโรงพยาบาลทั้งหมด อาจทำให้ข้อมูลสัดส่วนจำนวนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมีความคลาดเคลื่อนจากที่ควรจะเป็น เนื่องจากอคติในการเลือกตัวอย่างที่ไม่ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั้งหมด จึงไม่อาจนำมาเป็นตัวแทนค่าความชุกของบุคลากรทั้งโรงพยาบาลได้ และเนื่องจากเป็นการศึกษากภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะหมดไฟได้ อธิบายได้เพียงน้ำหนักของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 และเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่แนวทางสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ ซึ่งสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มต่อเนื่องยาวนาน

ทั้งนี้ การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตควรมีการปรับวิธีการในการเก็บข้อมูล เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตอบกลับมากขึ้น และในการศึกษาหาปัจจัยด้านมุมมองต่อการทำงานอาจพิจารณา ลงรายละเอียดของสาเหตุความเครียดให้ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสู่แนวทางแก้ปัญหาให้ตรงจุด และอาจติดตามผลกระทบทางจิตใจในระยะยาว

## สรุป

การศึกษานี้ทำให้เห็นจำนวนบุคลากรที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสูง โดยพบว่าร้อยละ 10.81 ของบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ตอบกลับแบบประเมินและเข้าเกณฑ์การศึกษาวิจัยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ ซึ่งภาวะหมดไฟในบุคลากรสัมพันธ์กับอายุที่น้อยกว่า 30 ปี บุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้า มีภาวะความเครียดสูง และมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นในการป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในบุคลากร จึงควรมีระบบติดตามภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านสุขภาพจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ช่วยสร้างความผูกพันในองค์กร การสนับสนุนปัจจัยด้านทรัพยากรการทำงานให้มีอย่างเพียงพอ ทั้งด้านอัตรากำลัง ด้านความปลอดภัยในการทำงาน อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเชื้อ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยในการทำงานต่างๆ เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจภายในตัวบุคคล เพื่อให้สามารถเผชิญต่อความไม่แน่นอนในสถานการณ์โรคระบาดที่อาจต่อเนื่องยาวนาน และช่วยลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟได้ในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรด่านหน้า และบุคลากรอายุน้อย

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจาก นางสาววรรษณี อิมใจจิตต์ นักสถิติ สำนักงานพัฒนาวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่สละเวลาส่วนตัวในการสอน ให้คำแนะนำเรื่องสถิติและการใช้โปรแกรมสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงแนะนำรูปแบบการเก็บข้อมูลเพื่อเอื้อต่อการศึกษาและการแปลผล ตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่พร้อมปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายใต้สถานการณ์โรคระบาด และเห็นความสำคัญในงานดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างราบรื่น



## เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Combat 4th Wave of COVID-19: C4. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020.
2. Ausanangkornchai S, Arunpongpaisal S, Silpakit P, Kittirattanapaiboon P, Juengsiragulwit D, Tantirangsee N, et al. International classification of disease for mortality and morbidity statistics: mental, behavioural of neurodevelopment disorders and related codes. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019. 330.
3. Suteerawut N. Burnout: Antecedents and prevention. *J Educ Meas* 2015; 32(91): 16-25.
4. Wannarit K. Burnout syndrome. 2019. [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=1385>
5. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15(2): 103-11.
6. Maslach C, & Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Appl Prev Psychol* 1998; 7: 63-74.
7. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et. al. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17, 8358.
8. Dobson H, Malpas C, Burrell A JC, Gurvich C, Chen L, Kulkarni J, Winton-Brown T. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry* 2021; 29(1): 26-30.
9. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; ;3:e203976.
10. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et. al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health* 2020; 20: 1885.
11. Sucaromana A. Resilience Quotient: RQ. *JMPS* 2016; 4(1): 209-20.
12. Worawasuwat N, Sukultong L, a Pisan-ake K, Mala M, Naowanit P. The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for health region 7 health officials: EPI-BP Model. *Khonkaen: Mental Health Center* 7; 2018. [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://mhc7.go.th/archives/6623>
13. Mental Health Center 7. Burnout questionnaire for public health officials. *Khon Kaen*; 2017. [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://mhc7.go.th/archives/5996>
14. Pityaratstian N, Buathong N. Depression Anxiety Stress Scales; DASS-21. Department of Psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University. [cited 2021 Feb 15]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909324>
15. Intasit S, Chulkeeree S. RQ: Resilience Quotient. *Mental Health Academic Bureau, Department of Mental Health, Ministry of Public Health*; 2020.
16. Department of Mental Health. The survey found that the lockdown phase 3 Thai people feel "stressed-out of fire-depressed-want to hurt themselves" increases. 2020. [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30358>.
17. Kijjanon N, Jongjareonkumchok A, Masnarakorn P. Burnout among staff nurses working in intensive care units. *RN* 2009; 15(1): 86-97.
18. Choon-ngarm N. Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province. *J Ment Health Thai* 2020; 28(4): 348-59.
19. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of health care worker burnout during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Netw Open* 2020; 3(8): e2017271.
20. Prasada K, McLoughlin C, Stillman B, Poplaub S, Goelz E, Taylor S, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine* 2021; 35. e100879.
21. Chirico F. Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Ann Ist Super Sanita* 2016; 52(3): 443-56.
22. Hakanen J, Schaufeli W, Ahola K. The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress* 2008; 22(3): 224-41.
23. Vichanjalearnsuk V, Supapong S. Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical company. *TMJ* 2015; 15(2): 225-31.
24. Inchaiya P, Phakthongsuk P. The factors associated with burnout among private hospital staff in Songkhla Province. *JPMC* 2021;38(2):142-51.
25. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 2020;18(41). doi:10.1186/s12960-020-00469-9.
26. Theucksuban B, Nantsupawat R, Wichaikhum O. Factors influencing job burnout among professional nurses Maharajnakhonsithammarat Hospital. *JTNMC* 2008; 23(4):114-24.
27. Ferry AV, Wereski R, Strachan FE, Mills NL. Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *QJM-INT J MED* 2021; 114(6):374-380.
28. Giuseppe M D, Nepa G, Prout T A, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, et al. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: The role of defense mechanisms. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: e5258.
29. Ang SY, Uthaman T, Ayre TC, Mordiffi SZ, Ang E, Lopez V. Association between demographics and resilience – a cross-sectional study among nurses in Singapore. *Int Nurs Rev* 2018; 65(3): 459-66.
30. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open* 2021; 11: e045127.
31. Matsuo T, Taki F, Kobayashi D, Jinta T, Suzuki, Ayabe A, et al.



- Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *J Occup Health* 2021; 63: e12247.
32. Pfefferbaum B, Carol S. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med* 2020; 383(6): 510-12.
  33. Hert S D. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg. Anesthesia* 2020; 13: 171-83.
  34. Maslach C. Burnout in health professionals. *Psychol Health Med* 2014: 427-30.
  35. Cooke G PE, Doust J A, Steele M C. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Educ* 2013; 13: 2.
  36. Trani M D, Mariani R, Ferri R, Berardinis D D, Frigo M G. From resilience to burnout in healthcare workers during the covid-19 emergency: The role of the ability to tolerate uncertainty. *Front Psychol* 2021; 12: e646435.
  37. Coco M, Guerrero CS, Santisi G, Riggio F, Grasso R, Corrado DD, et al. Psychosocial impact and role of resilience on healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Sustainability* 2021; 13: e7096.
  38. Rieckert A, Schuit E, Bleijenberg N, Cate D ten, Lange W de, Ginkel JM, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ Open* 2021; 11: e043718.