

# ภาวะหมดไฟจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา

กช พัทธ์วงศ์โรจน์, พ.บ.<sup>\*</sup>, ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ์, พ.บ.<sup>\*\*</sup>,  
ศรัณย์ ศรีคำ, พ.บ., วท.ม.<sup>\*\*\*</sup>, ธนกมล ลีศรี, ปร.ด.<sup>\*\*\*\*a</sup>

## บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน เป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในสถานที่ทำงานที่ไม่สามารถจัดการได้อย่างสัมฤทธิ์ผล การศึกษาพรรณนาเชิงภาคตัดขวาง โดยแบบสอบถามออนไลน์ในบุคลากรด้านการบริการปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยาทุกตำแหน่งงาน เพื่อสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟ ภาพรวมและแยกรายด้านในบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ

บุคลากรตอบแบบสอบถามจำนวน 145 คน จาก 240 คน คิดเป็นร้อยละ 60.42 ความชุกภาวะหมดไฟภาพรวมร้อยละ 0.69 แยกรายด้าน ความชุกผู้ที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 11.73 ความชุกผู้ที่มีการลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 9.65 ความชุกผู้ที่มีความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 14.48 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ได้แก่ จำนวนบุคลากรเพียงพอกับงาน Adjusted OR 0.43 (0.19-0.97) และ มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป Adjusted OR 7.31 (1.45-36.73) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลระดับสูง ได้แก่ การใช้ยานอนหลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา Adjusted OR 8.18 (1.96-34.25) และอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป Adjusted OR 4.11 (1.01-16.71) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ได้แก่ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป Adjusted OR 0.28 (0.79-0.97) ได้ไปเที่ยว Adjusted OR 0.21 (0.06-0.72)

ความชุกภาวะหมดไฟภาพรวมของบุคลากรปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยาระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟแยกรายด้าน ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ ความรู้สึบบุคลากรเพียงพอกับงาน การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป การได้ไปเที่ยว ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป การใช้ยานอนหลับ

**คำสำคัญ:** ภาวะหมดไฟ; ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง; บุคลากรปฐมภูมิ

<sup>\*</sup> นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

<sup>\*\*</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

<sup>\*\*\*</sup> นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

<sup>\*\*\*\*</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

<sup>a</sup> Corresponding author: ธนกมล ลีศรี Email: thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 17 ก.พ. 67; รับบทความแก้ไข: 11 มี.ค. 67; ตอปรับตีพิมพ์: 11 มี.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 พ.ค. 67

## Burnout Syndromes and Relevant Factors of Primary Care Providers, Phra Nakhon Si Ayutthaya District

Kod Phithakwongrojn, M.D.<sup>\*</sup>, Tatree Bosittipichet, M.D.<sup>\*\*</sup>,  
Saran Srikam, M.D., M.Sc.<sup>\*\*\*</sup>, Thanakamon Leesri, Ph.D.<sup>\*\*\*\*a</sup>

### Abstract

Burnout is caused by chronic stress in workplace that affect medical services and patient care quality. This research aimed to study prevalence and associated factors of burnout among primary care personnel in Phra Nakhon Si Ayutthaya district using online self-reported questionnaires consisted of demographic data, workplace factors, Maslach burnout inventory, resilience quotient questionnaire and depression questionnaire.

There were 145 primary care providers completed the survey from the total of 240 persons contacted yielding the response rate of 60.42%. Their overall burnout prevalence was 0.69%. Among them, the prevalence of emotional exhaustion (11.73%) and depersonalization (9.65%) were at a high level while low personal accomplishment was at a low level (14.48%). Factors associated with of high emotional exhaustion inadequate quantity of personnel, with adjusted OR of 0.43 (0.19-0.97), and depression from low level and higher, with adjusted OR of 7.31 (1.45-36.73). Factors associated with high depersonalization were hypnotic drug usage within 2 weeks, with adjusted OR of 8.18 (1.96-34.25) and depression from low level and higher, with adjusted OR of 4.11 (1.01-16.71). Factors associated with low personal accomplishment were having bachelor's degree or higher, with adjusted OR of 0.28 (0.79-0.97) and having vacation within 6 months, with adjusted OR of 0.21 (0.06-0.72).

In conclusion, the prevalence of overall burnout of the primary care personnel in Phra Nakhon Si Ayutthaya was at a low level. Preventive factors included having adequate quantity of personnel, education bachelor's degree or higher, and vacations while risk factors included depression at low level and higher and hypnotic drug usage.

**Keywords:** Burnout syndromes; Related factors; Primary care providers

---

<sup>\*</sup> Medical Physician, Practitioner Level, Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

<sup>\*\*</sup> Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

<sup>\*\*\*</sup> Occupational Physician, Department of Occupational Medicine, PhraNakhon Si Ayutthaya Hospital

<sup>\*\*\*\*</sup> Assistant Professor, School of Community Health Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

<sup>a</sup> Corresponding author: Thanakamon Leesri Email: thanakamon@sut.ac.th

*Received: Feb. 17, 24; Revised: Mar. 11, 24; Accepted: Mar. 11, 24; Published Online: May 12, 24*

## บทนำ

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout) เป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในสถานที่ทำงานที่ไม่สามารถจัดการได้อย่างสัมฤทธิ์ผล ภาวะหมดไฟประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) 2) การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) 3) การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced personal accomplishment)<sup>(1)</sup> โดยเริ่มจากภาระงานไม่สอดคล้องกับผู้ทำงานก่อให้เกิดความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ จากนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่องาน ห่วงเหินกับงาน ไม่ภูมิใจในงานของตนเอง หากความรู้สึกนี้ยังมีอยู่ต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกล้มเหลวในการทำงาน หมดแรงจูงใจในการทำงาน ภาวะหมดไฟไม่มีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้า ด้วยเหตุผลว่า ภาวะหมดไฟจะมีความจำเพาะกับการทำงานและสถานการณ์<sup>(2)</sup> งานบริการแบบเวชปฏิบัติปฐมภูมิคือรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีหลักสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) จุดแรกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (First contact accessibility) 2) มีความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล (Continuity) 3) เป็นการดูแลที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (Comprehensiveness) 4) ติดต่อประสานงานฝ่ายต่างๆ ในระบบสุขภาพ (Coordination) และ 5) ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered)<sup>(3)</sup>

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย 5 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม 2) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม 3) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 4) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5) กลุ่มงานสุขศึกษา โดยมีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 5 ศูนย์ ทำงานร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยาจำนวน 18 แห่ง เพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมสุขภาพทางกาย จิตใจและสังคม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ งานบริการปฐมภูมิมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน มีการปฏิสัมพันธ์กับคนไข้จำนวนมาก หน่วยปฐมภูมิเป็นด่านหน้า ลักษณะอาการของคนไข้ที่เข้ารับบริการมีความกว้างและหลากหลายรูปแบบ มีโอกาสส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟ ต่างจากการบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆ การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ด้านการบริการปฐมภูมิที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบความชุกภาวะหมดไฟ 2.5% ถึง 87.9%<sup>(4)</sup> ซึ่งพบว่าความชุกกว้างโดยขึ้นกับบริบทของประเทศ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในประเทศไทยมีข้อมูลในแพทย์ประจำบ้าน<sup>(5-8)</sup> โรงพยาบาลตติยภูมิ<sup>(9,10)</sup> โรงพยาบาลชุมชน<sup>(11)</sup> ข้อมูลระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในกลุ่มบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิโดยตรงมีจำกัด ข้อมูลบุคลากรปฐมภูมิจากบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี<sup>(12)</sup> เป็นกลุ่มเขตเมืองนำมาปรับใช้กับอำเภอพระนครศรีอยุธยาที่เป็นบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทไม่ได้โดยตรง ลักษณะงานที่จำเพาะของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ข้อมูลของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิมีจำกัด และข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้โดยตรง จึงมีความสำคัญในการศึกษาระดับภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยา

ภาวะหมดไฟก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ด้านการบริการและดูแลผู้ป่วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟมีรายงานความผิดพลาดด้านความปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะหมดไฟ ภาวะหมดไฟส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการลดลง และส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถและการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์<sup>(13,14)</sup> ภาวะหมดไฟส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลที่มีภาวะนี้เช่นกัน ได้แก่ ภาวะติดแอลกอฮอล์<sup>(15)</sup> ภาวะโรคหลอดเลือดและหัวใจ<sup>(16)</sup> ภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความกังวล และความคิดฆ่าตัวตาย<sup>(17)</sup> ปัจจัยที่มีโอกาสส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟแบ่งเป็นปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ ปริมาณภาระงานมากเกินไป ขาดอำนาจการตัดสินใจในงานของตนเอง ขาดผลตอบแทนที่เหมาะสม ขาดสัมพันธภาพอันดีกับเพื่อนร่วมงาน ขาดความยุติธรรมหรือการให้เกียรติในที่ทำงาน ภาระงานไม่ตรงความต้องการ การแก้ปัญหาภาวะหมดไฟ ทำได้ทั้งปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านองค์กร การแก้ไขปัจจัยด้านบุคคลสามารถทำได้ง่ายกว่าแต่ได้ประสิทธิภavn้อยกว่าเช่นกัน การแก้ไขปัจจัยด้านองค์กรทำได้ยากกว่าแต่ประสิทธิภavnดีกว่า<sup>(18)</sup> การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ จะช่วยให้สามารถหาทางป้องกันและแก้ไขได้ตรง ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรด้านสุขภาพในลำดับต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

เพื่อสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟภาพรวมและแยกรายด้านในบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา

### วัตถุประสงค์การวิจัยรอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา

## วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Form เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 5 กลุ่มงาน (รวมศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 5 ศูนย์) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยาจำนวน 18 แห่ง ทุกตำแหน่งงาน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างภายใต้สมมติฐานว่าความชุกภาวะหมดไฟระดับสูงในบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 17<sup>(12)</sup> ประชากรของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยามีจำนวน 240 คน ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significance) ที่ 5% ค่าความแม่นยำ (Precision, d) ที่ 5% ได้จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 115 คน โดยใช้สมการ<sup>(19)</sup> ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

**เครื่องมือที่ใช้** เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** จำนวน 28 ข้อ เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพ จำนวนบุตร ความเพียงพอของรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้อานอนหลับ เป็นต้น

**ส่วนที่ 2 ปัจจัยจากที่ทำงาน** จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากร ความเหมาะสมของค่าตอบแทน ความเพียงพอของทรัพยากรสนับสนุนจากหน่วยงาน ความเหมาะสมของสถานที่ทำงาน ความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติเท่าเทียมจากหัวหน้างาน การมีผู้ให้ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ความรู้สึกว่ามีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่ง การทราบเป้าหมายพันธกิจองค์กร ความรู้สึกที่ตนเองมีภาวะหมดไฟ

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟ** จำนวน 22 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น<sup>(20)</sup> พัฒนาจาก Maslach burnout inventory (MBI)<sup>(21)</sup> ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ความเหนื่อยหน่าย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (คะแนน)	การลดความเป็นบุคคล (คะแนน)	ความสำเร็จส่วนบุคคล (คะแนน)
ระดับต่ำ	0-16 คะแนน	0-6 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป
ระดับปานกลาง	17-26 คะแนน	7-12 คะแนน	32-38 คะแนน
ระดับสูง	27 คะแนนขึ้นไป	13 คะแนนขึ้นไป	0-31 คะแนน

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ** จำนวน 20 ข้อ โดยสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>(22)</sup> และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า<sup>(23)</sup>

**ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด** ได้แก่ ปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟ วิธีช่วยลดภาวะหมดไฟ จุดพัฒนาของระบบงานและสถานที่ทำงาน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ความชุกของระดับภาวะหมดไฟในบุคลากรด้านปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Chi-square test ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ผ่านโปรแกรม STATA

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ด้วย Logistic regression ผ่านโปรแกรม STATA

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมผ่านระบบตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Written informed consent) ก่อนเข้าร่วมวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในขณะทำการทดสอบ ทางผู้วิจัยจะให้หยุดการทดสอบทันที ทั้งนี้ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากการทดสอบหลังจากที่ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จะถูกเก็บไว้ 1 ปี ภายหลังจากนั้นจึงนำไปทำลายและการศึกษาวิจัยนี้ ไม่ได้รับทุนสนับสนุน จากบริษัทผู้ผลิตที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการ 027/2566 เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2566

### ผลการวิจัย

บุคลากรด้านปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยาตอบแบบสอบถามจำนวน 145 คน จาก 240 คน คิดเป็นร้อยละ 60.42 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.59) อาชีพนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพรวมกันเกินครึ่งหนึ่งของทั้งหมด (ร้อยละ 53.11) ส่วนใหญ่การศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 85.52) อายุเฉลี่ยมีอยู่ฐาน 42 ปี ระยะเวลาทำงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ยมีอยู่ฐาน 91 เดือน

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=145)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศโดยกำเนิด		
ชาย	18	12.41
หญิง	127	87.59
อาชีพ		
นักวิชาการสาธารณสุข	40	27.59
พยาบาลวิชาชีพ	37	25.52
แพทย์	13	8.96
เจ้าพนักงานธุรการ	13	8.96
ทันตสาธารณสุข	10	6.90
แพทย์แผนไทย	6	4.14
อื่นๆ	26	17.93
ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	124	85.52
สถานภาพสมรส		
โสด	54	37.24
สมรส	81	55.86
หย่าร้าง	10	6.90

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=145)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีบุตร	86	55.86
การทำงานเอกร่วม	19	13.10
การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	39	26.90
การมีโรคทางจิตเวช	3	2.70
ค่ามัธยฐาน (ช่วงพิสัยควอไทล์)		
อายุ (ปี)	42 (31-52)	
ดัชนีมวลกาย (BMI, kg/m <sup>2</sup> )	22.99 (20.70-26.29)	
ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน (เดือน)	91 (19-163)	

ความชุกภาวะหมดไฟภาพรวม หมายถึงจำนวนผู้ที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง การลดความเป็นบุคคลระดับสูง และความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ พบ 1 คน จาก 145 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 หากแยกแต่ละด้าน ความชุกผู้ที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 11.73 ความชุกผู้ที่มีการลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 9.65 ความชุกผู้ที่มีความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 14.48 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับภาวะหมดไฟของบุคลากรด้านปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยา (n=145)

ความเหนื่อยหน่าย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์		การลดความเป็นบุคคล		ความสำเร็จส่วนบุคคล	
	n	%	n	%	n	%
ระดับต่ำ	104	71.72	96	66.21	21	14.48
ระดับปานกลาง	24	16.55	35	24.14	20	13.79
ระดับสูง	17	11.73	14	9.65	104	71.73

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปร (Multiple variable linear regression) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ได้แก่ จำนวนบุคลากรเพียงพอกับงาน Adjusted OR=0.43 (0.19-0.97) และ มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป Adjusted OR 7.31 (1.45-36.73) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลระดับสูง ได้แก่ การใช้ยานอนหลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา Adjusted OR=8.18 (1.96-34.25) และ อาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป Adjusted OR=4.11 (1.01-16.71) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ได้แก่ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป Adjusted OR=0.28 (0.79-0.97) ได้ไปเที่ยว Adjusted OR=0.21 (0.06-0.72) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อระดับภาวะเหนื่อยล้าระดับสูงแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ใน Crude OR

ปัจจัย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง			
	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ผู้อาศัยร่วมในที่พักปัจจุบัน (ไม่รวมตนเอง) ≥2 คน	0.24 (0.07-0.78)	<0.01	0.23 (0.05-1.04)	0.06
การใช้นานอนหลับในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	9.43 (2.15-38.79)	<0.01	4.51 (0.78-26.26)	0.09
จำนวนบุคลากรเพียงพอกับงาน	0.09 (0.02-0.34)	<0.01	0.43 (0.19-0.97)	0.04*
สถานที่ทำงานเหมาะสม	0.23 (0.07-0.75)	<0.01	0.33 (0.08-1.45)	0.14
ความรู้สึกว่าตนเองมีภาวะหมดไฟ	8.04 (2.07-45.23)	<0.01	3.88 (0.86-17.55)	0.08
ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ เฉลี่ยต่อสัปดาห์ ≥21	4.05 (1.13-13.28)	<0.01	2.79 (0.63-12.27)	0.18
มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป (คะแนนจาก 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป)	10.49 (2.78- 38.11)	<0.01	7.31 (1.45-36.73)	0.02*
<b>การลดความเป็นบุคคลระดับสูง</b>				
การใช้นานอนหลับในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	13.26 (2.86- 58.22)	<0.01	8.18 (1.96-34.25)	<0.01**
ความรู้สึกว่าตนเองมีภาวะหมดไฟ	3.92 (1.05-17.88)	0.02	2.27 (0.60-8.59)	0.23
มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป (คะแนนจาก 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป)	7.44 (1.77-28.92)	<0.01	4.11 (1.01-16.71)	0.04*
<b>ความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ</b>				
การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป	0.11 (0.03-0.36)	<0.01	0.28 (0.79-0.97)	0.04*
รายได้เพียงพอ	0.34 (0.11-0.98)	0.02	0.71 (0.23-2.23)	0.56
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2.98 (1.01-8.55)	0.02	1.53 (0.48-4.87)	0.47
การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	0.11 (0.03-0.35)	<0.01	0.21 (0.06-0.72)	0.01*
ภาวะยึดหยุ่นปกติหรือสูง	0.25 (0.08-0.89)	<0.01	0.56 (0.15-2.03)	0.38

\* Significant level at  $p < 0.05$ \*\* Significant level at  $p < 0.01$

## การอภิปรายผล

ความชุกของภาวะหมดไฟภาพรวมในบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 0.69 ซึ่งน้อยกว่าความชุกของบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ (ร้อยละ 10.81)<sup>(9)</sup> และความชุกของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 17)<sup>(12)</sup> คาดว่าจากช่วงเวลา โดยการศึกษาก่อนหน้านี้เก็บข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจากรูปแบบชุมชนที่แตกต่างกัน โดยจังหวัดสมุทรปราการและจังหวัดนนทบุรีเป็นชุมชนเมือง ส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่พบจากงานวิจัยนี้ร่วมกับเหตุผลด้านเวลาการเกิดก่อนหลัง บางปัจจัยเป็นสาเหตุ บางปัจจัยเป็นผลลัพธ์ พบว่าปัจจัยที่คาดเป็นสาเหตุ เป็นจุดเน้นการพัฒนาองค์กร เพื่อลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ และเพิ่มความสำเร็จส่วนบุคคลในบุคลากรปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยา คือ จำนวนบุคลากรให้เพียงพอกับงาน และส่งเสริมการไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ ตามลำดับ

การมีจำนวนบุคลากรให้เพียงพอกับงานช่วยลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงได้ถึง 5.7% ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ภาระงานเพิ่มขึ้นส่งผลให้เพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2.38 เท่า<sup>(9)</sup> ข้อมูลจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ บุคลากรไม่เพียงพอ เพิ่มภาวะหมดไฟ 2.97 เท่า<sup>(12)</sup> คาดว่าปัญหาด้านจำนวนบุคลากรและภาระงานเป็นปัญหาสากลและพบบ่อยในงานบริการสาธารณสุข แต่ต่างจากข้อมูลจากโรงพยาบาลสระบุรีที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว<sup>(24)</sup> คาดว่าจากการที่ข้อคำถามที่ต่างกันโดยคำถามภาระงานของโรงพยาบาลสระบุรีใช้จำนวนทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมง การส่งเสริมการไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศเป็นปัจจัยป้องกันการลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ แนวโน้มไปในทางเดียวกับการศึกษาในแพทย์สหรัฐอเมริกา<sup>(25)</sup> โดยงานวิจัยฉบับนี้ขนาดการป้องกันสูงกว่าของงานวิจัยก่อนหน้านี้ การมีช่วงเวลาที่ไปเที่ยวเป็นการได้หยุดทำงาน พักผ่อน ระยะเวลาการพักผ่อนไปเที่ยวจะยาวกว่าการพักช่วงเย็นหรือวันหยุดเสาร์อาทิตย์ การไปเที่ยวช่วยให้ได้ใช้เวลาอย่างมีคุณค่าจากการตัดสินใจด้วยตนเองไปกับคนที่ชอบ กิจกรรมที่ชอบ<sup>(26)</sup> ปัจจัยที่ช่วยคัดกรองภาวะหมดไฟในเบื้องต้นทดแทนกับแบบสอบถามฉบับเต็ม คือการมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป การใช้ยานอนหลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งต้องมีการทำวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตโดยการเทียบการคัดกรองสองข้อข้างต้นกับการใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะหมดไฟฉบับเต็ม กลุ่มบุคลากรที่ควรเฝ้าระวังและติดตามใกล้ชิดเนื่องจากมีความเสี่ยงมีความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ คือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

จุดเด่นของงานวิจัยฉบับนี้ คือการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลจากหลายหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมทั้งอำเภอพระนครศรีอยุธยา และเก็บข้อมูลจากสหสาขาวิชาชีพ ข้อจำกัดของงานวิจัยฉบับนี้คือการศึกษาพรรณนาเชิงภาคตัดขวางส่งผลให้ข้อมูลที่ได้แปลผลเป็น “การมีความสัมพันธ์” การวิเคราะห์สาเหตุเป็นการอนุมานจากเหตุและผล ซึ่งอาจมีมุมมองของผู้เขียนร่วมในการวิเคราะห์ ความชุกภาวะหมดไฟภาพรวมมีจำนวนน้อยส่งผลให้ไม่สามารถหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟภาพรวมได้ วิเคราะห์ได้เพียงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟแยกสามด้าน

### สรุปผลการวิจัย

ความชุกภาวะหมดไฟภาพรวมของบุคลากรปฐมภูมิอำเภอพระนครศรีอยุธยาระดับต่ำ ร้อยละ 0.69 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟแยกรายด้าน ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ ความรู้สึบบุคลากรเพียงพอกับงาน การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป การได้ไปเที่ยว ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป การใช้นอนหลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำหรับการให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการทำวิจัย และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณบุคลากรในหน่วยงานปฐมภูมิทุกท่าน ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Burnout. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2023[cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
3. WHO. Primary care [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
4. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitis L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2022 Jun 1;100(6):385-401A. doi: 10.2471/BLT.22.288300.
5. Auchayasawat S, Parichart Priamnong S, Praken T, Ritdejch N, Yingsanongchat P, Usaneengamcharoen P. Prevalence and Associated Factors of Burnout Syndrome among Clinical Medical Students, Ubon Ratchathani University. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2022;67(1):101-12.
6. Tuangpermsub R, Nuallaong W, Charernboon T. Burnout and Related Factor among Residents of Thammasat University Hospital In the COVID-19 Outbreak. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2021;66(2):189-202.

7. Thamrongvisava S, Pitanupong J. The Prevalence and Associated Factors of Burnout Syndrome among Residents in Training at Faculty of Medicine, Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63(4):309-20.
8. Srikam S, Jiamjarasrangsi W, Lalitanantpong D. Job Burnout and Related Factors among Residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014; 59:139-50.
9. Runglirdsittikul K. Burnout and Associated Factors Among Healthcare Workers in Samutprakarn Hospital during the COVID-19 Pandemic. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2022;67(3):240-55.
10. Chutchakulsiri P. Prevalence of Burnout Syndrome and Its Related Risk Factors among Healthcare Workers of Prasat Neurological Institute during Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2021;66(4):439-54.
11. Bumrunphanichthaworn T, Jaidee W, Wattanaburanon A, Maharachpong N. Factors Related to Burnout of Worker in Community Hospital on Pandemic COVID-19. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2022;17(1):100-10.
12. Pensirinapa N. Burnout Syndrome among Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nonthaburi Province during the Pandemic of COVID-19. *Academic Journal of Community Public Health*. 2023;9(1):84-96.
13. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med*. 2020 Feb;133(2):160-164. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.08.034.
14. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, Sloan JA, Swensen SJ, Buskirk SJ. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clin Proc*. 2016 Apr;91(4):422-31. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.02.001.
15. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Boone S. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015 Jan;24(1):30-8. doi: 10.1111/ajad.12173.
16. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006 May;132(3):327-53. doi: 10.1037/0033-2909.132.3.327.
17. Ryan E, Hore K, Power J, Jackson T. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front Public Health*. 2023 Mar 30;11:1133484. doi: 10.3389/fpubh.2023.1133484.

18. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311.
19. Wayne WD. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6<sup>th</sup> ed.). Hoboken NJ: Wiley; 1998.
20. Research and Development Division, Mental Health Department, Mental Health Center 7, Khon Kaen. Burned out questionnaire for healthcare providers [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://mhc7.dmh.go.th/wp-content/uploads/2017/09/แบบประเมินภาวะหมดไฟ-ฉบับเผยแพร่.pdf>
21. Christina M, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach Burnout Inventory* (2<sup>nd</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
22. Inkaw S, Phalitnonthakiat Y, Niensaard S, Danwattana S, RQ: Resilience Quotient. Nonthaburi: The Bureau of the Mental Health Affair, MOPH; 2552: pp 63-7.
23. The Bureau of the Mental Health Affair. MOPH: Depression Screening form [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=22>
24. Weerametachai S. Prevalence and Factor Associated with Stress, Depression and Burnout among Healthcare Workers During 3<sup>rd</sup> Wave COVID 2019 Pandemic in Saraburi Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2022;12(1):65-81.
25. Reinhart E, Reely K, Dowdy K, Seth N, McGrade P, Jones C, et al. A systematic review of burnout and its relation to work-life balance and scheduling among United States physicians. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles*. 2020;8(34):40-6.
26. de Bloom J, Kompier M, Geurts S, de Weerth C, Taris T, Sonnentag S. Do we recover from vacation? Meta-analysis of vacation effects on health and well-being. *J Occup Health*. 2009;51(1):13-25. doi: 10.1539/joh.k8004.