

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟ ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9

ภรณวิทย์ อนันต์ติลภฤทธิ์^{*}, วรพงษ์ สายโสภา^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.90 อายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุงานเฉลี่ย 21.61 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.37 ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 38.11 ชั่วโมง ความคิดเห็นการปฏิบัติงานพบว่า มีภาระงานอยู่ระดับมาก สวัสดิการที่ได้รับและการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ระดับปานกลาง มนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและความพึงพอใจต่องานอยู่ระดับค่อนข้างมาก ภาวะหมดไฟภาพรวมพบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =20.19, SD=12.17) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.29, SD=4.84) และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =36.66, SD=9.56) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีเวลาส่วนตัว มีเวลาพักผ่อน มีเวลาให้ครอบครัว และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ อายุงาน ภาระงาน สวัสดิการที่ได้รับ การสนับสนุนจากองค์กร มนุษยสัมพันธ์ ความพึงพอใจในงาน เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออกจากอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยเพศ การศึกษา อาชีพ ภาระในครอบครัว สถานที่ทำงาน ประสบการณ์ทำงาน และชั่วโมงทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ; ผู้จัดการการดูแล; ผู้สูงอายุ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a Corresponding author: ภรณวิทย์ อนันต์ติลภฤทธิ์ Email: pharanwit@gmail.com

รับบทความ: 3 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 18 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 มี.ค. 68

Prevalence and Factor Associated with Burnout State among Care Manager of Long-Term Care System in Health Region 9th

Pharanwit Anundilokrit^{*a}, Vorapong Saishopa^{**}

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study prevalence and factors associated with burnout among elderly care managers (CM). Samples were 375 healthcare professionals completed CM training and worked in hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 9th. Research instruments were questionnaires on personal and work factors, and burnout measurement. Data were collected from September to October 2024. Data were analyzed using means, standard deviations, and factors associated with burnout were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

Results showed that the majority of participants were females (93.90%), with an average age of 44.79 years. Their average work experience was 21.61 years, with specific role experience averaging 6.37 years and average weekly working hours of 38.11. Work opinions showed high workload levels, moderate benefits and organizational supports, and relatively high interpersonal relationships and job satisfaction. Overall burnout assessment showed moderate emotional exhaustion ($\bar{X}$ =20.19, SD=12.17), low depersonalization ($\bar{X}$ =5.29, SD=4.84), and moderate personal achievement ($\bar{X}$ =36.66, SD=9.56). Factors significantly associated with burnout ($p<0.05$) included age, marital status, income, income adequacy, personal time, rest time, family time, work tenure, workload, benefits, organizational support, interpersonal relationships, job satisfaction, thoughts of job transfer, and career change consideration. Factors found not associated with burnout were gender, education, occupation, family obligations, workplace, work experience, and working hours.

Keywords: Burnout; Care manager; Elderly

* Medical Physician, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Pharanwit Anundilokrit Email: pharanwit@gmail.com

Received: Feb. 3, 25; Revised: Feb. 18, 25; Accepted: Feb. 19, 25; Published Online: Mar. 31, 25

บทนำ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลก คาดว่ามีจำนวนมากกว่า 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 โดยทุกภูมิภาค จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี 2565 ถึง 2593 เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.30 ต่อปี ในกลุ่มประเทศอาเซียน สิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด ร้อยละ 22.96 รองลงมา ประเทศไทย ร้อยละ 18.86 และน้อยสุด เมียนมา ร้อยละ 10.76⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2537-2564 ระยะเวลา 20 ปี แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในเรื่องแหล่งรายได้หลักเดิมส่วนใหญ่เป็นบุตรจากร้อยละ 58.47 ในปี 2545 ลดลงเหลือร้อยละ 32.18 ในปี 2564 ขณะเดียวกันแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุจากรับเบี้ยยังชีพจากร้อยละ 1.37 ในปี 2545 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 19.18 ในปี 2564 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2537 มีสัดส่วนร้อยละ 3.60 ในปี 2564 เพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 11.99 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดลงจากร้อยละ 25.90 ในปี 2537 ลดลงเหลือร้อยละ 12.36 ในปี 2564⁽²⁾ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีแนวโน้มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾

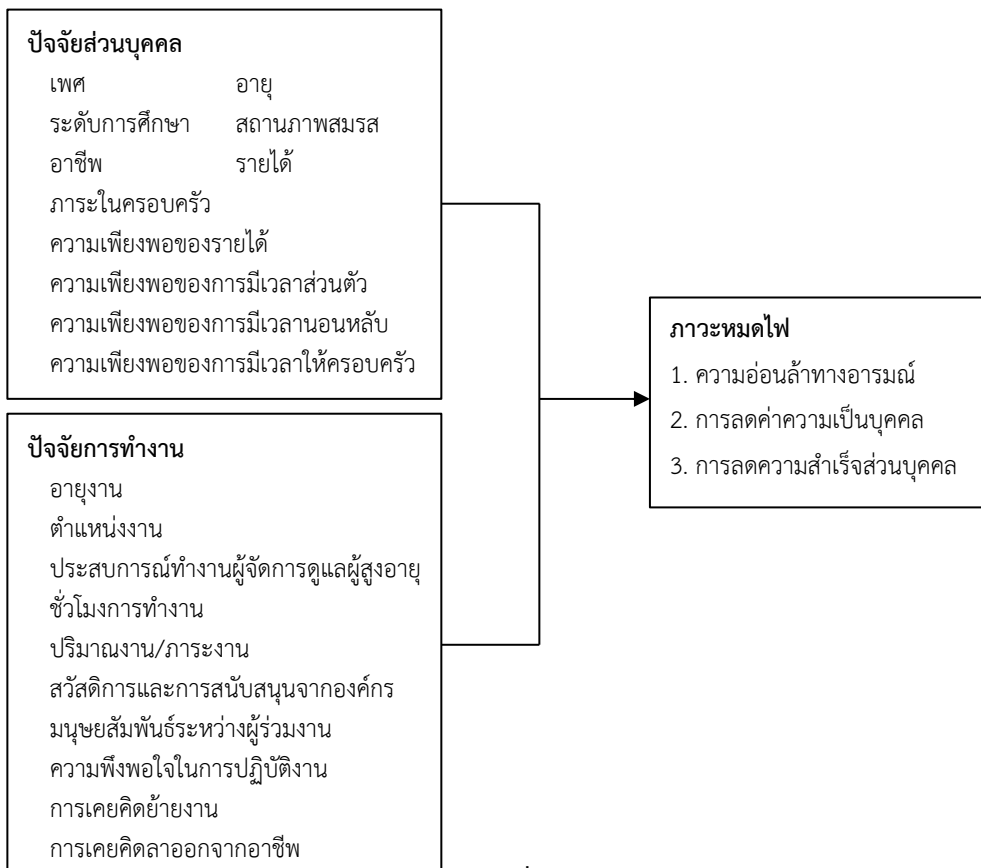
ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และวางแผนการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากการดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2559-2566 กรมอนามัย ได้มีการจัดอบรม CM ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตสุขภาพ โดยในปี 2566 ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 19,877 คน เกณฑ์โดยเฉลี่ย CM 1 คนต่อผู้สูงอายุ 35 คน พบว่าเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 10 มีสัดส่วน CM ต่อการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับต่ำ โดยเขตสุขภาพที่ 10 สัดส่วน 1 : 45 คน รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 7 สัดส่วน 1 : 41 คน และเขตสุขภาพที่ 8 สัดส่วน 1 : 38 คน⁽³⁾ ในการดำเนินงานของ CM กรมอนามัยได้พัฒนาระบบเพื่อให้การเข้าถึงระบบบริการและเอื้อให้เกิดการทำงานที่ดีขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นบุคคลที่มีเจตคติและมุมมองต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี รวมถึงความเสียสละเวลาในการเข้าถึง ค้นหา รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการดูแล ถึงแม้จะมีระบบที่ทันสมัยที่เอื้ออำนวยความสะดวก แต่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีส่งผลทำให้ภาระงานในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามเช่นกัน ซึ่งภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นไปเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะหมดไฟในด้านประสิทธิภาพในการทำงานในระดับสูง⁽⁴⁾ สำหรับผู้ที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพนับตั้งแต่ความเจ็บป่วยไปจนกระทั่งถึงวิกฤติในชีวิต ต้องมีความรับผิดชอบสูงและต้องเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งพบว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้า

ทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 100⁽⁵⁾

เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ ข้อมูลจากสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 63,808 คน CM จำนวน 1,954 คน คิดสัดส่วน 1 : 33 คน ซึ่งสัดส่วนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2567 มี CM จำนวน 2,308 คน แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาภาวะหมดไฟใน CM ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของ CM ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อนำข้อมูลใช้ในการจัดการภาวะหมดไฟ ป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียทางบุคลากรที่ต้องออกจากระบบ และพัฒนาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ ส่งเสริม และสนับสนุน CM ให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของ CM ในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและการทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,308 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 375 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ศึกษา ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงใช้สูตรของทอว์ ยามาเน่^[6] โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 340.91 ฉบับ เนื่องจากเป็นการส่งแบบสอบถามผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อป้องกันการสูญหายและไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน การคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามสัดส่วนของจังหวัด 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 140 คน ร้อยละ 37.33 จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 82 คน ร้อยละ 21.87 จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 82 คน ร้อยละ 21.87 และจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 71 คน ร้อยละ 18.93

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และยังปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในระบบ Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทย และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ทำแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ไม่ยินยอมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของกลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น^[7] ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและชีวิตความเป็นอยู่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาระในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความเพียงพอของการมีเวลาส่วนตัว ความเพียงพอของการมีเวลานอนหลับ ความเพียงพอของการมีเวลาให้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน ได้แก่ อายุงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ชั่วโมงการทำงาน ปริมาณงาน การเคยคิดลาออกจากอาชีพ เบียดเบียนและสวัสดิการ ระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงาน การสนับสนุนจากองค์กร มนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น^[7] ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมตามโครงสร้างและภาษา ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ 0.83 ด้านการเมินเฉยต่องาน เท่ากับ 0.90 และด้านความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย คำถามจำนวน 22 ข้อ ประเมินองค์ประกอบทั้งสามด้านของภาวะหมดไฟในการทำงาน กำหนดข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 และ 20 และด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 10, 11, 15 และ 22 ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 และ 21 โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย จนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน โดยกำหนดคะแนน 0-6 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach & Jackson) กำหนดดังนี้

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ 0-16 คะแนน ระดับปานกลาง 17-26 คะแนน ระดับสูง 27 คะแนนขึ้นไป

การลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ 0-6 คะแนน ระดับปานกลาง 7-12 คะแนน ระดับสูง 13 คะแนนขึ้นไป

ความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32-38 คะแนน ระดับสูง 0-31 คะแนน

ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ และได้ทบทวนวรรณกรรม ผลงานทางวิชาการ ในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567
2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

3. เสนอโครงการศึกษาวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยออกแบบเอกสารแบบสอบถามในรูปแบบ google form ส่งออกเป็นลิงค์ QR Code ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9
2. ทำหนังสือต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เพื่อส่งแบบสอบถามไปให้อาสาสมัครแต่ละราย โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ภายในระยะเวลา 1 เดือน
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วน จากฐานข้อมูลใน Google form แล้วนำมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง มกราคม พ.ศ. 2568
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวม หากพบว่าข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคะแนนระดับภาวะหมดไฟรายด้าน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไม่อิงพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบของแมนนิตนีย์ (Mann-Whitney U test) การทดสอบของ ครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการรับรองเลขที่ NRPH 133 ลงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยข้อมูลส่วนตัว

ปัจจัยส่วนตัวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.90 และเพศชาย ร้อยละ 6.10 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมา ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 33.10 โดยอายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 64.50 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.90 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 89.90 รายได้ในช่วง 40,001-60,000 บาท ร้อยละ 38.90 ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สิน ร้อยละ 45.10 มีภาระ ร้อยละ 91.20 ภาระด้านการเงินส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.90 ภาระดูแลครอบครัว ส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.90 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามรายจังหวัด (n=375)

ลักษณะทั่วไป	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
เพศ					
หญิง	130 (34.7)	65 (17.3)	81 (21.60)	76 (1.6)	352 (93.90)
ชาย	10 (2.70)	6 (1.60)	1 (0.3)	6 (1.6)	23 (6.10)
อายุ (ปี) [$\bar{X}$ (SD)]	45.79 (9.62)	47.85 (9.08)	43.45 (8.46)	41.75 (9.53)	44.79 (9.47)
21-30	14 (3.70)	6 (1.60)	6 (1.6)	14 (3.70)	40 (10.70)
31-40	26 (6.90)	9 (2.40)	29 (7.70)	22 (5.90)	86 (22.90)
41-50	44 (11.70)	23 (6.10)	28 (7.50)	29 (7.70)	124 (33.10)
51-60	56 (14.90)	33 (8.80)	19 (5.10)	17 (4.50)	125 (33.30)
สถานภาพสมรส					
โสด	30 (8.00)	15 (4.00)	22 (5.90)	23 (6.10)	90 (24.00)
คู่	93 (24.80)	48 (12.80)	49 (13.10)	52 (13.90)	242 (64.50)
หม้าย	3 (0.80)	3 (0.80)	5 (1.30)	2 (0.50)	13 (3.50)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	14 (3.70)	5 (1.30)	6 (1.60)	5 (1.30)	30 (8.00)
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	119 (31.70)	28 (15.50)	72 (19.20)	73 (19.50)	322 (85.90)
ปริญญาโท	21 (5.60)	12 (3.20)	10 (2.60)	9 (2.40)	52 (13.80)
ปริญญาเอก	0	1 (0.30)	0	0	1 (0.30)
ลักษณะสายอาชีพ					
พยาบาลวิชาชีพ	125 (33.30)	64 (17.10)	77 (20.50)	71 (18.90)	337 (89.90)
นักวิชาการสาธารณสุข	7 (1.90)	7 (1.90)	4 (1.10)	4 (1.10)	22 (5.90)
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	7 (1.90)	0	1 (0.30)	5 (1.30)	13 (3.50)
นักกายภาพบำบัด	1 (0.30)	0	0	0	1 (0.30)
รายได้ (บาท) [$\bar{X}$ (SD)]			41,820.82 (15,200.17)		
ต่ำกว่า 15,000	5 (1.30)	3 (0.80)	4 (1.10)	6 (1.60)	18 (4.80)
15,001-30,000	31 (8.30)	15 (4.00)	25 (6.70)	34 (9.10)	105 (28.00)
30,001-45,000	35 (9.30)	10 (2.70)	24 (6.40)	12 (3.20)	81 (21.60)
45,001-60,000	57 (15.20)	34 (9.10)	28 (7.50)	27 (7.20)	146 (38.90)
60,001บาทขึ้นไป	12 (3.20)	9 (2.40)	1 (0.30)	3 (0.80)	25 (6.70)
ภาวะครอบครัวที่ต้องดูแลอุปการะ					
ไม่มีภาวะ	7 (1.90)	9 (2.40)	11 (2.90)	6 (1.60)	33 (8.80)
มีภาวะ	133 (35.50)	62 (16.50)	71 (18.90)	76 (20.30)	342 (91.20)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามรายจังหวัด
(n=375)

ลักษณะทั่วไป	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
การด้านการเงิน					
ระดับน้อย	21 (5.60)	12 (3.20)	16 (4.20)	11 (2.90)	60 (16.00)
ระดับปานกลาง	70 (18.70)	36 (9.60)	32 (8.50)	38 (10.10)	176 (46.90)
ระดับมาก	49 (13.10)	23 (6.10)	34 (9.10)	33 (8.80)	139 (37.10)
การดูแลครอบครัว					
ระดับน้อย	24 (6.40)	15 (4.00)	16 (4.20)	17 (4.50)	69 (19.20)
ระดับปานกลาง	80 (21.30)	38 (10.10)	43 (11.50)	41 (10.90)	202 (53.90)
ระดับมาก	36 (9.60)	18 (4.80)	23 (6.10)	24 (6.40)	101 (26.90)
ความพอเพียงของรายได้					
รายจ่ายมากกว่ารายได้ และมีหนี้สิน	60 (16.00)	34 (9.10)	39 (10.40)	36 (9.60)	169 (45.10)
รายจ่ายมากกว่ารายได้ แต่ไม่มีหนี้สิน	7 (1.90)	2 (0.50)	1 (0.30)	6 (1.60)	16 (4.30)
รายได้เหลือพอกับรายจ่าย	44 (11.70)	20 (5.30)	22 (5.90)	27 (7.20)	113 (30.10)
รายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	29 (7.70)	15 (4.00)	20 (5.30)	13 (3.50)	77 (20.50)

2. ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่

ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ร้อย 73.60 ระยะเวลาการนอนหลับ ร้อยละ 83.20 โดยเฉลี่ย 6.72 ชั่วโมง การมีเวลาส่วนตัว ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 73.60 และการมีเวลาให้ครอบครัว ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 59.50 และเมื่อพิจารณารายจังหวัด ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีอัตราความเพียงพอทุกด้านสูงกว่า จังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกรายจังหวัด (n=375)

ปัจจัยด้าน ชีวิตความเป็นอยู่	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
ระยะเวลาการนอนหลับ	6.72 (1.15)	6.66 (1.34)	6.60 (1.07)	6.89 (1.48)	6.72 (1.25)
พักผ่อน (ชม./วัน) [$\bar{X}$ (SD)]					
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	14 (3.70)	13 (3.50)	11 (2.90)	13 (3.20)	50 (13.30)
6-8 ชั่วโมง	123 (32.80)	55 (14.70)	70 (18.70)	64 (17.10)	312 (83.20)
9-12 ชั่วโมง	3 (0.80)	3 (0.80)	1 (0.30)	6 (1.60)	13 (3.50)
ความเพียงพอของการมีเวลานอนหลับ					
เพียงพอ	103 (27.50)	51 (13.60)	59 (15.70)	63 (16.80)	276 (73.60)
ไม่เพียงพอ	37 (9.90)	20 (5.30)	23 (6.10)	19 (5.10)	99 (26.40)
ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว					
เพียงพอ	78 (20.80)	42 (11.20)	53 (14.10)	49 (13.10)	222 (59.20)
ไม่เพียงพอ	62 (16.50)	29 (7.70)	29 (7.70)	33 (8.80)	153 (40.80)
ความเพียงพอของการมีเวลาให้ครอบครัว					
เพียงพอ	83 (22.10)	39 (10.40)	51 (13.6)	50 (13.30)	223 (59.50)
ไม่เพียงพอ	57 (15.20)	32 (8.50)	31 (8.3)	32 (8.50)	152 (40.50)

3. ปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 64.30 รองลงมา โรงพยาบาล ร้อยละ 30.10 อยู่ระดับชำนาญการ ร้อยละ 74.10 อายุงานช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 29.30 โดยเฉลี่ย 21.61 ปี ประสบการณ์การทำงานผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 0-5 ปี ร้อยละ 45.60 โดยเฉลี่ย 6.37 ปี ระยะเวลาในการทำงานผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 21-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ย 38.11 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เมื่อพิจารณารายจังหวัด ปัจจัยด้านการทำงานใกล้เคียงกับภาพรวม ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างจังหวัดพบว่า อายุงานเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ รองลงมา จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ และน้อยสุด จังหวัดสุรินทร์ ประสบการณ์การทำงานมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา และสุรินทร์ รองลงมา ชัยภูมิ และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ รองลงมา จังหวัดสุรินทร์ และน้อยที่สุด จังหวัดนครราชสีมา ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

ปัจจัยด้านการทำงาน	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน					
โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน	45 (12.0)	20 (5.33)	26 (6.93)	22 (5.87)	113 (30.10)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	82 (21.87)	47 (12.53)	53 (14.13)	59 (15.73)	241 (64.30)
ศูนย์บริการสุขภาพ/ ศูนย์แพทย์/สสอ.	11 (2.93)	3 (0.80)	3 (0.80)	0	17 (4.50)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	2 (0.53)	1 (0.26)	0	1 (0.26)	4 (1.10)
ตำแหน่งงาน					
ระดับปฏิบัติการ	27 (7.20)	11 (2.90)	14 (3.70)	23 (6.10)	75 (20.00)
ระดับชำนาญการ	101 (26.90)	58 (15.50)	63 (16.30)	56 (14.90)	278 (74.10)
ระดับชำนาญการพิเศษ	12 (3.20)	2 (0.50)	5 (1.30)	3 (0.80)	22 (5.90)
อายุงาน (ปี) [$\bar{X}$ (SD)]	22.83 (10.62)	24.88 (10.32)	20.26 (9.82)	18.02 (10.21)	21.61 (10.54)
0-10 ปี	23 (6.10)	8 (2.10)	15 (4.00)	21 (5.60)	67 (17.90)
11-20 ปี	34 (9.10)	15 (4.00)	25 (6.70)	34 (9.10)	108 (28.80)
21-30 ปี	45 (12.00)	22 (5.90)	28 (7.50)	15 (4.00)	110 (29.30)
31 ปีขึ้นไป	38 (10.10)	22 (6.90)	14 (3.70)	12 (3.20)	90 (24.00)
ประสบการณ์การทำงาน	6.34 (5.56)	6.89 (5.67)	5.94 (3.78)	6.34 (5.34)	6.37 (5.19)
ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ					
0-5 ปี	63 (16.80)	31 (8.30)	35 (9.30)	42 (11.20)	171 (45.60)
6-10 ปี	65 (17.30)	31 (8.30)	41 (10.90)	26 (6.90)	163 (43.50)
11-15 ปี	4 (1.10)	3 (0.80)	5 (1.30)	9 (2.40)	21 (5.60)
16-20 ปี	5 (1.30)	5 (1.30)	1 (0.30)	4 (1.10)	15 (4.00)
21 ปีขึ้นไป	3 (0.80)	1 (0.30)	0	1 (0.30)	5 (1.30)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

ปัจจัยด้านการทำงาน	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านดูแลผู้สูงอายุ (ชม./สัปดาห์)[$\bar{X}$ (SD)]	34.28 (20.74)	36.69 (19.79)	42.78 (23.21)	41.23 (23.71)	38.11 (22.01)
0-20 ชั่วโมง	47 (12.50)	18 (4.80)	17 (1.20)	22 (5.90)	104 (27.70)
21-40 ชั่วโมง	43 (11.50)	32 (8.50)	26 (6.90)	18 (4.80)	119 (31.70)
41-60 ชั่วโมง	41 (10.90)	16 (4.30)	25 (6.70)	30 (8.00)	112 (29.90)
61 ชั่วโมงขึ้นไป	9 (2.40)	5 (1.30)	14 (3.70)	12 (3.20)	40 (10.70)
การเคยคิดย้ายงาน					
ไม่เคย	67 (17.90)	28 (7.50)	34 (9.10)	32 (8.50)	161 (42.90)
เคย	73 (19.50)	43 (11.50)	48 (12.80)	50 (13.30)	214 (57.10)
การเคยคิดลาออกจากอาชีพ					
ไม่เคย	66 (17.60)	31 (8.30)	41 (10.90)	39 (10.40)	177 (47.20)
เคย	74 (19.70)	40 (10.70)	41 (10.90)	43 (11.50)	198 (52.80)
ปริมาณงาน/ภาระงาน	4.30 (0.66)*	4.11 (0.68)*	4.08 (0.74)*	4.17 (0.66)*	4.09 (0.68)*
น้อย	0	0	1 (0.30)	0	1 (0.30)
ค่อนข้างน้อย	0	0	0	0	0
ปานกลาง	28 (7.50)	13 (3.50)	13 (3.50)	12 (3.20)	66 (17.60)
ค่อนข้างมาก	79 (21.10)	37 (9.90)	45 (12.00)	44 (11.70)	205 (54.70)
มาก	33 (8.80)	21 (5.60)	23 (6.10)	26 (6.90)	103 (27.50)
ค่าตอบแทน/สวัสดิการที่ได้รับ	2.14 (0.82)*	2.14 (0.82)*	2.30 (0.81)*	2.18 (0.81)*	2.18 (0.82)*
น้อย	38 (10.10)	18 (4.80)	18 (4.80)	18 (4.80)	92 (24.50)
ค่อนข้างน้อย	45 (12.00)	27 (7.20)	21 (5.60)	34 (9.10)	127 (33.90)
ปานกลาง	56 (14.90)	24 (6.40)	43 (11.50)	27 (7.20)	150 (40.00)
ค่อนข้างมาก	1 (0.30)	2 (0.50)	0	3 (0.80)	6 (1.60)
การสนับสนุนจากองค์กร	2.47 (0.86)*	2.43 (0.98)*	2.59 (0.95)*	2.54 (0.95)*	2.50 (0.92)*
น้อย	20 (5.30)	14 (3.70)	13 (3.50)	13 (3.50)	60 (16.00)
ค่อนข้างน้อย	48 (12.80)	22 (5.90)	20 (5.30)	21 (5.60)	111 (29.60)
ปานกลาง	59 (15.70)	26 (6.90)	37 (9.90)	40 (10.70)	162 (43.20)
ค่อนข้างมาก	12 (3.20)	8 (2.10)	11 (2.90)	6 (1.60)	37 (9.90)
มาก	1 (0.30)	1 (0.30)	1 (0.30)	2 (0.50)	5 (1.30)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

ปัจจัยด้านการทำงาน	นครราชสีมา (n=140) n (%)	ชัยภูมิ (n=71) n (%)	บุรีรัมย์ (n=82) n (%)	สุรินทร์ (n=82) n (%)	รวม (n=375) n (%)
มนุษย์สัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน	3.74 (0.86)*	3.67 (0.93)*	3.81 (0.87)*	3.91 (0.81)*	3.78 (0.87)*
น้อย	3 (0.80)	1 (0.30)	2 (0.50)	1 (0.30)	7(1.90)
ค่อนข้างน้อย	0	6 (1.60)	0	2 (0.50)	8(2.10)
ปานกลาง	57 (15.20)	22 (5.90)	28 (7.50)	19 (5.10)	126(33.60)
ค่อนข้างมาก	50 (13.30)	28 (7.50)	33 (8.80)	41 (10.90)	152(40.50)
มาก	30 (8.00)	14 (3.70)	19 (5.10)	19 (5.10)	82(21.90)
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	3.24 (0.87)*	3.16 (0.86)*	3.42 (0.90)*	3.20 (0.84)*	3.26 (0.87)*
น้อย	5 (1.30)	3 (0.80)	2 (0.50)	3 (0.80)	13 (3.50)
ค่อนข้างน้อย	18 (4.80)	7 (1.90)	8 (2.10)	7 (1.90)	40 (10.70)
ปานกลาง	62 (16.50)	41 (10.90)	34 (9.10)	48 (12.80)	185 (49.30)
ค่อนข้างมาก	48 (12.80)	15 (4.00)	29 (7.70)	18 (4.80)	110 (29.30)
มาก	7 (1.90)	5 (1.30)	9 (2.40)	6 (1.60)	27 (7.20)

*p=0.000

4. ความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวมพบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.10 ($\bar{X}$ =20.19, SD=12.17) ด้านลดความเป็นบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.29, SD.=4.84) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =36.66, SD.=9.56) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม จำแนกรายด้าน (n=375)

ภาวะหมดไฟ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์			20.19	12.17	ปานกลาง
ระดับต่ำ (0-16 คะแนน)	169	45.10			
ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน)	96	25.60			
ระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป)	110	29.30			

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม จำแนกรายด้าน (n=375)

ภาวะหมดไฟ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ด้านการลดความเป็นบุคคล			5.29	4.85	ต่ำ
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	258	68.80			
ระดับปานกลาง (7-12 คะแนน)	82	21.90			
ระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป)	35	9.30			
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล			36.66	9.56	ปานกลาง
ระดับต่ำ (39 คะแนนขึ้นไป)	196	52.30			
ระดับปานกลาง (32-38 คะแนน)	84	22.40			
ระดับสูง (0-31 คะแนน)	95	25.30			

เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ ($\bar{x}$ =21.70, SD=12.94) รองลงมา จังหวัดสุรินทร์ ($\bar{x}$ =21.26, SD=12.95) นครราชสีมา ($\bar{x}$ =19.34, SD=11.34) และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ($\bar{x}$ =19.25, SD=12.05) ในด้านลดความเป็นบุคคล ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ($\bar{x}$ =5.72, SD=5.04) รองลงมา จังหวัดชัยภูมิ ($\bar{x}$ =5.67, SD=4.84) จังหวัดสุรินทร์ ($\bar{x}$ =4.90, SD=5.08) และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ($\bar{x}$ =4.60, SD=4.16) และในด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ ($\bar{x}$ =37.90, SD=8.67) รองลงมา จังหวัดบุรีรัมย์ ($\bar{x}$ =37.30, SD=9.07) จังหวัดนครราชสีมา ($\bar{x}$ =36.17, SD=9.84) และน้อยที่สุด จังหวัดชัยภูมิ ($\bar{x}$ =35.45, SD=10.49)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5.1 ผลทดสอบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบพฤติกรรมของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.632$, $p=0.000$) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ความสำเร็จส่วนบุคคลในทางลบระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.153$, $p=0.003$) ด้านการลดความเป็นบุคคล มีความสัมพันธ์ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในทางลบระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.183$, $p=0.000$)

5.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในทางบวก ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ภาระงาน เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออก และในทางลบ ได้แก่ อายุ รายได้ ความเพียงพอของการนอนหลับพักผ่อน การมีเวลาส่วนตัว การมีเวลาให้ครอบครัว อายุงาน สวัสดิการที่ได้รับ สนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน ด้านการลดความเป็นบุคคลในทางบวก ได้แก่ สถานภาพสมรส เคยคิดย้ายงาน และเคยคิด

ลาออก และในทางลบ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความเพียงพอของการมีเวลาส่วนตัว การมีเวลาให้ครอบครัว อายุนาน สวัสดิการที่ได้รับ สนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน และในด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในทางบวก ได้แก่ อายุ รายได้ อายุนาน การสนับสนุนจากองค์กร และในทางลบ ได้แก่ เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวม (n=375)

ปัจจัย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์		การลดความเป็นบุคคล		ความสำเร็จส่วนบุคคล	
	r	p	r	p	r	p
ข้อมูลทั่วไป						
เพศ	-0.013	0.797	-0.102	0.049*	0.001	0.978
อายุ	-0.207	0.000**	-0.166	0.001**	0.146	0.005**
การศึกษา	0.000	0.997	-0.041	0.426	0.076	0.139
สถานภาพสมรส	-0.118	0.022*	-0.111	0.032*	0.035	0.501
อาชีพ	-0.790	0.127	-0.045	0.385	0.290	0.577
หน่วยงาน	0.012	0.821	0.027	0.596	0.019	0.715
รายได้	-0.125	0.015*	-0.117	0.024*	0.124	0.016*
ภาระในครอบครัว	-0.025	0.625	-0.071	0.172	-0.032	0.541
ความเพียงพอของรายได้	0.125	0.015*	0.039	0.447	-0.091	0.079
ความเพียงพอของการนอนหลับ	-0.196	0.000**	-0.089	0.086	0.031	0.545
ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว	-0.267	0.000**	-0.106	0.041*	-0.004	0.932
ความเพียงพอของเวลาครอบครัว	-0.292	0.000**	-0.134	0.009**	-0.009	0.857
ปัจจัยการทำงาน						
อายุนาน	-0.215	0.000**	-0.159	0.002**	0.114	0.027*
ประสบการณ์	-0.062	0.232	-0.076	0.141	0.037	0.469
ชั่วโมงทำงาน	0.089	0.087	0.034	0.510	0.045	0.388
ภาระงาน	0.197	0.000**	0.076	0.143	0.075	0.145
สวัสดิการที่ได้รับ	-0.320	0.000**	-0.165	0.001**	-0.002	0.962
สนับสนุนจากองค์กร	-0.292	0.000**	-0.161	0.002**	0.143	0.005**
สัมพันธภาพในหน่วยงาน	-0.259	0.000**	-0.205	0.000**	0.064	0.218
ความพึงพอใจในการทำงาน	-0.491	0.000**	-0.241	0.000**	0.265	0.000**
คิดย้ายงาน	0.407	0.000**	0.225	0.000**	-0.271	0.000**
คิดลาออก	0.442	0.000**	0.298	0.000	-0.141	0.006

*p<0.05, **p<0.01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

ความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 ผลการศึกษาภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =20.19) การลดความเป็นบุคคลระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.29) และความสำเร็จส่วนบุคคลระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =36.66) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธราภรณ์ สິณัตพัฒนสุข และธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์⁽⁸⁾ ภาวะหมดไฟในการทำงานของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดคุณค่าความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลางและสูง แตกต่างกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริณภา⁽⁹⁾ ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนันทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด ภาพรวมมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับสูงร้อยละ 17.0 ระดับปานกลางร้อยละ 8.5 และระดับต่ำร้อยละ 9.3 โดยเมื่อเปรียบเทียบกับพิจารณาภาวะหมดไฟรายจังหวัด พบว่าจังหวัดชัยภูมิมีภาวะหมดไฟสูงสุด รองลงมาจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดนครราชสีมาตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟรายด้านของแต่ละจังหวัดอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกันกับภาพรวม อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ลักษณะอาชีพพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นวิชาชีพบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน และมีความกดดันสูงหรืออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน ด้วยลักษณะการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ลักษณะงานมีความเร่งด่วนและเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตของชีวิตมนุษย์ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้⁽¹⁰⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า อายุ อายุงาน และรายได้ มีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุงานเฉลี่ย 21.61 ปี อธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต จึงทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มองชีวิตได้อย่างลึกซึ้งและเข้าใจ ทำให้สามารถปรับตัวได้เมื่อประสบกับความเครียด และอายุงานมากขึ้นจะมีรายได้เพิ่มสูงขึ้น มีความมั่นคงในอาชีพและสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวที่มั่นคง ส่งผลต่อความคงอยู่ในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรจาริน หงษา และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอายุน้อยมีโอกาสเปลี่ยนงานและลาออกมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก เนื่องจากมีระดับความเชี่ยวชาญที่ไม่เสถียร

ปัจจัยภาระงาน เป็นปัจจัยด้านการงานที่มีความสัมพันธ์ตรงกับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.197$, $p<0.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาระงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.09) ทั้งนี้จากความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ภาระงานมากส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากนโยบาย

และการกำหนดเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี ทำให้กระบวนการทำงานเพิ่มความซ้ำซ้อน มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติงานจริงโดยเฉพาะระบบลงข้อมูลในด้านการเบิกจ่ายประมาณที่ซ้ำซ้อนและล่าช้า ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและเกิดข้อร้องเรียนตามมา รวมถึงเวลาการปฏิบัติงานในชุมชนนอกเวลาเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในชุมชน อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียดในการทำงานเรื้อรัง และส่งผลกระทบยาวเป็นสาเหตุให้บุคลากรคิดย้ายงานหรือลาออกจากอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร⁽⁴⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าและด้านความเย็นชาคือ ภาระงานที่มากเกินไป เช่นเดียวกับการศึกษา Ujjan et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในศัลยแพทย์ประสาท เกิดจากงานประจำที่ไม่เสถียร รวมถึงมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ซึ่งการทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาที่เพียงพอในการพักผ่อนและสังสรรค์กับเพื่อนหรือเข้าสังคม การขาดสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดและการสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรับผิดชอบที่มากเกินไปแต่เพียงผู้เดียว โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้อื่นอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะหมดไฟ⁽¹³⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่และปัจจัยการทำงานอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระในครอบครัวด้านการเงินและการดูแล ร้อยละ 91.20 มีรายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สิน ร้อยละ 45.10 ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว ร้อยละ 59.20 และการมีเวลาให้ครอบครัว ร้อยละ 59.50 จะเห็นได้ว่าภาระงานเพิ่มขึ้น ความรับผิดชอบที่สูงขึ้นตามมาด้วยความเครียด อาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นความรับผิดชอบต่อครอบครัวมีความสำคัญจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการให้ดีและเหมาะสม⁽¹⁴⁾ และจากการแสดงความคิดเห็นด้านสวัสดิการที่ได้รับ การสนับสนุนจากองค์กร การมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับค่อนข้างมากและปานกลาง จึงส่งผลให้ภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จามรี ณ บางช้าง⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยภาระงานที่มากขึ้นมีอิทธิพลต่อคะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานมากขึ้น ส่วนการได้รับการสนับสนุน และสัมพันธ์ภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุชาติ ลาพูน และคณะ⁽¹⁶⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านหน้า เขตสุขภาพที่ 1 การรับรู้ภาระงานและคุณลักษณะของงานและความพึงพอใจในงานระดับมาก ความยึดมั่นต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร และคุณภาพในการทำงาน ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญของภาวะหมดไฟ และสนับสนุนนโยบายการแก้ไขปัญหาเชิงระบบให้เหมาะสมและสร้างบรรยากาศองค์การที่มีความสุขเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาแบบข้อมูลที่ได้จาก บางรายการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงต้องคัดออกตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

- 1) ด้านนโยบาย ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ
- 2) ด้านบริหาร จากการศึกษาควรพิจารณาการแก้ไขปัญหาเชิงระบบให้เหมาะสมกับภาระงาน การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและเพียงพอ การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในที่ทำงานและการทำงานเป็นทีม สร้างบรรยากาศองค์กรที่มีความสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ด้านพัฒนางานวิจัย ควรนำผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานไปพัฒนารูปแบบการลดและป้องกันภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ปรึกษางานวิจัย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนในการเก็บข้อมูลช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2022. United Nations; 2022.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ทิพรรัตน์ บำรุงพินิจาวรร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
5. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการท างานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
6. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
7. นันทาวดี วรสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2560;13(2): 603-13.
8. พัชรภรณ์ สິณัตพัฒนะศุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):154-63.
9. นิตยา เพ็ญศิริณภา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):84-96.

10. กขามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัยม, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565; 30(3):211-21.
11. ภัทรจาริน หงษา, ยูวูช สัตยสมบูรณ์, จารุวรรณ ธาตาเดช, จุฑาธิป ศีลบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2564;7(3):476-89.
12. Ujjan BU, Hussain F, Nathani KR, Farhad A, Chaurasia B. Factors associated with risk of burnout in neurosurgeons: current status and risk factors. Acta Neurol Belg. 2022 Oct;122(5):1163-1168. doi: 10.1007/s13760-022-02072-2.
13. Smith M, Reid S. Burnout: Symptoms, Treatment, and Tips on How to Deal [Web blog message]. 2019 [cited 2024 July 1]. Available from: <https://www.helpguide.org/mental-health/stress/burnout-prevention-and-recovery>
14. โยธิน วิเชษฐวิชัย. Burnout Syndrome ภาวะหมดไฟในการทำงาน. 2561 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 1] เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/หมดไฟ-การทำงาน>
15. จามรี ณ บางช้าง. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64(1):61-76.
16. สุขาดา ลำพูน, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านหน้าสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2566;16(2):210-22.