

ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

ชยางกูร ภูมิกำจร*, กมลพร วรรณฤทธิ์*, ปณต ผู้กฤตยาคามิ*, อุบล หุ่นแก้วชมภู**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยนี้มีเพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสอง ในผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล จำนวน 170 คน โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) และแบบประเมินภาวะหมดไฟโคเปนเฮเกน ฉบับภาษาไทย (Thai-CBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson's chi-square test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression analysis)

ผลการศึกษา พบผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.7 และมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 34.7 หรือ 59 จาก 170 คน ในกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 86.4 เทียบกับผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 13.6 โดยคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวพบว่า กลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.94, 95\% CI 1.26 - 6.84, p = 0.013$) และเมื่อวิเคราะห์ในแบบจำลองพหุตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลง การถูกรบกวนการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนจริงที่ลดลง โรคประจำตัวทางจิตเวช และสถานภาพหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต

สรุป คุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะคุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และการจัดระบบการทำงานที่เอื้อต่อการพักผ่อนของบุคลากรพยาบาล

คำสำคัญ ภาวะหมดไฟในการทำงาน คุณภาพการนอนหลับ พยาบาล ความเครียดในการทำงาน

Corresponding author: ชยางกูร ภูมิกำจร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: chayangkoon.poo@gmail.com

วันรับ 17 ธันวาคม 2568 วันแก้ไข 5 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 14 กรกฎาคม 2569

The Effect of Sleep Quality on Burnout Syndrome among Practical and Registered Nurses at Siriraj Hospital

Chayangkoon Poomkamjorn*, Kamonporn Wannarit*, Panate Pukrittayakamee*, Ubol Hunkaewchompoo**

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

**Medical and Psychiatric Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the prevalence of occupational burnout and poor sleep quality, and to examine the association between these two factors among practical nurses and registered nurses working at Siriraj Hospital.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 170 practical nurses and registered nurses at Siriraj Hospital. Data were collected using a demographic questionnaire, the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI), and the Thai version of the Copenhagen Burnout Inventory (Thai-CBI). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, and binary logistic regression analysis.

Results: Poor sleep quality was found in 74.7% of participants, and occupational burnout was found in 34.7% or 59 of 170 participants. Among those with occupational burnout, 86.4% had poor sleep quality, compared with 13.6% who had good sleep quality. Sleep quality was significantly associated with occupational burnout ($p = 0.010$). Univariable logistic regression analysis showed that participants with poor sleep quality had 2.94 times higher odds of occupational burnout than those with good sleep quality ($OR = 2.94$, 95% CI 1.26 – 6.84, $p = 0.013$). In the multivariable model, factors associated with occupational burnout included poorer subjective sleep quality, greater sleep disturbance, shorter actual sleep duration, psychiatric comorbidity, and divorced or widowed marital status.

Conclusion: Sleep quality, particularly subjective sleep quality, sleep disturbance, and actual sleep duration, was associated with occupational burnout among practical nurses and registered nurses at Siriraj Hospital. These findings highlight the importance of promoting sleep quality and designing work systems that support adequate recovery among nursing personnel.

Keywords: occupational burnout, sleep quality, nurses, occupational stress

บทนำ

ภาวะหมดไฟ (burnout) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์เรื้อรังต่องานที่ทำ องค์การอนามัยโลกได้บรรจุภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ในแนวทางการวินิจฉัยโรค ฉบับที่ 11 (ICD-11) โดยมีอาการหลัก 3 ด้าน คือ ความรู้สึกว่างเปล่าลดลง หรือเกิดความเหนื่อยล้า การคิดลบหรือเย็นชา (cynicism) ต่อการทำงาน และประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง¹

ภาวะหมดไฟในการทำงานถูกกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชื่อ Herbert Freudenberger ซึ่งได้ให้นิยามว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดและความกังวลจากการทำงานที่พบในบุคลากรทางการแพทย์² ต่อมา Maslach และ Jackson ได้อธิบายภาวะหมดไฟในการทำงานเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization/cynicism) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced personal accomplishment) และได้พัฒนาแบบประเมิน แบบวัดภาวะหมดไฟของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory; MBI) ซึ่งเป็นแบบประเมินชุดแรกที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบประเมินอื่นๆ ตามมา³

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (occupational burnout) พบได้ในทุกอาชีพ โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสูงที่สุดกลุ่มหนึ่ง⁴ โดยภาวะหมดไฟมักพบมากที่สุดในกลุ่มอาชีพบริการที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดและรับผิดชอบดูแลผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและกลุ่มครู ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีการศึกษาและรายงานภาวะหมดไฟในการทำงานไว้มากที่สุด⁵ ทั้งนี้ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละกลุ่มประชากร ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล มีความชุกอยู่ในระดับที่น่ากังวล การศึกษาหลายฉบับในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลเอกชนพบความชุกของภาวะหมดไฟขึ้นกับบริบทของหน่วยงาน ลักษณะงาน และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ตัวอย่างเช่น การศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครพบความชุกของภาวะหมดไฟ ร้อยละ 35.3⁶ ขณะที่การศึกษาในพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พบความชุกสูงถึงร้อยละ 62.6⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ห่อภิมานระดับนานาชาติซึ่งรายงานความชุกเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในพยาบาลทั่วโลกเพียง

ร้อยละ 11.23⁸ จะเห็นได้ว่าบุคลากรพยาบาลในประเทศไทยอาจเผชิญปัญหานี้ในระดับที่รุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับความผิดพลาดในการผ่าตัด พบว่าคะแนนด้านการลดความเป็นบุคคลที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน สัมพันธ์กับความผิดพลาดในการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น และคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นก็สัมพันธ์กับความผิดพลาดในการผ่าตัดเช่นกัน⁹ อีกทั้งยังเพิ่มความคิดที่จะลาออก ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดหาบุคลากรทดแทน คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโดยความอ่อนล้าทางอารมณ์สัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในทุกด้าน และการลดทอนความเป็นบุคคลสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาพกาย สุขภาพใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม¹⁰

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรพยาบาล งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านงานและองค์กร เช่น ภาระงานสูง ความเครียดจากงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และองค์กรไม่เพียงพอ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ความไม่สมดุลระหว่างงานกับชีวิต การทำงานเป็นกะหรือเวร และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยเชิงจิตสังคมและสภาพแวดล้อมการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เลือกเน้นปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factor) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเพิ่มชั่วโมงการทำงาน การถูกรบกวนการนอน การอดนอน หรือการรบกวนวงจรการนอน (circadian alteration) อาจเพิ่มความเครียดทั้งทางสรีรวิทยาและจิตใจ ลดความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การควบคุมอารมณ์และสมาธิ เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในที่ทำงาน และทำให้งานที่ต้องใช้ความคิดซับซ้อนดำเนินไปช้าลง¹¹ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ห่อภิมานในพยาบาลต่างประเทศยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัญหาการนอน¹² อีกทั้งภาวะหมดไฟอาจบรรเทาได้ด้วยวิธีการปรับสภาพแวดล้อมและรูปแบบการทำงาน เช่น การจัดตารางเวรให้เป็นกลางวันหรือกลางคืนอย่างต่อเนื่องแทนการสลับเวรไปมา ซึ่งอาจช่วยลดการรบกวนการนอนและลดภาวะหมดไฟในการ

ทำงานได้¹³ ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยที่เหมาะสมต่อการรักษาในบริบทของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับลักษณะงานพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนมาตรการป้องกันและลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีภาระงานสูงและระบบเวรเข้มขันยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัจจัยที่สัมพันธ์กัน และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA: 809/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลศิริราช
2. การเลือกตัวอย่าง ใช้การเลือกตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) ด้วยวิธีอาสาสมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจผ่านแบบสอบถามออนไลน์โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือยุติการตอบแบบสอบถามก่อนครบถ้วน
3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ฉบับเดียวกัน (PSQI) โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว (single population proportion estimation) ตามสูตรของ Daniel¹⁴ ($n = Z^2 p(1 - p) / d^2$) โดยอ้างอิงสัดส่วนของพยาบาลที่มีคุณภาพการนอนไม่ดีจากการศึกษาของ Junsatitanon และคณะ ที่พบร้อยละ 61¹⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 149 ราย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนอนหลับดีและไม่ดี กลุ่มละ 58 คน และเพื่อชดเชยการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการปฏิเสธและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 คิดเป็น 170 ราย

เครื่องมือวิจัย

งานวิจัยนี้มีตัวแปรต้น คือ คุณภาพการนอนหลับ (ประเมินด้วยแบบวัด PSQI) และตัวแปรตาม คือ ภาวะหมดไฟในการทำงาน (ประเมินด้วยแบบวัด CBI) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูล

การทำงาน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ โรคประจำตัวทางจิตเวช ระยะเวลาที่เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 เดือน จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ

พิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ของ Buysse และคณะ¹⁶ ฉบับแปลโดย วัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล และคณะ¹⁷ มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.837 และค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้น 0.89 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) คุณภาพการนอนโดยรวม (2) ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ (3) ระยะเวลาการนอนจริง (4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (5) การถูกรบกวนการนอนหลับ (6) การง่วงนอนหลับ และ (7) ผลกระทบในเวลากลางวัน แต่ละองค์ประกอบให้คะแนน 0 – 3 คะแนน (0 = ไม่มีปัญหา ถึง 3 = มีปัญหามากที่สุด) จากนั้นนำคะแนนทุกองค์ประกอบมารวมเป็นคะแนนรวม (global score) โดยคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (poor sleep) และคะแนนรวมไม่เกิน 5 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (good sleep)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย (Copenhagen Burnout Inventory; CBI) ของ Kristensen และคณะ¹⁸ ฉบับแปลโดย ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ¹⁹ มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 และค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้น 0.86 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล 6 ข้อ, ความเหนื่อยล้าในงาน 7 ข้อ และความเหนื่อยล้าจากผู้ให้บริการหรือสถานการณ์ 6 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 0 – 4 (0 = ไม่เคย/น้อยมาก ถึง 4 = มาก/ตลอดเวลา) แล้วแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน 0 – 100 คะแนนต่อองค์ประกอบ ผู้ที่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับ moderate-severe burnout จัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Form ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยติดประกาศโปสเตอร์พร้อมรหัสคิวอาร์ ก่อนเข้าถึงคำถามจะมีการขอความยินยอม และมีตัวเลือกระหว่างยินยอมและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกและวิเคราะห์โดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA V.18 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา คือ ข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน และคุณภาพการนอน นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปรเชิงกลุ่มระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้สถิติ Pearson's chi-square test เป็นหลัก และใช้ Fisher's exact test ในกรณีที่จำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวัง (expected count) น้อยกว่า 5 มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานใช้แบบจำลองการถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression model) ทั้งแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟในการทำงานหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน พบผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 และไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี (ร้อยละ 84.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 89.4) ไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 93.5) เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 80.6) ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยใน (ร้อยละ 64.1) มีจำนวนเวรเฉลี่ย 21 – 24 เวรต่อเดือน (ร้อยละ 59.4) ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไป (ร้อยละ 54.1) และส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71.8) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงานระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด ($p = 0.035$) โดยกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟมีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไปสูงกว่า (ร้อยละ 65.52 เทียบกับ ร้อยละ 47.75) และความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.007$) โดยกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.75 เทียบกับ ร้อยละ 64.86) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 ที่เปรียบเทียบปัจจัยคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (poor sleep) ร้อยละ 74.7 โดยกลุ่มที่นอนหลับไม่ดีมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 40.2 (51 จาก 127 คน) ขณะที่กลุ่มนอนหลับดีมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 18.6 (8 จาก 43 คน) ซึ่งคุณภาพการนอนจากคะแนนรวม (global score) มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) นอกจากนี้ องค์ประกอบของคุณภาพการนอนที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวม ($p < 0.001$) การถูกรบกวนระหว่างหลับ ($p = 0.005$) และผลกระทบในเวลากลางวัน ($p = 0.004$) ส่วนระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ ระยะเวลาการนอนจริง ประสิทธิภาพการนอนหลับ และการใช้ยาช่วยนอนหลับ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ (binary logistic regression model) แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาเฉพาะคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มที่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุ				3.253	0.242 ^b
≤30 ปี	144 (84.71)	90 (81.08)	54 (91.53)		
31 – 45 ปี	15 (8.82)	12 (10.81)	3 (5.08)		
≥45 ปี	11 (6.47)	9 (8.11)	2 (3.39)		
สถานภาพ				2.151	0.356 ^b
โสด	152 (89.41)	97 (87.39)	55 (93.22)		
สมรส	16 (9.41)	13 (11.71)	3 (5.08)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 (1.18)	1 (0.90)	1 (1.69)		
โรคทางจิตเวช				4.344	0.050 ^b
ไม่มี	159 (93.53)	107 (96.40)	52 (88.14)		
มี	11 (6.47)	4 (3.60)	7 (11.86)		
ระยะเวลาที่เริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการพยาบาล				2.356	0.535 ^b
≤5 ปี	137 (80.59)	87 (78.38)	50 (84.75)		
6 – 10 ปี	11 (6.47)	7 (6.31)	4 (6.78)		
11 – 20 ปี	9 (5.29)	6 (5.41)	3 (5.08)		
21 – 30 ปี	13 (7.65)	11 (9.91)	2 (3.39)		
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช				2.296	0.537 ^b
≤5 ปี	139 (81.76)	89 (80.18)	50 (84.75)		
6 – 10 ปี	9 (5.29)	5 (4.50)	4 (6.78)		
11 – 20 ปี	10 (5.88)	7 (6.31)	3 (5.08)		
21 – 30 ปี	12 (7.06)	10 (9.01)	2 (3.39)		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน				4.888	0.282 ^b
ผู้ป่วยใน	109 (64.12)	65 (58.56)	44 (74.58)		
ผู้ป่วยนอก	46 (27.06)	34 (30.63)	12 (20.34)		
ห้องผ่าตัด	13 (7.65)	10 (9.01)	3 (5.08)		
แพทย์เวรและอื่นๆ	2 (1.18)	2 (1.80)	0 (0.00)		
จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 เดือน				1.600	0.630 ^b
≤20 เวร	31 (18.24)	22 (19.82)	9 (15.52)		
21 – 24 เวร	101 (59.41)	68 (60.36)	33 (56.90)		
25 – 28 เวร	25 (14.71)	14 (12.61)	11 (18.97)		
≥29 เวร	13 (7.65)	8 (7.21)	5 (8.62)		
จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด				4.840	0.035 ^{b*}
≤5 เวร	78 (45.88)	59 (52.25)	20 (34.48)		
≥6 เวร	92 (54.12)	53 (47.75)	38 (65.52)		
ความเพียงพอของรายได้				7.514	0.007 ^{b**}
ไม่เพียงพอ	122 (71.76)	72 (64.86)	50 (84.75)		
เพียงพอ	48 (28.24)	39 (35.14)	9 (15.25)		

^a = Pearson's chi-square test, ^b = Fisher's exact test; ค่าสถิติทดสอบแสดงเป็นค่า Pearson's chi-square (χ^2)

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

ปัจจัยคุณภาพการนอน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	มีภาวะหมดไฟ n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
คุณภาพการนอนโดยรวม				18.085	<0.001 ^{b***}
ดีมาก	3 (1.76)	3 (2.70)	0 (0.00)		
ค่อนข้างดี	85 (50.00)	67 (60.36)	18 (30.51)		
ค่อนข้างแย่	78 (45.88)	40 (36.04)	38 (64.41)		
แย่มาก	4 (2.35)	1 (0.90)	3 (5.08)		
ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ (คะแนน)				3.381	0.340 ^b
0	14 (8.24)	12 (10.81)	2 (3.39)		
≥1 – ≤2	68 (40.00)	44 (39.64)	24 (40.68)		
≥3 – ≤4	65 (38.24)	42 (37.84)	23 (38.98)		
≥5 – ≤6	23 (13.53)	13 (11.71)	10 (16.95)		
ระยะเวลาการนอนจริง (ชั่วโมง)				3.758	0.293 ^b
≥7	37 (21.76)	25 (22.52)	12 (20.34)		
<7 – ≥6	46 (27.06)	30 (27.03)	16 (27.12)		
<6 – ≥5	51 (30.00)	37 (33.33)	14 (23.73)		
<5	36 (21.18)	19 (17.12)	17 (28.81)		
ประสิทธิภาพการนอนหลับ (ร้อยละ)				5.968	0.127 ^b
≥85	79 (46.47)	53 (47.75)	26 (44.07)		
<85 – ≥75	46 (27.06)	31 (27.93)	15 (25.42)		
<75 – ≥65	19 (11.18)	15 (13.51)	4 (6.78)		
<65	26 (15.29)	12 (10.81)	14 (23.73)		
การถูกรบกวนระหว่างหลับ (คะแนน)				11.820	0.005 ^{b**}
0	6 (3.53)	6 (5.41)	0 (0.00)		
≥1 – ≤9	123 (72.35)	86 (77.48)	37 (62.71)		
>9 – ≤18	40 (23.53)	19 (17.12)	21 (35.59)		
>18	1 (0.59)	0 (0.00)	1 (1.69)		
การใช้ยาช่วยนอนหลับ				6.562	0.068 ^b
ไม่เคยเลย	143 (84.12)	99 (89.19)	44 (74.58)		
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	14 (8.24)	7 (6.31)	7 (11.86)		
1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์	8 (4.71)	3 (2.70)	5 (8.47)		
≥3 ครั้ง/สัปดาห์	5 (2.94)	2 (1.80)	3 (5.08)		
ผลกระทบในเวลากลางวัน (คะแนน)				13.173	0.004 ^{b**}
0	25 (14.79)	20 (18.18)	5 (8.47)		
≥1 – ≤2	99 (58.58)	69 (62.73)	30 (50.85)		
≥3 – ≤4	42 (24.85)	21 (19.09)	21 (35.59)		
≥5 – ≤6	3 (1.78)	0 (0.00)	3 (5.08)		
คุณภาพการนอน (global score)				6.585	0.010 ^{b*}
good sleep	43 (25.29)	35 (31.53)	8 (13.56)		
poor sleep	127 (74.71)	76 (68.47)	51 (86.44)		

^a = Pearson's chi-square test, ^b = Fisher's exact test; ค่าสถิติทดสอบแสดงเป็นค่า Pearson's chi-square (χ^2)

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยการถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ตัวแปร	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
อายุ (อ้างอิง: ≤30 ปี)						
31 – 45 ปี	–	–	0.37 (0.06 – 2.14)	0.265	0.39 (0.06 – 2.79)	0.352
≥45 ปี	–	–	0.42 (0.06 – 2.82)	0.372	0.42 (0.04 – 4.11)	0.456
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)						
สมรส	–	–	1.68 (0.28 – 9.93)	0.567	1.24 (0.18 – 8.70)	0.827
หย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต	–	–	13.07 (0.47 – 362.89)	0.130	36.64 (1.03 – 130.52)	0.048*
โรคประจำตัวทางจิตเวช (อ้างอิง: ไม่มี)						
มี	–	–	7.64 (1.53 – 38.22)	0.013**	8.02 (1.03 – 62.46)	0.047*
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (อ้างอิง: ผู้ป่วยใน)						
อื่นๆ (ผู้ป่วยนอก/ห้องผ่าตัด)	–	–	0.50 (0.21 – 1.21)	0.124	0.53 (0.20 – 1.42)	0.205
จำนวนเวรเฉลี่ยใน 1 เดือน (อ้างอิง: ≤20 เวร)						
21 – 24 เวร	–	–	0.96 (0.35 – 2.60)	0.933	0.78 (0.26 – 2.40)	0.668
25 – 28 เวร	–	–	0.87 (0.23 – 3.25)	0.835	0.58 (0.13 – 2.53)	0.469
≥29 เวร	–	–	0.97 (0.21 – 4.48)	0.972	0.67 (0.12 – 3.76)	0.647
เวรติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด (อ้างอิง: ≤5 เวร)						
≥6 เวร	–	–	1.67 (0.75 – 3.69)	0.209	1.79 (0.74 – 4.34)	0.200
ความเพียงพอของรายได้ (อ้างอิง: ไม่เพียงพอ)						
เพียงพอ	–	–	0.41 (0.17 – 1.01)	0.053	0.47 (0.17 – 1.28)	0.140
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)						
คุณภาพการนอนโดยรวม	–	–	–	–	3.49 (1.41 – 8.62)	0.007**
ประสิทธิภาพการนอนหลับ	–	–	–	–	1.31 (0.83 – 2.08)	0.244
ระยะเวลาการนอนจริง	–	–	–	–	0.58 (0.34 – 0.99)	0.047*
ระยะเวลาในการเข้านอนจนหลับ	–	–	–	–	0.71 (0.41 – 1.24)	0.230
การถูกรบกวนการนอนหลับ	–	–	–	–	2.42 (1.02 – 5.74)	0.045*
การใช้ยาช่วยนอนหลับ	–	–	–	–	1.18 (0.59 – 2.34)	0.637
ผลกระทบในเวลากลางวัน	–	–	–	–	1.76 (0.92 – 3.39)	0.089
Global PSQI score (อ้างอิง: good sleep)						
poor sleep quality	2.94 (1.26 – 6.84)	0.013*	1.95 (0.72 – 5.26)	0.186	–	–
Number of obs	170		170		170	
LR chi2	7.08		24.87		47.49	
Prob > chi2	0.0078		0.0154		0.0002	
Pseudo R ²	0.0323		0.1144		0.2193	
AIC	216.42		218.51		207.04	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

คุณภาพการนอนหลับไม่มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.94$, 95% CI 1.26 – 6.84, $p = 0.013$) อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่คงนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.95$, 95% CI 0.72 – 5.26, $p = 0.186$) สะท้อนว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมกับภาวะหมดไฟอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่น เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ 3 ซึ่งรวมปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน และองค์ประกอบรายด้านของ PSQI พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพ หย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต ($OR = 36.64$, 95% CI 1.03 – 130.52, $p = 0.048$) โรคประจำตัวทางจิตเวช ($OR = 8.02$, 95% CI 1.03 – 62.46, $p = 0.047$) คุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลง ($OR = 3.49$, 95% CI 1.41 – 8.62, $p = 0.007$) และการถูกรบกวนการนอนหลับ ที่เพิ่มขึ้น ($OR = 2.42$, 95% CI 1.02 – 5.74, $p = 0.045$) ขณะที่ ระยะเวลาการนอนจริงมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับ ภาวะหมดไฟในการทำงาน ($OR = 0.58$, 95% CI 0.34 – 0.99, $p = 0.047$) กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาการนอนจริงเพิ่มขึ้น โอกาสเกิด ภาวะหมดไฟมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ แบบจำลองสุดท้าย มีค่า Pseudo $R^2 = 0.2193$, AIC = 207.04 และ Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test $p = 0.275$ จึงสนับสนุนว่าแบบจำลอง ดังกล่าวมีความเหมาะสมต่อข้อมูลในการศึกษานี้

วิจารณ์

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ช่วยพยาบาลและ พยาบาลโรงพยาบาลศิริราช มีความสุขของคุณภาพการนอนหลับ ไม่ดีในระดับสูง และพบภาวะหมดไฟในการทำงานประมาณ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ในการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว คุณภาพ การนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ ในการทำงานที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน ความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมแบบ Good sleep/Poor sleep ไม่คงนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การวิเคราะห์รายองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ พบว่า คุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริงยังคงสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้โรคประจำตัวทางจิตเวช

และสถานภาพสมรสบางกลุ่มยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟ ผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน ของบุคลากรพยาบาลอาจเกี่ยวข้องกับทั้งมิติของการนอนหลับ สุขภาพจิต และบริบทส่วนบุคคลร่วมกัน มากกว่าการอธิบายด้วย คุณภาพการนอนหลับโดยรวมเพียงปัจจัยเดียว

จากการศึกษาพบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.7 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ ชลธิชา แยมมา²⁰ ในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 93.3 และการศึกษาของ จิราภรณ์ ทับแสงสี²¹ ที่ศึกษา ในพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบภาวะนอนหลับ ไม่ดี ร้อยละ 81.9 แต่มากกว่าการศึกษาของ ฉันทนา แร่งสิงห์²² ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ อีกแห่งหนึ่ง พบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 65.1 โดยรวมจะเห็นว่าการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จะพบว่า พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยในพบภาวะนอนหลับไม่ดี สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tarhan M²³ ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงเรียนแพทย์ ต่างประเทศ พบความทุกข์ของภาวะนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 61.9 โดยกลุ่มที่ต้องทำงานกะกลางคืน มีระดับความวิตกกังวลสูง ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพการนอน ความแตกต่างนี้อาจ อธิบายได้จากบริบทของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ตติยภูมิที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยสูง ภาระงานมาก และต้องอาศัย ระบบเวรอย่างเข้มข้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ไม่เกิน 30 ปี และมีอายุงานไม่เกิน 5 ปี จึงอาจยังอยู่ในช่วงปรับตัว อีกทั้งมากกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 6 เวรขึ้นไป ซึ่งลดโอกาสในการฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าสะสม

สำหรับภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษานี้ พบความทุกข์ ร้อยละ 34.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตติณฐ์ นวพงษ์วิวัฒน์⁶ ที่ศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน พบความทุกข์ ร้อยละ 35.3 และการศึกษาของ ศิวัช อารังวิตร²⁴ ที่ศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิพบความทุกข์ ร้อยละ 35.4 ขณะที่ในการศึกษาของ จัตุรัชย์ เล่าห์ภากรณ์⁷ ที่ศึกษา ในพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบความทุกข์ถึงร้อยละ 62.6 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยรวมถึง เครื่องมือที่ใช้ประเมินที่แตกต่างกัน ลักษณะประชากรที่ศึกษา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อมองภาพรวมในระดับนานาชาติ ตามการศึกษาของ Woo et al⁸ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบความทุกข์ของภาวะหมดไฟในการทำงานในพยาบาล

ทั่วโลก 45,000 คน อยู่ที่ร้อยละ 11.23 ความแตกต่างของความชุกระหว่างการศึกษานในประเทศและต่างประเทศ อาจเกิดจากความแตกต่างของเครื่องมือและเกณฑ์ที่ใช้ประเมิน ลักษณะประชากร ระบบการจัดเวร และบริบทเชิงองค์กร ดังที่ Amiri และคณะชี้ว่าความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับผลตอบแทนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหมดไฟในบุคลากรสุขภาพ²⁵

ในส่วนของปัจจัยด้านคุณภาพการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Membrive-Jiménez พบว่าปัญหาการนอนกับภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์รวมเท่ากับ 0.39¹² อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกพหุตัวแปร โดยควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงานในแบบจำลองที่ 2 พบว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมแบบ Good sleep/Poor sleep ไม่คงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับภาวะหมดไฟอาจไม่ได้เป็นความสัมพันธ์โดยตรงเพียงลำพัง แต่อาจมีปัจจัยร่วมอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สุขภาพจิต รายได้ ภาระงาน และลักษณะตารางเวร สอดคล้องกับ Armon และคณะ ที่พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานและการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง²⁶ และ Mao และคณะ ที่พบว่าความเครียดจากงานสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง²⁷

เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ 3 ซึ่งนำองค์ประกอบรายด้านของคุณภาพการนอนหลับเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก พบว่าปัจจัยด้านการนอนที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คุณภาพการนอนโดยรวม การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง โดยคุณภาพการนอนโดยรวมที่แย่ลงและการถูกรบกวนการนอนหลับที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหมดไฟที่สูงขึ้น ขณะที่ระยะเวลาการนอนจริงมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผัน กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาการนอนจริงเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมีแนวโน้มลดลง ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าการพิจารณาเพียงคะแนนรวม Good sleep/Poor sleep อาจไม่เพียงพอ แต่ควรพิจารณาองค์ประกอบเฉพาะของการนอนร่วมด้วย โดยเฉพาะมิติที่สะท้อนคุณภาพ ความต่อเนื่อง และการรบกวนระหว่างนอน¹²

การที่คุณภาพการนอนโดยรวมและการถูกรบกวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน อาจอธิบายได้ว่า การนอนที่ไม่มีคุณภาพหรือนอนหลับไม่ต่อเนื่องทำให้ร่างกายและจิตใจไม่สามารถฟื้นตัวจากภาระงานได้อย่างเพียงพอ เมื่อกลับเข้าสู่บริบทการทำงาน บุคลากรจึงมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยล้า สมาธิลดลง หงุดหงิดง่าย และมีทรัพยากรทางอารมณ์ไม่เพียงพอในการรับมือกับงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach และ Leiter ที่อธิบายว่าภาวะหมดไฟเป็นผลจากความเครียดเรื้อรังจากงานที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม²⁸ และแนวคิดของ Leiter และ Maslach ที่เสนอว่า ความไม่สอดคล้องระหว่างบุคคลกับบริบทงานในด้านภาระงาน การควบคุมผลตอบแทน สังคมที่ทำงาน ความเป็นธรรม และคุณค่าของงาน เป็นบริบทสำคัญของการเกิดภาวะหมดไฟ²⁹

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมีโอกาสดเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในแบบจำลองที่ 2 และแบบจำลองที่ 3 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Chen และ Meier ที่พบว่าภาวะหมดไฟของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า³⁰ สะท้อนว่าบุคลากรที่มีพื้นฐานความเปราะบางด้านสุขภาพจิตอาจมีความสามารถในการรับมือกับแรงกดดันจากงานลดลง หรือรับรู้ภาระงานและความเครียดจากงานรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น และสำหรับสถานภาพสมรส การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกในแบบจำลองที่ 3 พบว่ากลุ่มหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่ากลุ่มโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cañadas-De la Fuente และคณะ และ Temel และคณะ ที่รายงานว่สถานภาพสมรสอาจสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล^{31,32}

ในทางกลับกัน การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะหมดไฟกับอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และจำนวนเวรเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าพยาบาลอายุน้อยหรือมีประสบการณ์น้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากกว่า^{33,34} ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี และอายุงานไม่เกิน 5 ปี ทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลจำกัด อีกทั้ง Liao และคณะ เสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทำงานกับภาวะหมดไฟอาจไม่เป็นเส้นตรง³⁵

ในด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ผลการวิจัยสามารถให้พัฒนาระบบการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี สถานภาพโสด อายุงานไม่เกิน 5 ปี และผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยใน รวมทั้งการปรับจำนวนเวรให้เหมาะสม จัดตารางการปฏิบัติเวรให้เป็นเวลา และมีช่วงพักที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนให้ดีขึ้นและลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) หรือลำดับการเกิดก่อนหลัง (temporal relationship) ได้ ประการที่สอง ข้อมูลทั้งหมดได้จากการรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามออนไลน์ จึงอาจเกิดอคติจากการประเมินตนเอง ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรอายุน้อย โสด และมีอายุงานไม่เกิน 5 ปี จึงอาจยังไม่เป็นตัวแทนของพยาบาลทุกช่วงวัยหรือทุกลักษณะงาน และประการที่สี่ ตัวแปรบางกลุ่มมีจำนวนน้อย เช่น กลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และกลุ่มหย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต ทำให้ค่าประมาณบางตัวมีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective longitudinal study) เพื่ออธิบายทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ควรเพิ่มตัวแปรด้านตารางเวรให้ละเอียดขึ้น เช่น จำนวนเวรตึก เวลาพักระหว่างเวร และพิจารณาเพิ่มตัวแปรด้านสุขภาพจิต ความเครียดจากงาน และความพึงพอใจในงาน รวมถึงศึกษาวิธีการเพิ่มคุณภาพการนอนและลดภาวะหมดไฟในการทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ตลอดจนขยายการศึกษาไปยังหลายโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป

ความทุกข์ของภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 34.7 ขณะที่ความทุกข์ของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีพบสูงถึงร้อยละ 74.7 โดยองค์ประกอบด้านการนอนหลับ โดยเฉพาะคุณภาพการนอน การถูกรบกวนการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบดูแลคุณภาพชีวิต ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และเฝ้าระวังภาวะหมดไฟของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ผศ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์ ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.ปเนต ผู้กฤตยาคามิ และ คุณอุบล หุ่นแก้วชมภู ที่ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย และขอขอบพระคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับคำแนะนำและการช่วยเหลือจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ชยางกูร ภูมิกำจวน: การมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือวัด การจัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล อภิปรายข้อมูล; กมลพร วรรณฤทธิ์: ความคิดริเริ่ม ร่วมเขียนโครงร่างวิจัย ปรับแก้รายงานวิจัย; ปเนต ผู้กฤตยาคามิ: ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย; อุบล หุ่นแก้วชมภู: ช่วยประชาสัมพันธ์หาผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: international classification of diseases [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
2. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues 1974; 30(1): 159-65.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981; 2(2): 99-113.
4. Hans D, Sanna N. Mental health: risk groups, trends, services and policies. Ireland: Publications Office of the European Union; 2025.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
6. Navaphongpaveen K, Kullabuth R, Charoensri J, Norasigha P. Prevalence and associated factors of burnout syndrome among nursing assistants at private hospitals in Bangkok. IARJ 2025; 5(5): 357-72.
7. Laopakorn C, Kunakorn P, Wacharasint P. Burnout syndrome among Thai intensivists and nurses in pre-COVID-19 era. Clin Crit Care 2021; 29:e0009.
8. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout

- symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020; 123: 9-20.
9. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Freischlag J. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; 251(6): 995-1000.
 10. Khatatbeh H, Pakai A, Dwaikat TA, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, et al. Nurses' burnout and quality of life: a systematic review and critical analysis of measures used. *Nurs Open* 2022; 9(3): 1564-74.
 11. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. *J Altern Complement Med* 2015; 21(8): 496-503.
 12. Membrive-Jiménez MJ, Gómez-Urquiza JL, Suleiman-Martos N, Velando-Soriano A, Ariza T, De la Fuente-Solana EI, et al. Relation between burnout and sleep problems in nurses: A systematic review with meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2022;10(5): 954.
 13. Demir Zencirci A, Arslan S. Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croat Med J* 2011; 52(4): 527-37.
 14. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
 15. Junsatitanon P, Pongpirul K. Depression and sleep quality among nurses in a tertiary hospital in Bangkok. *Chula Med J* 2021; 65(2): 147-53.
 16. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213.
 17. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014; 97(Suppl 3): S57-67.
 18. Borritz M, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19(3): 192-207.
 19. Phuekphan P, Aungsueroch Y, Yunibhand J, Chan SWC. Psychometric properties of the Thai version of copenhagen burnout inventory (T-CBI) in Thai nurses. *J Health Res* 2016; 30(2): 135-42.
 20. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(2): 183-96.
 21. Tupsangsee J, Jiamjarasrangsi W, Tangwongchai S. Quality of sleep among intensive care unit nurses in Thailand. *Chula Med J* 2008; 52(6): 465-75.
 22. Reangsing C. Quality of sleep and mental health of professional nurses in government hospitals, Bangkok Metropolis [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
 23. Tarhan M, Aydin A, Ersoy E, Dalar L. The sleep quality of nurses and its influencing factors. *Eurasian J Pulmonol* 2018; 20(2): 78-84.
 24. Thamrongvisava S, Pitanupong J, Srisintorn W. Burnout and associated factors among nurses at Songklanagarind Hospital. *R Thai Army Med J* 2019; 72(3): 177-85.
 25. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, Javaid SF, Khan MAB. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a global systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2024; 21(12):1583.
 26. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *J Psychosom Res* 2008; 65(1): 5-12.
 27. Mao Y, Raju G, Zabidi MA. Association between occupational stress and sleep quality: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(21): 6946.
 28. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15(2): 103-111.
 29. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm* 1999; 21(4): 472-489.
 30. Chen C, Meier ST. Burnout and depression in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021; 124: 104099.
 31. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: a meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(10): 2102.
 32. Temel S, Yildiz T, Eti Aslan F. The effect of marital status on burnout levels of nurses: a meta-analysis study. *J Clin Med Kaz* 2020; 4(58): 51-6.
 33. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, De la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas-De la Fuente GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Res Nurs Health* 2017; 40(2): 99-110.
 34. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(21): 11432.
 35. Liao T, Du Z, Zhang K, et al. Non-linear association of years of experience and burnout among nursing staff: a restricted cubic spline analysis. *Front Public Health* 2024; 12: 1344620.