

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

วันรับ : 12 พฤษภาคม 2563

วันแก้ไข : 3 มีนาคม 2564

วันตอบรับ : 5 มีนาคม 2564

กัลยาณี โนนินทร์, ปร.ด.<sup>1</sup>, อารี ชิวเกษมสุข, ปร.ด.<sup>2</sup>,

สุภมาส อังสุโชติ, ค.ด.<sup>2</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่<sup>1</sup>

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

**วิธีการ :** ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาสภาพปัญหาความเหนื่อยหน่าย พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ทดลองใช้ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติงานอย่างน้อยหนึ่งปี ที่ติดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed - ranks test และการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผล :** ปัญหาของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ ปัจจัยด้านงาน และด้านองค์กร รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายทั้งด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร หลังทดลองใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มตัวอย่าง 6 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป :** รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้

**คำสำคัญ :** ความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย โรงพยาบาลชุมชน

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** กัลยาณี โนนินทร์; e-mail: kanlayanee\_n@yahoo.com

## Original article

# The development of a reducing burnout model for professional nurses in a community hospital

Received : 12 May 2020

Revised : 3 March 2021

Accepted : 5 March 2021

Kanlayanee No-in, Ph.D.<sup>1</sup>, Aree Cheevakasemsook, Ph.D.<sup>2</sup>,

Supamas Angsuchoti, Ph.D.<sup>2</sup>

Boromrajonani College of Nursing, Phrae<sup>1</sup>

Sukhothai Thammathirat Open University<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** To develop a burnout reducing model for professional nurses (BRMPN) in a community hospital and study its effects.

**Methods:** The study using research and development process was divided into 4 phases: situational analysis of the burnout, develop the BRMPN, pilot implementation, and evaluation. Ten professional nurses who worked at in-patient unit in 30 beds community hospital for at least 1 year were purposively selected. The measurement consisted a burnout measurement and a burnout cycle questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics, the Wilcoxon matched pairs signed - ranks test, and content analysis.

**Results:** Three main burnout problems of nurses included physical fatigue, emotional exhaustion, and cognitive weariness. Two factors that caused the burnout were their work and organization factors. The BRMPN is a systematic method which is designed to reduce stress/burnout of their physical, emotional, and cognitive conditions due to nursing practice, and relieve the related factors including personal, work and organization dimensions. After using the model for 6 weeks, both total burnout scores and two burnout subscale scores of physical fatigue and emotional exhaustion were significantly less than before using the model at the statistic level of .05.

**Conclusion:** The BRMPN reduced burnout of professional nurses. Therefore, it is an option that can be used to reduce burnout of professional nurses.

**Keywords:** burnout, community hospital, professional nurses, reducing burnout model

**Corresponding author:** Kanlayanee No-in; e-mail: kanlayanee\_n@yahoo.com

## บทนำ

ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งปฏิบัติงานทั้งด้านการบริการพยาบาลและภารกิจอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาลโดยตรง โดยพบว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 50<sup>1</sup> นอกจากนี้ภาระงานที่มีจำนวนมากแล้ว การมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากและมีความคาดหวังสูงต่อการบริการที่จะได้รับการต้องตัดสินใจอย่างฉับไวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ความเข้มงวดในการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีด้านการสื่อสาร และการฟ้องร้องของผู้ป่วย ซึ่งจากรายงานล่าสุดพบแพทย์และพยาบาลมีประสบการณ์ในการถูกผู้ป่วยร้องเรียนมากถึงร้อยละ 64.8 โดยเป็นคดีแพ่งร้อยละ 61<sup>2</sup> เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว นำไปสู่สาเหตุของการเกิดความเครียด ความพึงพอใจในงานลดลง และเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากที่สุด<sup>3,4</sup>

ความเหนื่อยหน่าย (burnout) เป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness)<sup>5</sup> เนื่องมาจากภาระงานมาก<sup>6</sup> ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเกิดจากทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร<sup>7</sup> ความเหนื่อยหน่ายมีผลกระทบต่อระบบการพยาบาล อาทิ ผลกระทบต่อพยาบาล เช่น เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และการลาออกจากงาน<sup>8</sup> และผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอันเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล อาทิ อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง<sup>8,9</sup> ดังเช่นผลการศึกษาหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย พบว่าพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายรายงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางหรือควรปรับปรุงร้อยละ 16 โดยมีการ

รายงานผู้ป่วยตกเตียงร้อยละ 5 ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 11 และการติดเชื้อร้อยละ 14 ตามลำดับ<sup>10</sup> พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอัตราการลาออกจากงานสูง ความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาล ซึ่งเป็นตัวทำนายของการลาออกจากงาน<sup>11</sup> จึงกล่าวได้ว่าความเหนื่อยหน่ายส่งผลกระทบต่อทั้งต่อพยาบาลและผู้ป่วย

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอหรือระดับทุติยภูมิที่มีความสำคัญต่อชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตักผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนถือเป็นบุคลากรสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจำนวนมากอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน บันทึกข้อมูลการรักษาในแฟ้มรับใหม่ ระหว่างการรักษาและสรุปจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ และดำเนินการและประสานงานให้ผู้ป่วยที่จำเป็นได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และงานบริหารจัดการของโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย จะเห็นว่าภารกิจที่มากและหลากหลายบทบาทข้างต้น ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียด และความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานได้

การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสำรวจและแบบทดลองในแง่การศึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยการนำเทคนิคทางจิตวิทยาเพียง 1 - 2 เทคนิคมาแก้ปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นลดความเหนื่อยหน่ายเฉพาะปัจจัยที่เกิดจากบุคคลอย่างเดียว สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์<sup>12-17</sup> แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวิจัยและ

พัฒนาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนและศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนตัวอย่างหนึ่งแห่งที่มีขนาด 30 เตียง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

### วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประยุกต์ใช้แนวคิดของชัยวิชิต เขียรชนะ<sup>18</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบตัวอย่าง 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผล โดยรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น ใช้กรอบแนวคิดแสดงดังแผนภาพที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพยาบาลประจำการที่ตึกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นหัวหน้าตึก และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ ผู้วิจัยประสานและทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หลังจากนั้นเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และ

ขั้นตอนการทำวิจัยแก่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ

การพัฒนาารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน** (สัปดาห์ที่ 1) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเหนื่อยหน่ายด้วยตนเองโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย สรุปสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ **ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ** (สัปดาห์ที่ 1 - 2) โดยอิงฐานข้อมูลจากขั้นที่ 1 ได้ร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย 1 สัปดาห์ และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นปรับกิจกรรมการฝึกปฏิบัติให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับการนำไปใช้ **ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบฯ ไปใช้** (สัปดาห์ที่ 2-10) ในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และ **ขั้นที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ** (สัปดาห์ที่ 10) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเหนื่อยหน่ายและระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเองตามเครื่องมือที่กำหนด

#### รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

- |   |   |
|---|---|
| 1. ลดความเหนื่อยหน่ายด้านบุคคล มี 3 ด้าน                    |   |
| 1.1 ลดความอ่อนล้าทางร่างกาย                                 | } โดยผ่านกิจกรรม - การเจริญสติ<br>- การทำสมาธิ<br>- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ |
| 1.2 ลดความอ่อนล้าทางอารมณ์                                  |   |
| 1.3 ลดความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้                           |   |
| 2. กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่ายที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง      |   |
| 2.1 ขยายเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน                        |   |
| 2.2 ประสานงานการวางแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม |   |



#### ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มี 3 ด้าน

1. ความอ่อนล้าทางร่างกาย
2. ความอ่อนล้าทางอารมณ์
3. ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบและแบบปลายปิดจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย แพลและปรับปรุงจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom - Melamed (Shirom - Melamed burnout measure: SMBM)<sup>5</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน รวม 14 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางร่างกาย (6 ข้อ) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (3 ข้อ) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (5 ข้อ) โดยปรับลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับของต้นฉบับ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ตอบได้ง่ายขึ้นและสอดคล้องตามความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินเป็นประจำ มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.94 และรายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ เท่ากับ 0.82, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ แพลผลคะแนนโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน และความเหนื่อยหน่ายโดยรวม คำนวณได้จากการรวมคะแนนของ แต่ละข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อ<sup>22</sup> โดยใช้ค่าเฉลี่ยกลาง (mid - point) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย<sup>23</sup> ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด; ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมาก; ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง; ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อย; และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่าย เป็นแบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่ายที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่ายของ Miller และ Smith<sup>21</sup> มีวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่าย 5 ขั้น คือ ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon)

ขั้นตื่น (the awakening) ขั้นภาวะไฟตก (the brownout) ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout) และขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon) มีข้อคำถามจำนวน 3, 3, 7, 3 และ 1 ข้อ ตามลำดับ รวมทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการให้เลือกตอบว่า มีอาการตามแบบประเมิน ได้ 1 คะแนน และไม่มีอาการตามแบบประเมิน ได้ 0 คะแนน มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 และค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder - Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายใช้การทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed - ranks test

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการ NS No. 30/2561 เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2561

## ผล

### สภาพปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย  $43.5 \pm 5$  ปี ประสบการณ์ทำงาน  $20.5 \pm 6.5$  ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 50) ในด้านความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพ และกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) โดยภาพรวมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีมากกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 70 ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ตามลำดับ)

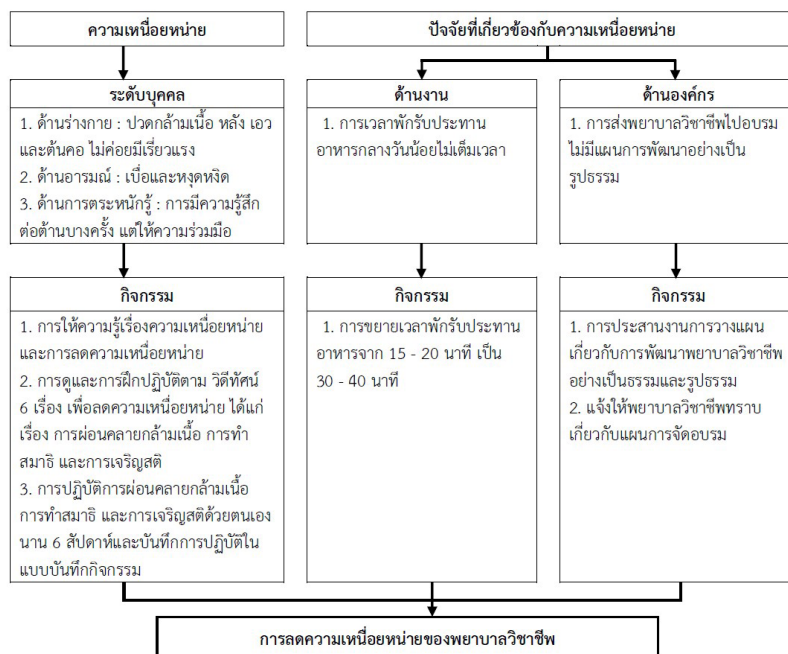
จากผลการประชุมกลุ่ม สรุปได้ว่าความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น ความเหนื่อยหน่ายในระดับ

บุคคลมี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด และ 3) ด้านการตระหนักรู้ ได้แก่ รู้สึกต่อต้านเป็นบางครั้ง เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ปฏิบัติตาม หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน แต่ให้ความร่วมมือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างมี 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก การมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา และการมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และ 2) ด้านองค์กร ได้แก่ การส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

**รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน**

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น มีการบูรณาการแนวคิด 5 ประการ ประกอบด้วย 1) แนวคิดการพัฒนาแบบของ ชัยวิจิตต์ เขียวชนะ<sup>18</sup> 2) แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom-Melamed<sup>5</sup> 3) แนวคิดการประเมินความเหนื่อยหน่ายของ Shirom-Melamed<sup>5</sup> 4) แนวคิดการประเมินระยะความเหนื่อยหน่ายของ Miller และ Smith<sup>21</sup> และ 5) แนวคิดการลดความ

เหนื่อยหน่ายจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ<sup>12</sup> การเจริญสติ<sup>17</sup> และการทำสมาธิ<sup>19</sup> โดยรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดกลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติกรพยาบาล การลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นแสดงดังแผนภาพที่ 2 โดยในระดับบุคคล ผู้วิจัยสอนกิจกรรมที่ 1 และ 2 และเปิดวิดีโอที่สั้นจำนวน 6 เรื่องให้กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตาม ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง ทั้งนี้รูปแบบฯ และวิดีโอที่สั้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence; IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.80 - 1.00



**แผนภาพที่ 2** รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

### ผลลัพธ์การใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายพบว่า หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และความอ่อนล้าทางอารมณ์ ลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงดังตารางที่ 1

ผลการประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่ายหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายแล้ว 6 สัปดาห์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ 9 ใน 10 คน มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟิสิกซ์ และมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นฮันนีมูน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (10 คน)						Z	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย	2.3	0.75	น้อย	1.3	0.42	น้อยที่สุด	-2.81	.003*
รู้สึกเหน็ดเหนื่อย	3.3	0.82	ปานกลาง	1.8	0.79	น้อย	-2.72	.004*
รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกายเป็นอย่างมาก	2.4	1.17	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.23	.013*
รู้สึกเหนื่อยหน่าย	2.3	0.82	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-2.60	.005*
รู้สึกเบื่อหน่าย	2.1	0.99	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.33	.010*
รู้สึกเหมือนหมดพลังงาน	2.0	1.05	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.93	.027*
ไม่มีแรงพอที่จะไปทำงานในตอนเช้า	1.8	0.63	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.90	.029*
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	1.7	0.59	น้อย	1.2	0.28	น้อยที่สุด	-2.03	.021*
รู้สึกว่าไม่สามารถไวต่อความต้องการของเพื่อนร่วมงานและผู้ให้บริการ	2.0	0.67	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-2.07	.019*
รู้สึกว่าไม่สามารถรองรับอารมณ์ของเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้	1.7	0.95	น้อย	1.3	0.48	น้อยที่สุด	-1.30	.097
รู้สึกว่าไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้	1.3	0.48	น้อยที่สุด	1.0	0	น้อยที่สุด	-1.73	.042*

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (10 คน)						Z	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้	1.7	0.53	น้อย	1.4	0.37	น้อยที่สุด	-1.36	.088
มีความลำบากในการคิดกับสิ่งที่ซับซ้อน	1.8	0.79	น้อย	1.4	0.52	น้อยที่สุด	-1.41	.079
รู้สึกว่าความคิดของฉันแข็งขี้	1.7	0.95	น้อย	1.4	0.52	น้อยที่สุด	-1.13	.129
ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน	1.6	0.70	น้อย	1.5	0.53	น้อยที่สุด	-0.45	.328
รู้สึกว่าคิดอะไรไม่ชัดเจน	1.6	0.70	น้อย	1.5	0.97	น้อยที่สุด	-0.37	.357
รู้สึกว่าขณะที่คิดอะไรก็ตามฉันไม่ได้จดจ่อกับสิ่งที่คิด	1.6	0.52	น้อย	1.2	0.42	น้อยที่สุด	-1.63	.051
<b>โดยรวม</b>	<b>1.9</b>	<b>0.60</b>	<b>น้อย</b>	<b>1.3</b>	<b>0.33</b>	<b>น้อยที่สุด</b>	<b>-2.67</b>	<b>.004*</b>

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

### วิจารณ์

รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในการศึกษานี้ได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ McCormack และ Cotter<sup>7</sup> ที่กล่าวว่าความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเป็นกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้ตระหนักถึงตนเองเกี่ยวกับความรับผิดชอบของตนเองตามความเป็นจริงและความถูกต้อง และโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีฟ เป็นวิธีการลดความเครียดหรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัดอย่างเป็นระบบทั่วร่างกาย รวมทั้งเรียนรู้การควบคุมความคิด ความรู้สึก

ของตนเองให้สามารถผ่อนคลายความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้น<sup>12</sup> ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวนี้ได้เน้นการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่เป็นปัจจัยด้านบุคคล ส่วนรูปแบบฯ ในการศึกษานี้พัฒนามาจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทของตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยพยาบาลวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะตามปัญหาที่พบ ประกอบด้วยการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางการตระหนักรู้ตามแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom - Melamed<sup>20</sup> และการลดปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร และได้วิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเหนื่อยหน่าย เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ที่คำนึงถึงทั้งระบบ จึงทำให้มองปัญหาความเหนื่อยหน่ายและมีการแก้ไขปัญหาคือครอบคลุมมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมามองปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่ปฏิบัติการของบุคคลหรือชุมชนต่อสาเหตุของความเครียด



โดยให้ความสำคัญกับวิธีการตอบสนองต่อความเครียดของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<sup>14</sup> ซึ่งการลดความเหนื่อยหน่ายได้แก้ไขเฉพาะในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายด้วย นอกจากนี้วิธีการและกิจกรรมที่ใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบๆ ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ได้แก่ การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผ่านวิดีโอที่นำมาใช้ให้ความรู้ในการอบรมแล้วให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติตามวิดีโอที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้เอง และนำกิจกรรมทุกกิจกรรมไปปฏิบัติต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมจนกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนมีทักษะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายลดลง

เปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบๆ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางร่างกายและความอ่อนล้าทางอารมณ์หลังการใช้รูปแบบๆ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (mindfulness education program) ในบุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ<sup>17</sup> ทั้งนี้ อธิบายได้จากการพัฒนารูปแบบๆ นี้เป็นการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาที่รากเหง้าของปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่ตรงกับบริบทการทำงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ จึงมีผลทั้งความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และด้วยวิธีการและกิจกรรม การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีผลทำให้ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล<sup>12</sup> ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในบุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ<sup>17</sup> การประเมินผลการทำสมาธิเพื่อลดผลกระทบจากความเครียด

ที่เกิดจากความเหนื่อยล้าของพยาบาล<sup>19</sup> และการเจริญสติ การประเมินความเป็นไปได้ของการจัดกระทำเพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยหน่าย<sup>24</sup> ที่พบว่า การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบๆ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน มีอาการตามขั้นของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์ ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีประสบการณ์ระยะของความเหนื่อยหน่ายเป็นลำดับขั้นตั้งแต่ขั้นฮันนิมูน ขั้นตื่นขั้นภาวะไฟตก และขั้นความเหนื่อยหน่ายมาก่อน แล้วจึงเข้าสู่ขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือขั้นฟื้นตัวและมีความเหนื่อยหน่ายเหลืออยู่น้อย บุคคลที่ผ่านเข้าสู่ขั้นปรากฏการณ์ฟินิกซ์นี้ มักใช้วิธีการต่าง ๆ ในการปรับตัวเองเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น เช่น การพักผ่อน และการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ เป็นต้น ทำให้บุคคลกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงในเรื่องความคาดหวัง แรงบันดาลใจ และเป้าหมายในงาน<sup>21</sup> การวิจัยครั้งนี้วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการปรับตัวเองเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การรู้จักเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายเหลืออยู่น้อยและน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นฮันนิมูน ถือเป็นขั้นตอนในอุดมคติที่มองว่าบุคคลมีแรงจูงใจสูง มีความกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และมีความรู้สึกปิติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร<sup>21</sup> แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในขั้นนี้ยังไม่มีความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้น

ในด้านสัมพันธภาพ พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหัวหน้าหรือผู้ป่วยอยู่ในระดับดีปานกลาง ถึง ดีมาก โดยเฉพาะภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีมาก ร้อยละ 60 ด้วยการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

และมีความรักใคร่กันเสมือนพี่น้อง นำไปสู่ความผูกพันและความเห็นอกเห็นใจกัน ซึ่งพบเป็นลักษณะเด่นที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ และลักษณะดังกล่าวถือว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพได้น้อย<sup>7</sup>

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะและมีจำนวนน้อย และกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้พัฒนา ผู้ใช้และผู้ประเมินตัวเองก่อน-หลังใช้รูปแบบฯ อาจส่งผลต่อการเกิดอคติในงานวิจัยได้ นอกจากนี้แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายวัดผลเฉพาะหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ซึ่งหากวัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ อาจทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ความเหนื่อยหน่ายที่ชัดเจนมากขึ้น ข้อเสนอแนะใน

การทำการศึกษาครั้งต่อไป คือ ศึกษาเพิ่มเติมในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีขนาดเตียงแตกต่างกัน นอกจากนั้น การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมจะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นอย่างแท้จริง และหากมีการติดตามวัดผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น จะสามารถเห็นความคงอยู่ของการลดความเหนื่อยหน่ายได้ของพยาบาลวิชาชีพได้

### สรุป

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ จึงมีประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่าย

**ความรู้เดิม :** พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีความเหนื่อยหน่ายจากการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่รู้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

**ความรู้ใหม่ :** รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่มีองค์ประกอบทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้จริง

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** ใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. รายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2557 [Nursing annual report 2014]. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. วิรุจน์ คุณกิตติ, ขนิษฐา นวลไธสง. ผลของการร้องเรียนแพทย์และพยาบาล : ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย [Results of the complaints at doctor and nurse: study in the northeastern region of Thailand]. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32:366-71.
3. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2013;10:2214-40.
4. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Illic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. Int J Environ Res Public Health. 2015;12:652-66.
5. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 2006;13:176-200.
6. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. Appl Prev Psychol. 1998;7:63-74.
7. McCormack N, Cotter C. Managing burnout in the workplace. Witney: Chandos Publishing; 2013.

8. Miller JF. Burnout and its impact on good work in nursing. *J Radiol Nurs*. 2011;30:146-49.
9. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11:e0159015.
10. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48:83-90.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-93.
12. ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง. ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล [The effects of group reality therapy and progressive muscle relaxation on burnout of nurses] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
13. กัลยา เดชรัตน์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล [Effects of group counseling on decreasing burnout of nurses] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
14. Gunusen NP, Ustun B. An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *Int Nurs Rev*. 2010;57:485-92.
15. Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active intervention can decrease burnout in Ed Nurses. *J Emerg Nurs*. 2017;43:145-9.
16. Redhead K, Bradshaw T, Braynion P, Doyle M. An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18:59-66.
17. Asuero AM, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34:4-12.
18. ชัยวิชิต เขียรชนะ. การสร้างและการพัฒนาโมเดล/รูปแบบ/แบบจำลอง/ตัวแบบ [Creating and developing model]. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*. 2560;9:1-11.
19. Hevezi JA. Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *J Holist Nurs*. 2016;34:343-50.
20. Shirom A. Job-related burnout: a review. In: Quick JC, Tetrick LE, editors. *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 245-65.
21. Nuallaong W. Burnout symptoms and cycles of burnout: the comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for experts prevention in the context of living and working*. Basel: Springer; 2013.
22. Bilgel N, Bayram N, Ozdemir H, Dogan F, Ekin D. Work engagement, burnout and vigor among a group of medical residents in Turkey. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*. 2012;2:220-38.
23. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น [Basic research]. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
24. Montanari KM, Bowe CL, Chesak SS, Cutshall SM. Mindfulness: assessing the feasibility of a pilot intervention to reduce stress and burnout. *J Holist Nurs*. 2019;37:175-88.