

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันรับ : 17 มีนาคม 2565  
วันแก้ไข : 14 มิถุนายน 2565  
วันตอบรับ : 16 มิถุนายน 2565

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.<sup>1</sup>, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, พ.บ.<sup>2</sup>,  
กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.<sup>1</sup>, นพพร ตันติรังสี, ปร.ด.<sup>3</sup>,  
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต<sup>1</sup>, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต<sup>2</sup>,  
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**วิธีการ :** การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขอายุ 18 ปีขึ้นไปจากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟออนไลน์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะหมดไฟด้วยสถิติ chi-square และ binary logistic regression นำเสนอเป็นค่า odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

**ผล :** ความชุกภาวะหมดไฟสูงสุดช่วงวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ทั้งด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ (ร้อยละ 11.4, 7.6 และ 8.4 ตามลำดับ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ได้แก่ อายุ 25 - 40 ปี อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง ได้แก่ อายุ 18 - 40 ปี อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ ได้แก่ มีโรคประจำตัว และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในมาตรการควบคุมการระบาดของโรค

**สรุป :** บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะหมดไฟและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานและผู้บริหารเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิต

**คำสำคัญ :** บุคลากรสาธารณสุข, ภาวะหมดไฟ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

## Original articles

## Burnout and related factors in health personnel form the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic

Received : 17 March 2022

Revised : 14 June 2022

Accepted : 16 June 2022

Worawan Chutha, M.ED.<sup>1</sup>, Phunnapa kittiratanapaiboon, M.D.<sup>2</sup>Kamonluck Makkhlai, B.P.H.<sup>1</sup>, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.<sup>3</sup>Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health<sup>1</sup>,Pensioner, Department of Mental Health<sup>2</sup>, Mental Health Center 12, Department of Mental Health<sup>3</sup>

### Abstract

**Objective:** To study the prevalence of burnout and related factors among health personnel during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic.

**Methods:** This descriptive study used data from the survey of perceptions and mental health of public health personnel and Thai people from the COVID-19 pandemic in 2020. The sample included health personnel aged 18 years and older selected by multi-stage stratified sampling. Burnout syndrome was assessed by using an online questionnaire. The related factors of burnout were analyzed by using chi-square test and binary logistic regression analysis and presented with odds ratio and 95% confidence interval (95% CI).

**Results:** Prevalence of burnout was highest in all domains during 12 - 18 March 2020. Emotional exhaustion, low perception of self-efficacy, and negative perception of workplace relationship were found in 11.4%, 7.6%, and 8.4% of the sample, respectively. Emotional exhaustion was related to age 25 - 40 years old, residing with 2 or more people with children and elderly, being on duty to treat patients with COVID-19, having chronic disease, and lack of confidence in control measures of COVID-19. Low perceived self-efficacy was associated with age 18 - 40 years old, residing with 2 or more people with children and elderly, being on duty to treat patients with COVID-19, having chronic diseases, and lack of confidence in control measures of COVID-19. Negative perception of workplace relationship was related to having chronic disease and lack of confidence in control measures of COVID-19.

**Conclusion:** Healthcare workers need monitoring for burnout and support from colleagues and leaders to prevent mental health problems.

**Keywords:** burnout, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), health personnel

**Corresponding author:** Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

**ความรู้เดิม :** ภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขเกิดจากการปฏิบัติงานที่เครียดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การศึกษาภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจในแต่ละหน่วยงาน

**ความรู้ใหม่ :** ความชุกของภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขไทยระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบสูงสุดในช่วงแรกของการระบาดอยู่ระหว่างร้อยละ 7.6 - 11.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ ภาวะส่วนตัว ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อ และการขาดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขและมาตรการระดับจังหวัดในการป้องกันควบคุมโรค

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** ผู้บริหารและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแล วางแผน พัฒนา ศักยภาพ และเฝ้าระวังบุคลากรสาธารณสุขไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ต่อเนื่องและรุนแรง

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) พบผู้ป่วยคนแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนไต้หวันโดยประชาชนจีน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ต่อมาระบาดในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย<sup>1</sup> โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) อาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบในผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจไม่สะดวก และหายใจลำบาก ผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดปอดติดเชื้อ การทำงานของไตล้มเหลว และถึงแก่ชีวิตได้<sup>2</sup> ผู้ติดเชื้อแต่ละคนมีระยะเวลาการรักษาแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของโรคและสภาพร่างกายเดิม

สถานการณ์โรคระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเกิดความวิตกกังวล ความเครียด มีความเหนื่อยล้าจากการ

ที่ต้องทำงานหนัก เนื่องจากต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการความทุ่มเทต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนสภาพร่างกายอ่อนล้า ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปแบบการอ่อนเพลีย ไม่มีพลังกำลังในการทำงาน ส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์แสดงออกด้วยความรู้สึกสิ้นหวัง ผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การบั่นทอนทรัพยากรและศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ความเข้มแข็งและความสามารถในการทำงานลดลง เกิดการลดค่าความเป็นบุคคล และลดคุณค่าความสำเร็จในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพตาม Health Footprint of COVID-19 ที่แปลมาจาก UPWELL Health Collection, Home Health: Melbourne, Australia<sup>2</sup> ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 4 คลื่น โดยคลื่นลูกที่ 4 เป็นช่วง 2 เดือนถึง 3 ปี หลังมีโรคระบาดที่เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนมีความเครียด ซึมเศร้า หรือฆ่าตัวตาย การให้บริการในภาวะวิกฤตมาอย่างยาวนานยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟ<sup>3,4</sup>

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของภาวะหมดไฟว่าเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมี 3 อาการหลัก ประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงานหรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ ไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในงาน และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงานหรือผู้รับบริการ รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน<sup>5</sup> ซึ่งการประชุมองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ได้ระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ และจะถูกระบุในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (International Classification of Disease 11<sup>th</sup>; ICD-11)<sup>6</sup> แม้ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรงเท่าโรคซึมเศร้า แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลต่อการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และมีความคิดลาออกจากงาน หรืออาจเกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด<sup>7-9</sup>

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีการศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 ลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100.0<sup>10</sup> การศึกษาในสถาบันบำราศนราดูรพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงร้อยละ 30.8 โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์พบร้อยละ 49.7 และความสำเร็จส่วนบุคคลร้อยละ 47.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานของพยาบาล ระยะเวลาทำงานในหน่วยงาน และจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน<sup>11</sup> ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรมีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับปานกลางและสูง ปัจจัยที่มีผลกับระดับของภาวะหมดไฟ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาส่วนตัวเพียงพอ รายได้ที่มากขึ้น และระดับการศึกษาที่ต่ำ<sup>12</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน วางแผนดูแล พัฒนาศักยภาพ และการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตที่รุนแรงในบุคลากรสาธารณสุข

## วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขและคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำรวจระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ รวม 11 ครั้ง ในบุคลากรสาธารณสุขอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงาน

ในหน่วยงานเป้าหมายที่สุ่มได้อย่างน้อย 3 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าความชุกภาวะหมดไฟ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูง ร้อยละ 40.0<sup>13</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 500 คนต่อการสำรวจ 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแต่ละครั้งได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้ จัดกลุ่มจังหวัดในประเทศไทยเป็น 12 เขตสุขภาพ แต่ละเขตสุขภาพสุ่มอย่างง่าย 1 จังหวัด แต่ละจังหวัดที่สุ่มได้จัดกลุ่มตามขนาดหน่วยบริการสาธารณสุข 4 กลุ่ม แล้วสุ่มอย่างง่ายแต่ละจังหวัดให้ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง เก็บตัวอย่างหน่วยละ 3 คน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 13 คน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 23 คน และโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 8 คน แต่ละหน่วยบริการใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย 1 - 3 แผนก แต่ละแผนกใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขส่วนกรุงเทพมหานคร จัดกลุ่มเขตเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นใน ชั้นนอก และชั้นกลาง แต่ละชั้นสุ่ม 1 เขต โดยสุ่มอย่างง่าย แต่ละเขตที่สุ่มได้จัดกลุ่มตามขนาดหน่วยบริการสาธารณสุขเป็น 3 กลุ่ม แล้วสุ่มอย่างง่ายแต่ละเขตให้ได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 4 คน โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 21 คน และโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง เก็บตัวอย่าง 10 คน แต่ละหน่วยบริการสาธารณสุขสุ่มอย่างง่าย 1 - 3 แผนก แต่ละแผนกสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข

แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ทาง Google Forms เข้าถึงด้วย QR code ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะหน่วยงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน และแบบประเมินภาวะหมดไฟ ข้อคำถามภาวะหมดไฟอิงจากแนวคิดของ Maslach และ Jackson<sup>5</sup> โดยภาวะหมดไฟหมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ 2) ด้านความรู้สึกลดความสามารถในการทำงานของตนเองในเชิงลบ และ 3) ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานไปในทางลบ แต่ละด้านมี 1 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ โดยผู้ที่ตอบ

บ่อยครั้งและเป็นประจำเป็นผู้ที่มีภาวะหมดไฟในด้านนั้น ๆ ทั้งนี้แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินภาวะหมดไฟ มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะหมดไฟ ด้วยสถิติ chi-square วิเคราะห์ความถดถอยแบบ binary logistic regression เพื่อคำนวณหาค่าประมาณการของความเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio) และค่าประมาณแบบช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

## ผล

ตัวอย่างทั้งหมด 8,071 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 87.2) อายุ 25 - 40 ปี (ร้อยละ 49.2) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 47.1) อาศัยด้วยกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ (ร้อยละ 34.9) ปฏิบัติหน้าที่รักษาให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป (ร้อยละ 44.2) ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (ร้อยละ 96.8) มีความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคปานกลาง - มาก (ร้อยละ 93.3) มีความเชื่อมั่นต่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัดปานกลาง - มาก (ร้อยละ 94.8) มีความแตกต่างกันของความชุกภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญในทุกปัจจัย ยกเว้นเพศ (ตารางที่ 1)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของบุคลากรสาธารณสุข พบสูงสุดร้อยละ 11.4 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 25 - 40 ปี (adjusted odds ratio; AOR = 1.37, 95% CI = 1.12 - 1.68) อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ (AOR =

1.70, 95% CI = 1.25 - 2.32) ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง (AOR = 1.53, 95% CI = 1.10 - 2.13) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 2.39, 95% CI = 1.59 - 3.58) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 4.03, 95% CI = 3.07 - 5.28) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.15, 95% CI = 1.51 - 3.05) (ตารางที่ 3)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง พบสูงสุด ร้อยละ 7.6 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.81, 95% CI = 1.08 - 3.03) และอายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.54, 95% CI = 1.18 - 2.01) อาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ (AOR = 1.61, 95% CI = 1.09 - 2.39) ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง (AOR = 1.67, 95% CI = 1.11 - 2.49) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 3.13, 95% CI = 1.96 - 5.00) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 3.59, 95% CI = 2.53 - 5.09) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.08, 95% CI = 1.34 - 3.21) (ตารางที่ 4)

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ พบสูงสุดร้อยละ 8.4 ในช่วงสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (AOR = 2.51, 95% CI = 1.61 - 3.92) ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 (AOR = 3.70, 95% CI = 2.70 - 5.08) และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด (AOR = 2.59, 95% CI = 1.76 - 3.80) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับภาวะหมดไฟ

ปัจจัย	ภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)										p-value**	
	ด้านความรู้สึกเหมือนย่ำเท้า		ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง		ด้านความสัมพันธไมตรีในที่ทำงานในทางลบ		ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง		ด้านความสัมพันธไมตรีในที่ทำงานในทางลบ			
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี		
เพศ											.12	
หญิง	1,393 (17.3)	6,255 (93.7)	423 (6.3)	6,449 (96.6)	229 (3.4)	6,394 (95.7)	284 (4.3)	6,394 (95.7)	284 (4.3)	6,394 (95.7)	284 (4.3)	.07
ชาย	6,678 (82.7)	1,306 (93.8)	87 (6.2)	1,331 (95.5)	62 (4.5)	1,320 (94.8)	73 (5.2)	1,320 (94.8)	73 (5.2)	1,320 (94.8)	73 (5.2)	
อายุ (ปี)											.21	
18 - 24 ปี	430 (5.3)	399 (92.8)	31 (7.2)	411 (95.6)	19 (4.4)	409 (95.1)	21 (4.9)	409 (95.1)	21 (4.9)	409 (95.1)	21 (4.9)	< .01*
25 - 40 ปี	3,972 (49.2)	3,683 (92.7)	289 (7.3)	3,802 (95.7)	170 (4.3)	3,782 (95.2)	190 (4.8)	3,782 (95.2)	190 (4.8)	3,782 (95.2)	190 (4.8)	
41 ปีขึ้นไป	3,669 (45.5)	3,479 (94.8)	190 (5.2)	3,567 (97.2)	102 (2.8)	3,523 (96.0)	146 (4.0)	3,523 (96.0)	146 (4.0)	3,523 (96.0)	146 (4.0)	
mean = 39.3 ± 10.3, median = 39.0, min = 18, max = 68												
สถานที่ปฏิบัติงาน											.03*	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	956 (11.8)	910 (95.2)	46 (4.8)	928 (97.1)	28 (2.9)	930 (97.3)	26 (2.7)	930 (97.3)	26 (2.7)	930 (97.3)	26 (2.7)	
โรงพยาบาลชุมชน	1,777 (22.0)	1,649 (92.8)	128 (7.2)	1,714 (96.5)	63 (3.5)	1,686 (94.9)	91 (5.1)	1,686 (94.9)	91 (5.1)	1,686 (94.9)	91 (5.1)	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	3,802 (47.1)	3,549 (93.3)	253 (6.7)	3,668 (96.5)	134 (3.5)	3,632 (95.5)	170 (4.5)	3,632 (95.5)	170 (4.5)	3,632 (95.5)	170 (4.5)	
โรงพยาบาลจิตเวช	1,536 (19.0)	1,453 (94.6)	83 (5.4)	1,470 (95.7)	66 (4.3)	1,466 (95.4)	70 (4.6)	1,466 (95.4)	70 (4.6)	1,466 (95.4)	70 (4.6)	
ปัจจุบันที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง											< .01*	
อยู่คนเดียว	1,218 (15.1)	1,149 (94.3)	69 (5.7)	1,177 (96.6)	41 (3.4)	1,158 (95.1)	60 (4.9)	1,158 (95.1)	60 (4.9)	1,158 (95.1)	60 (4.9)	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	2,819 (34.9)	2,644 (93.8)	175 (6.2)	2,724 (96.6)	95 (3.4)	2,705 (96.0)	114 (4.0)	2,705 (96.0)	114 (4.0)	2,705 (96.0)	114 (4.0)	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	704 (8.7)	677 (96.2)	27 (3.8)	686 (97.4)	18 (2.6)	681 (96.7)	23 (3.3)	681 (96.7)	23 (3.3)	681 (96.7)	23 (3.3)	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1,758 (21.8)	1,668 (94.9)	90 (5.1)	1,703 (96.9)	55 (3.1)	1,696 (96.5)	62 (3.5)	1,696 (96.5)	62 (3.5)	1,696 (96.5)	62 (3.5)	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1,572 (19.5)	1,423 (90.5)	149 (9.5)	1,490 (94.8)	82 (5.2)	1,474 (93.8)	98 (6.2)	1,474 (93.8)	98 (6.2)	1,474 (93.8)	98 (6.2)	
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่วันไหนแต่สัปดาห์ปฏิบัติหน้าที่ได้											< .01*	
รักษา ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อผู้ต้องเฝ้าระวัง	930 (11.9)	850 (91.4)	80 (8.6)	879 (94.5)	51 (5.5)	880 (94.6)	50 (5.4)	880 (94.6)	50 (5.4)	880 (94.6)	50 (5.4)	
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รัสเซีย เวิร์ล งานตรวจระเบียบ	1,808 (23.1)	1,685 (93.2)	123 (6.8)	1,739 (96.2)	69 (3.8)	1,726 (95.5)	82 (4.5)	1,726 (95.5)	82 (4.5)	1,726 (95.5)	82 (4.5)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับภาวะหมดไฟ (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)						p-value**
		ด้านความรู้สึกเห็น้อย่า		ด้านความรู้สึกความสามารถ		ด้านความเต็มพินันท์		
		ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	3,465 (44.2)	3,258 (94)	207 (6.0)	3,361 (97.0)	104 (3.0)	3,313 (95.6)	152 (4.4)	
ประจำสำนักงาน ห้องตรวจ ส่วนห้อง ทำความสะอาด	1,640 (20.9)	1,552 (94.6)	88 (5.4)	1,582 (96.5)	58 (3.5)	1,578 (96.2)	62 (3.8)	
ซักล้าง								
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน								< .01*
ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ								< .01*
ไม่มี	7,810 (96.8)	7,333 (93.9)	477 (6.1)	7,544 (96.6)	266 (3.4)	7,480 (95.8)	330 (4.2)	
มี	261 (3.2)	228 (87.4)	33 (12.6)	236 (90.4)	25 (9.6)	234 (89.7)	27 (10.3)	
ความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19								< .01*
ปานกลาง - มาก	7,010 (93.3)	6,649 (94.9)	361 (5.1)	6,811 (97.2)	199 (2.8)	6,760 (96.4)	250 (3.6)	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	504 (6.7)	383 (76.0)	121 (24.0)	434 (86.1)	70 (13.9)	414 (82.1)	90 (17.9)	
ความเชื่อมั่นต่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19								< .01*
ระดับจังหวัด								< .01*
ปานกลาง - มาก	5,970 (95.5)	5,658 (94.8)	312 (5.2)	5,810 (97.3)	160 (2.7)	5,759 (96.5)	211 (3.5)	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	281 (4.5)	214 (76.2)	67 (23.8)	240 (85.4)	41 (14.6)	225 (80.1)	56 (19.9)	

\* แสดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p &lt; .05, \*\* chi-square test

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะหมดไฟ 3 ด้านของการสำรวจแต่ละครั้ง

กำหนดการสำรวจ	จำนวนเก็บ จำนวน (ร้อยละ)	ความชุกภาวะหมดไฟ จำนวน (ร้อยละ)		
		ด้านความรู้สึก เหนื่อยล้า ทางอารมณ์	ด้านความรู้สึก ความสามารถตนเอง ลดลง	ความสัมพันธ์ ในที่ทำงาน ในทางลบ
ครั้งที่ 1 วันที่ 12 - 18 มีนาคม 2563	605 (100.0)	69 (11.4)	46 (7.6)	51 (8.4)
ครั้งที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม - 4 เมษายน 2563	578 (100.0)	65 (11.2)	25 (4.3)	45 (7.8)
ครั้งที่ 3 วันที่ 13 - 19 เมษายน 2563	650 (100.0)	59 (9.1)	26 (4.0)	43 (6.6)
ครั้งที่ 4 วันที่ 27 เมษายน - 2 พฤษภาคม 2563	592 (100.0)	35 (5.9)	10 (1.7)	19 (3.2)
ครั้งที่ 5 วันที่ 11 - 16 พฤษภาคม 2563	580 (100.0)	29 (5.0)	18 (3.1)	24 (4.1)
ครั้งที่ 6 วันที่ 25 - 30 พฤษภาคม 2563	570 (100.0)	37 (6.5)	27 (4.7)	28 (4.9)
ครั้งที่ 7 วันที่ 8 - 13 มิถุนายน 2563	557 (100.0)	28 (5.0)	22 (3.9)	17 (3.1)
ครั้งที่ 8 วันที่ 22 - 27 มิถุนายน 2563	658 (100.0)	34 (5.2)	22 (3.3)	22 (3.3)
ครั้งที่ 9 วันที่ 6 - 11 กรกฎาคม 2563	599 (100.0)	28 (4.7)	22 (3.7)	25 (4.2)
ครั้งที่ 10 วันที่ 20 - 25 กรกฎาคม 2563	498 (100.0)	24 (4.8)	12 (2.4)	10 (2.0)
ครั้งที่ 11 วันที่ 3 - 8 สิงหาคม 2563	535 (100.0)	24 (4.5)	14 (2.6)	21 (3.9)
ครั้งที่ 12 วันที่ 17 - 22 สิงหาคม 2563	526 (100.0)	24 (4.6)	18 (3.4)	15 (2.9)
ครั้งที่ 13 วันที่ 7 - 12 กันยายน 2563	535 (100.0)	26 (4.9)	17 (3.2)	21 (3.9)
ครั้งที่ 14 วันที่ 6 - 13 กันยายน 2563	588 (100.0)	28 (4.8)	12 (2.0)	16 (2.7)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
<b>เพศ</b>				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	0.99 (0.78 - 1.25)	.090	0.90 (0.70 - 1.12)	.41
<b>อายุ (ปี)</b>				
18 - 24 ปี	1.42 (0.96 - 2.11)	.08	1.49 (0.99 - 2.23)	.06
25 - 40 ปี	1.44 (1.19 - 1.74)	< .01*	1.37 (1.12 - 1.68)	< .01*
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.89 (0.61 - 1.28)	.52	0.99 (0.67-1.46)	.99
โรงพยาบาลชุมชน	1.36 (1.02 - 1.81)	.04*	1.33 (0.98-1.81)	.06
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1.25 (0.97 - 1.61)	.09	1.28 (0.98-1.68)	.07
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
<b>ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง</b>				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	1.10 (0.83 - 1.47)	.51	1.24 (0.92 - 1.67)	.16
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.66 (0.42 - 1.05)	.08	0.73 (0.46 - 1.16)	.18
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.90 (0.65 - 1.24)	.52	1.09 (0.78 - 1.52)	.63
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.74 (1.30 - 2.34)	< .01*	1.70 (1.25 - 2.32)	< .01*

## ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด	1.00		1.00	
รักษา พยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.66 (1.21 - 2.27)	< .01*	1.53 (1.10 - 2.13)	.01*
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์ปเปิล งานเวชระเบียน	1.29 (0.97 - 1.71)	.08	1.18 (0.88 - 1.58)	.28
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	1.11 (0.86 - 1.43)	.41	1.01 (0.77 - 1.32)	.95
ประจำสำนักงาน ห้องครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	2.23 (1.53 - 3.24)	< .01*	2.39 (1.59 - 3.58)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.83 (4.64 - 7.33)	< .01*	4.03 (3.07 - 5.28)	< .01*
มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	5.19 (3.88 - 6.94)	< .01*	2.15 (1.51 - 3.05)	< .01*

\* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$ 

## ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	1.31 (0.99 - 1.75)	.06	1.14 (0.84 - 1.53)	.41
อายุ (ปี)				
18 - 24 ปี	1.62 (0.98 - 2.67)	.06	1.81 (1.08 - 3.03)	.02*
25 - 40 ปี	1.54 (1.22 - 2.01)	< .01*	1.54 (1.18 - 2.01)	< .01*
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
สถานที่ปฏิบัติงาน				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.67 (0.43 - 1.05)	.83	0.78 (0.48 - 1.25)	.29
โรงพยาบาลชุมชน	0.82 (0.58 - 1.16)	.27	0.82 (0.56 - 1.19)	.29
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	0.81 (0.60 - 1.10)	.18	0.85 (0.62 - 1.17)	.32
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	1.00 (0.69 - 1.45)	1.00	1.17 (0.80 - 1.72)	.42
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.75 (0.43 - 1.32)	.32	0.85 (0.48 - 1.51)	.58

#### ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.93 (0.62 - 1.40)	.72	1.20 (0.79 - 1.84)	.40
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.58 (1.08 - 2.32)	.02*	1.61 (1.09 - 2.39)	.02*
<b>ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด</b>				
รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.58 (1.08 - 2.33)	.02*	1.67 (1.11 - 2.49)	.02*
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์เพล งานเวชระเบียน	1.08 (0.76 - 1.55)	.66	1.11 (0.76 - 1.61)	.60
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	0.86 (0.62 - 1.19)	.36	0.88 (0.63 - 1.24)	.48
ประจำสำนักงาน ห้องครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
<b>ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ</b>				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	3.00 (1.95 - 4.62)	< .01*	3.13 (1.96 - 5.00)	< .01*
<b>มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19</b>				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.36 (4.03 - 7.13)	< .01*	3.59 (2.53 - 5.09)	< .01*
<b>มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด</b>				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	5.15 (3.62 - 7.34)	< .01*	2.08 (1.34 - 3.21)	< .01*

\* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

#### ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
<b>เพศ</b>				
หญิง	1.00		1.00	
ชาย	1.25 (0.96 - 1.62)	.10	1.14 (0.87 - 1.50)	.35
<b>อายุ (ปี)</b>				
18 - 24 ปี	1.24 (0.78 - 1.98)	.37	1.21 (0.75 - 1.97)	.44
25 - 40 ปี	1.21 (0.97 - 1.51)	.09	1.09 (0.86 - 1.38)	.47
41 ปีขึ้นไป	1.00		1.00	
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.59 (0.37 - 0.93)	.02*	0.67 (0.42 - 1.08)	.10
โรงพยาบาลชุมชน	1.13 (0.82 - 1.56)	.45	1.18 (0.84 - 1.66)	.33
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	0.98 (0.74 - 1.30)	.89	1.04 (0.77 - 1.41)	.80
โรงพยาบาลจิตเวช	1.00		1.00	
<b>ปัจจุบันผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน มีใครบ้าง</b>				
อยู่คนเดียว	1.00		1.00	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กและไม่มีผู้สูงอายุ	0.81 (0.59 - 1.12)	.21	0.88 (0.63 - 1.22)	.43

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กแต่ไม่มีผู้สูงอายุ	0.65 (0.40 - 1.06)	.09	0.74 (0.45 - 1.23)	.25
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ไม่มีเด็กเล็กแต่มีผู้สูงอายุ	0.71 (0.49 - 1.01)	.06	0.81 (0.56 - 1.19)	.28
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	1.28 (0.92 - 1.79)	.14	1.23 (0.87 - 1.73)	.24
<b>ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ปฏิบัติหน้าที่ใด</b>				
รักษา พยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง	1.45 (0.99 - 2.12)	.06	1.39 (0.93 - 2.08)	.11
คัดกรองผู้รับบริการ จัดยา lab รังสี เวิร์ปเปิล งานเวชระเบียน	1.21 (0.86 - 1.69)	.27	1.17 (0.82 - 1.66)	.39
รักษา ให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป	1.18 (0.87 - 1.58)	.29	1.14 (0.83 - 1.57)	.41
ประจำสำนักงาน ห้องครัว สวนหย่อม ทำความสะอาด ซักล้าง	1.00		1.00	
<b>ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ</b>				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	2.62 (1.73 - 3.95)	< .01*	2.51 (1.61 - 3.92)	< .01*
<b>มีความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19</b>				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี - มีความเชื่อมั่นน้อย	5.94 (4.59 - 7.70)	< .01*	3.70 (2.70 - 5.08)	< .01*
<b>มีความเชื่อมั่นในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด</b>				
ปานกลาง - มาก	1.00		1.00	
ไม่มี-มีความเชื่อมั่นน้อย	6.19 (4.52 - 8.48)	< .01*	2.59 (1.76 - 3.80)	< .01*

\* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

**วิจารณ์**

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกลดลงเล็กน้อยทางด้านอารมณ์ของบุคลากรสาธารณสุข พบสูงสุดร้อยละ 11.4 ด้านความรู้สึกลดลงความสามารถตนเองลดลง พบสูงสุดร้อยละ 7.6 และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ พบสูงสุดร้อยละ 8.4 ในการสำรวจครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของนครินทร์ ชุนงาม<sup>10</sup> ที่ศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 ลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100.0 และต่ำกว่าการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบำราศนราดูร<sup>11</sup> ที่พบภาวะหมดไฟในการทำงาน

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ร้อยละ 49.7 ด้านการลดความเป็นบุคคลร้อยละ 49.7 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลร้อยละ 47.2 สาเหตุที่การศึกษานี้มีความชุกภาวะหมดไฟต่ำกว่าการศึกษาอื่นอาจเนื่องมาจากสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดนี้ไม่ได้มีสถานการณ์ที่รุนแรงทุกพื้นที่ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนปฏิบัติไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟแต่ละด้าน ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 41 ปี การอาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ และการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ปัจจัยอายุสอดคล้องกับการศึกษาภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบำราศนราดูร<sup>11</sup> และการศึกษาของ Maslach และ Jackson<sup>5</sup> ที่พบว่าอายุน้อยเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากอายุสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต ผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มองชีวิต

ได้อย่างลึกซึ้งและเข้าใจ การศึกษาของ Cheung และ Tang<sup>14</sup> และการศึกษาของ Dahling และ Perez<sup>15</sup> พบว่าบุคคลที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์การปรับความรู้สึกภายใน (deep acting) มากกว่าบุคคลที่อายุน้อยและมักจะใช้กลยุทธ์ที่ใช้ทรัพยากรทางอารมณ์ที่น้อยกว่า ปัจจัยการอาศัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล ที่ระบุว่าภาวะครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญอันเกิดจากความเครียดส่วนบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลไปสู่ความเหนื่อยล้าของการทำงาน เนื่องจากการที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวทั้งในด้านการดูแลและการเลี้ยงดูบุตร การให้เวลากับครอบครัว หรือการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ<sup>16</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบว่าภาวะครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน<sup>13</sup> ส่วนปัจจัยโรคประจำตัวเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตองที่พบว่าปัจจัยโรคประจำตัวมีผลต่อการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่สูงขึ้น<sup>12</sup>

ปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง และการไม่มีความเชื่อมั่นหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขและมาตรการระดับจังหวัดในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ปัจจัยลักษณะการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของ Maslach และ Jackson<sup>5</sup> ที่พบว่าผู้มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่าหรือยังไม่เคยทำงานในองค์กร เมื่อต้องประสบกับบรรยากาศในการทำงานที่ไม่คุ้นเคยและระบบงานใหม่ ๆ มักเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่มากกว่า เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานสามารถปรับตัวได้ดีกว่า หรืออาจเนื่องจากการปฏิบัติงานดังกล่าวมีปริมาณงานที่มากจนเกินไป มีความซับซ้อน มีเงื่อนไขของเวลาหรือกำหนดแล้วเสร็จ และต้องใช้พลังงานในการจัดการงานมากขึ้นกว่าปกติ ทำให้เวลาสำหรับการพักผ่อนลดลง

และสูญเสียเวลาสำหรับการใช้ชีวิตปกติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลที่ระบุว่าลักษณะงานที่ต้องเผชิญความกดดัน ความคับข้องใจจากการปฏิบัติการพยาบาล สภาพผู้ป่วยที่กำลังประสบความเป็นความตายหรือภาวะวิกฤตอยู่เสมอ การต้องตัดสินใจเร่งด่วน การทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัย และชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานติดต่อกันเกินไป มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเบื่อหน่าย และความเหนื่อยล้าของผู้ปฏิบัติงาน<sup>16</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เป็นปัจจัยทำนายการลดความสำเร็จส่วนบุคคล<sup>10</sup> ส่วนปัจจัยการขาดความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขและการจัดการป้องกันควบคุมโรค สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่าการรับรู้ต่อระบบบริหารจัดการเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์<sup>17</sup> ดังนั้นการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะสิ้นสุดเมื่อใด ความกังวลใจในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เพียงพอหรือขาดคุณภาพ การที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนัก รวมทั้งการที่ตนเองต้องเว้นระยะห่างทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน จะยิ่งเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดสะสมที่ก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง

ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากการสำรวจในช่วงที่เกิดวิกฤตโรคระบาดที่เป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งแพร่ระบาดได้ง่าย ทำให้จำเป็นต้องใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัดที่ต้องใช้แบบสำรวจที่สั้น ใช้เวลาตอบไม่นานนัก และสำรวจปัจจัยที่จำเป็นเท่านั้น การพัฒนาแบบประเมินภาวะหมดไฟจึงดำเนินการเฉพาะการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และเนื่องจากการสำรวจแบบภาคตัดขวางจึงทำให้

ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าภาวะหมดไฟเป็นผลจากมีความเครียดเรื้อรังจากการปฏิบัติงานอย่างหนัก ระยะเวลา และต่อเนืองในสถานการณ์โรคโควิด 19

### สรุป

ความชุกของภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกความสามารถตนเองลดลง และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานในทางลบ เท่ากับร้อยละ 11.4, 7.6 และ 8.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 41 ปี การอาศัยอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยมีเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ที่สงสัยติดเชื้อหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในระบบสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 และไม่มีหรือมีความเชื่อมั่นน้อยในการจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด จึงควรมีการเฝ้าระวังและติดตามดูแลปัญหาภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิต และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุข

### กิติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสหวิชาชีพจากหน่วยงานในพื้นที่ที่ช่วยดำเนินการสำรวจ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Coronavirus 2019 disease situation] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- วชิระ เพ็งจันทร์, ปรีดา หวังเกียรติ. 4 wave ระบบสาธารณสุขไทยกับผลกระทบระยะยาวจากโควิด 19 [4 wave: Thai public health system and the long-term impact of COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 plan: C4]. นนทบุรี: กอง; 2563.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2): 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
- World Health Organization. Burn-out an “Occupational phenomenon”: international classification of diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 11]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).
- ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [Burnout syndrome]. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 2562;65(2):44-52.
- Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: CRC press; 1998.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. สารานุกรมจิตวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสภา [Encyclopedia of psychology: royal Thai council edition]. กรุงเทพฯ: สำนักงานราชบัณฑิตยสภา; 2561.
- นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา [Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
- ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร [The register nurses' burnout in Bamrasnaradura infectious disease institute]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(2):66-78.

12. พ็ชราภรณ์ สนิตพัฒนาศุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [Risk factors of job burnout among personnel of Sanpatong hospital, Chiangmai province]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):154-63.
13. ศรีณย์ ศรีคำ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. Cheung FY, Tang CS. Effects of age, gender, and emotional labor strategies on job outcomes: moderated mediation analyses. *Appl Psychol Health Well Being*. 2010;2(3):323-39. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01037.x.
15. Dahling JJ, Perez LA. Older worker, different actor? Linking age and emotional labor strategies. *Pers Individ Dif*. 2010;48(5):574-8. doi:10.1016/j.paid.2009.12.009.
16. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ, เกษรมาศ อยู่ถื่น. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล [Burnout syndrome among nurses]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. 2557;8(2):40-53.
17. สิริยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามธิบดี [Burnout of first-level nursing executives: a case study of head nurses in Ramathibodi hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.