

ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครฯ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Burnout Syndrome among Medical Personnel involved in Care of Patients with
Neurological Conditions at a Tertiary Care Hospital in Bangkok Metropolis.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครฯ
โดย	น.ส.อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง)

อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล : ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครฯ. (Burnout Syndrome among Medical Personnel involved in Care of Patients with Neurological Conditions at a Tertiary Care Hospital in Bangkok Metropolis.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. พญ.ชุตินา หุุ่มเรื่องวงษ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท จำนวน 107 ราย ใช้เครื่องมือในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน 2) แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน 3) แบบสอบถามความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน 4) แบบสอบถามภาวะหมดไฟ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะหมดไฟระดับสูงอยู่ที่ ร้อยละ 19.6 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟระดับสูง จากการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก ได้แก่ การที่บุคลากรต้องมีหน้าที่ดูแลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OR = 14.06, 95% CI = 2.80 - 70.68, p value < 0.01) มีการแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาจากเหตุความรุนแรงทางวาจา (OR = 4.21, 95% CI = 1.19 - 14.87, p value < 0.05) และการมีความสุขในการทำงาน (OR = 0.20, 95% CI = 0.06 - 0.65, p value < 0.01) สรุปผลการศึกษาพบภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทมากถึง 1 ใน 5 ของบุคลากรทั้งหมด การให้ความสำคัญในการปรับภาระงานที่เหมาะสม การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานคนอื่นๆด้วยความเคารพ (โดยเฉพาะทางวาจา) และการสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานดำเนินไปอย่างมีความสุขอาจช่วยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงได้

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470102830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: burnout syndrome, medical personnel, neurological conditions,
workplace violence

Anchalee Lertmingchaimongkol : Burnout Syndrome among Medical Personnel involved in Care of Patients with Neurological Conditions at a Tertiary Care Hospital in Bangkok Metropolis.. Advisor: Prof. CHUTIMA ROOMRUANGWONG, M.D.

A cross-sectional descriptive study was conducted by collecting data from 107 medical personnel currently working with neurological patients to study the prevalence and associated factors of burnout syndrome. Self-administered questionnaires consist of 1) Personal and work-related information 2) Happiness at work and job insecurity questionnaire using to assess level of work happiness and affecting factors of work happiness 3) Workplace violence questionnaire 4) Thai version of Maslach Burnout Inventory. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics. Thus, the study showed 19.6% of subjects had a high level of burnout. Using logistic regression analysis, the factors significantly associated with high level of burnout are working with neurological patients in both IPD and OPD settings (OR = 14.06, 95% CI = 2.80 – 70.68, P value < 0.01), reporting verbal violence to a supervisor (OR = 4.21, 95% CI = 1.19 - 14.87, P value < 0.05), and having happiness at work (OR = 0.20, 95% CI = 0.06 – 0.65, P value < 0.01). Nevertheless, almost one-fifth of these participants had high level of burnout. The emphasis on work burden, treating others with respect (especially, verbally), and encouraging work happiness are essential to prevent high burnout.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการศึกษา ฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (The Scholarship from Graduate Affairs, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือรวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้ความกรุณาช่วยเหลือ คอยขัดเกลา ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดเวลาที่อยู่ในรั้วมหาวิทยาลัย ขอขอบคุณ คุณจุฑาภัทร ศศิภิญโญ ที่คอยช่วยเหลือประสานงานระหว่างคณะ อาจารย์ และนิสิตทุกท่านเป็นอย่างดีมาโดยตลอด และขอขอบคุณคุณพัลพงค์ สุวรรณวาทีน คุณนภัสวรรณ พชรธนสาร และคุณนันทพร ทองลิ้ม ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ขอขอบพระคุณ น.ท.อานูภาพ พันธุ์คงทรัพย์ และบุคลากรทางการแพทย์โรคทางระบบประสาท โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. อันได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และคุณอารีย์ ที่ให้ความกรุณาผู้วิจัยในการเข้าไปเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณจิรายุ สำหรับความเข้าใจ กำลังใจ และคอยช่วยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบพระคุณบิดามารดา พี่ๆ ครอบครัว และหลายๆที่รักยิ่ง ที่เป็นดั่งพระอาทิตย์ที่สดใสให้กับผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณอากง ที่เป็นที่พักพิงให้กับผู้วิจัยในยามที่ต้องการความช่วยเหลือทุกครั้ง ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตทั้งภาคนอกเวลาและภาคในเวลา ที่คอยเป็นความสุข ความสนุกสนานทุกครั้งไปเรียน และขอขอบคุณเพื่อนๆ KU11 ที่อยู่เติมพลังให้กันและกันเสมอ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณตัวเองที่กล้าจะก้าวผ่านความกลัวและอุปสรรคในชีวิต กล้าที่จะออกจากพื้นที่ปลอดภัย ได้นำพาตัวเองไปสู่ความสำเร็จใหม่ๆ ได้พัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น และได้เข้าใจว่านามธรรมสามารถเปลี่ยนเป็นรูปธรรมได้ด้วยคามเพียร

อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาทางวิจัย (Background and rational).....	1
1.2 คำถามการวิจัย (Research question)	3
1.3 วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย (Research objection).....	3
1.4 สมมติฐานงานวิจัย (Hypothesis).....	3
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	3
1.6 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition).....	3
1.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)	4
1.8 ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations).....	5
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefit application).....	5
1.10 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และมาตรการในการแก้ไข (Obstacles and strategies to solve the problem)	6
1.11 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	7
บทที่ 2	8

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 ลักษณะ, ความหมาย, และคำนิยาม.....	9
2.1.1 ลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน	9
2.1.2 ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน	9
2.1.3 ทฤษฎีของภาวะหมดไฟในการทำงาน	11
2.1.4 ผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	15
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน	16
2.2.1 ความสุขในการทำงาน	16
2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานและภาวะหมดไฟ.....	18
2.2.3 ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน.....	19
2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานและภาวะหมดไฟ.....	21
2.3 ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท.....	23
2.3.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท	23
2.3.2 โรคทางระบบประสาท	24
2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และภาวะหมดไฟในการทำงาน	27
2.4 กลยุทธ์ในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	30
บทที่ 3	32
วิธีดำเนินการวิจัย	32
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research design).....	32
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology).....	32
3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample).....	32
3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria).....	32
3.2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)	33

3.2.4 ขนาดตัวอย่าง (Sample size).....	33
3.2.5 วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	34
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	38
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis).....	39
บทที่ 4	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	40
<u>ส่วนที่ 2</u> ข้อมูลความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
<u>ส่วนที่ 3</u> ข้อมูลความรุนแรงในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง	49
<u>ส่วนที่ 4</u> ข้อมูลความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง	60
<u>ส่วนที่ 5</u> ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
บทที่ 5	78
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
5.1 สรุปผลการวิจัย	79
5.1.1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล.....	79
5.1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านอาชีพการงาน.....	79
5.1.3 ข้อมูลลักษณะผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท.....	79
5.1.4 ข้อมูลความสุขในการทำงาน.....	80
5.1.5 ข้อมูลสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน	80
5.1.6 ข้อมูลสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน.....	80
5.1.7 ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน	80
5.1.8 ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	82
5.1.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน	82

5.2 การอภิปรายผล.....	83
5.3 ข้อจำกัดการวิจัย.....	86
5.4 ข้อเสนอแนะ	87
5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	88
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	97
<u>ภาคผนวก ก</u> เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	98
<u>ภาคผนวก ข</u> เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.	100
<u>ภาคผนวก ค</u> เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	101
<u>ภาคผนวก ง</u> เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร.....	106
<u>ภาคผนวก จ</u> เอกสารขออนุญาตใช้แบบสอบถาม.....	108
<u>ภาคผนวก ฉ</u> แบบสอบถามสำหรับการวิจัย.....	111
ประวัติผู้เขียน.....	122

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหางานวิจัย (Background and rational)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome) คือ ภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจไปในทางลบ จากความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้น รู้สึกไม่ชอบทำอะไรที่เคยทำมา เบื่อหน่ายทุกสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวัน หมดแรงจูงใจ ไร้ความสุข มองทุกอย่างในทางที่ไม่ดี รู้สึกแยกตัวออกจากสังคม เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมดังที่กล่าวมาเป็นเวลานานมากขึ้น จะสูญเสียประสิทธิภาพในการใช้ชีวิต และสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานไปในที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ภาวะหมดไฟเป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน และภาวะหมดไฟได้จัดอยู่ในกลุ่มโรคระหว่างประเทศฉบับปรับปรุงครั้งที่ 11 (11th Revision of the International Classification of Diseases; ICD-11) แต่ไม่ถูกจัดว่าเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีเงื่อนไขทางการแพทย์ โดยภาวะหมดไฟในการทำงาน สามารถจำแนกได้จากความเหนื่อยหน่ายที่แต่ละบุคคลต้องเผชิญ โดยแมสแล็กและแจ๊คสัน (1986)⁽¹⁾ ได้แบ่งสาเหตุของการเกิดความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การลดทอนความเป็นบุคคล 3) ความสำเร็จส่วนบุคคล ซึ่ง 3 ด้านนี้เป็นเหตุให้มีอาการเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยเรื้อรัง หมดหวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด อาจส่งผลให้มีอาการของภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ หลีกเลี้ยงที่จะเผชิญกับปัญหา มาทำงานสาย ขาดงาน และลาออกในที่สุด

ความสุขในการทำงาน คือ ความรู้สึกเป็นสุข สนุกสนาน ผูกพันไปกับงานที่ทำ มีแรงจูงใจที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสบายใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน นำไปสู่ความสำเร็จต่อตนเองและองค์กร โดย วอร์ (Warr, 1990)⁽²⁾ ได้ให้ความหมายของความสุขในการทำงานว่า การมีความรื่นรมย์ในการทำงาน (arousal) การมีความพึงพอใจในงาน (pleasure) และการมีความกระตือรือร้นในการทำงาน (self-validation)

ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน (Workplace violence) คือ การกระทำใดๆในสถานที่ทำงานที่ทำให้เกิดความรุนแรงทางกายภาพ ทางจิตใจ และทางเพศ ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม และการกระทำดังกล่าวต้องเป็นไปในลักษณะที่ส่งผลให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรู้สึกไม่ชอบ ไม่อยากให้

เกิดขึ้น ทำให้เสียใจ รู้สึกถูกคุกคาม อับอาย รู้สึกถูกข่มเหง โดนรังแก เกิดการบาดเจ็บ ไปจนถึง ความรุนแรงขั้นที่ทำให้เสียชีวิต และเสียชีวิตพรุ่ยสิน ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่บุคลากร ทางการแพทย์ต้องพบเจอในชีวิตประจำวันนั้น สามารถพบเจอได้ทั้ง 3 ด้าน โดยเฉพาะความรุนแรง ทางวาจา จากความกดดันในการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลาและชีวิตของผู้ป่วย การแบกรับความ คาดหวังจากตนเอง ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งจากเพื่อนร่วมงาน ความเครียดในปริมาณมากที่ ทำให้ผู้คนระบายความเครียดออกมาทางคำพูด จนกลายเป็นปัญหาความรุนแรงที่พบเจอได้บ่อยที่สุด

บุคลากรทางการแพทย์เป็นสายอาชีพที่ต้องรับผิดชอบกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย มีจำนวน ชั่วโมงทำงานที่ยาวนานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.7 ในปี พ.ศ. 2564 และทะยานสูงขึ้นถึงร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2565⁽³⁾ และในปัจจุบันการทำงานท่ามกลางความคาดหวังต่อตนเอง ต่อคนไข้ รวมถึงความ กดดันจากผู้อื่นทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียดสะสม ความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย จนกระทั่งกระทบต่องาน ความสามารถในการตัดสินใจ ไปจนถึงชีวิตส่วนตัว อีกทั้งด้วยเหตุผลที่แพทย์ เป็นหนึ่งในอาชีพที่ได้รับความเชื่อถือและเคารพมากที่สุด⁽⁴⁾ แรงกดดันในการทำงานจึงเพิ่ม มากขึ้นตามความคาดหวังจากสังคม

การเรียนต่อด้านประสาทศัลยศาสตร์เป็นหนึ่งในสาขาเฉพาะทางของแพทย์ที่ใช้ระยะเวลาใน การศึกษาต่อยาวนาน มีการแข่งขันสูง มีแนวโน้มของชั่วโมงการทำงานสูงกว่าแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น 10%⁽⁵⁾ จึงมีรายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์ด้านนี้มีความพึงพอใจในการทำงานลดลงจากภาวะหมด ไฟ⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ที่มีรายงานว่าชั่วโมงการ ทำงานที่ยาวนาน และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหมดไฟเช่นกัน⁽⁷⁾

การดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่มาด้วยอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพต่างๆ เช่น หลอด เลือดสมอง เนื้อเยื่อสมอง ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด อุบัติเหตุ มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้าน สติสัมปะชัญญะ การช่วยเหลือตัวเอง อารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงการจัดการกับความคาดหวังของ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยที่ผ่านมายังไม่มี การศึกษาที่แพร่หลายถึงประเด็นดังกล่าวในบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงใน ประเทศไทย ผู้วิจัยจึงจัดทำการศึกษาขึ้นเพื่อจะช่วยให้ทราบถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้ไปสู่แนวทางแก้ไข ป้องกัน และช่วยส่งเสริม มาตรฐานของภาระงานที่เหมาะสมในบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย (Research question)

1. ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

1.3 วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย (Research objection)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

1.4 สมมติฐานงานวิจัย (Hypothesis)

-ไม่มี-

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในประเด็น “ภาวะหมดไฟในการทำงาน” โดยเก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถามในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร เท่านั้น

1.6 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

1. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) ในการศึกษานี้จะหมายถึง ภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากความเครียดเรื้อรังในการทำงานที่ไม่ได้รับการจัดการที่ดี โดยจะประเมินจากแบบสอบถาม Maslach Burnout Inventory ที่สร้างโดย Maslach and Jackson แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย พัลพงศ์ สุวรรณวาทีน (2559)⁽⁸⁾

2. บุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษา^{นี้}หมายความรวมถึง แพทย์ (อาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน) พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกของแผนกศัลยกรรมประสาทและ/หรืออายุรกรรมประสาทช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

3. ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ในการศึกษา^{นี้}หมายความรวมถึง ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาททั้งระบบประสาทส่วนกลาง และ/หรือระบบประสาทส่วนปลาย จากทุกพยาธิสภาพ ทุกสาเหตุ

4. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในการศึกษา^{นี้}จะหมายถึงเพียงแค่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร เท่านั้น

1.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความรู้สึกส่วนตัวได้อย่างอิสระ ข้อมูลทั้งหมดในแบบสอบถามจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับทราบ ข้อมูลในการทำวิจัย รวมถึงแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสามารถปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโดยไม่มีการบังคับข่มขู่จากผู้วิจัยหรือผู้มีอิทธิพล และผู้วิจัยจะไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยหลักจริยธรรมที่ใช้ประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมการวิจัย^{นี้}ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ ผู้วิจัยจะเคารพในความเป็นส่วนตัว สิทธิขั้นพื้นฐาน เก็บรักษาความลับข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน และจะไม่มีให้นำข้อมูลส่วนตัวออกมาเปิดเผยโดยเด็ดขาด

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficial/ non-maleficance) การทำวิจัยในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้เข้าร่วมวิจัย และเพื่อประโยชน์ของวงการแพทย์ โดยปราศจากความเสียหายต่อตัวผู้เข้าร่วมวิจัย หากพบอาสาสมัครที่ได้รับผลกระทบต่อจิตใจจากเหตุความรุนแรงหรือภาวะหมดไฟระดับสูง ผู้วิจัยจะติดต่อขออนุญาตทำการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ

วิธีการรับมือกับปัญหาเบื้องต้น แนวทางการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพจิตในเชิงบวก ทั้งในรูปแบบของการใช้ชีวิต และการทำงาน ในขอบเขตที่ผู้วิจัยจะสามารถทำได้ เช่น การปรับมุมมองที่มีต่อตนเอง หรือ การแนะนำให้เขียนรายงานเข้าต้นสังกัด รวมถึงแนะนำช่องทางในการเข้ารับบริการทางด้านจิตเวชศาสตร์/สุขภาพจิต (ทั้งในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) เป็นต้น

3. หลักยุติธรรม (Justice) มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า และเกณฑ์ในการคัดออกที่ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดอคติ (bias) และมีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน จะไม่มีการแสวงหาผลประโยชน์การทำวิจัยในกลุ่มคนที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิประโยชน์ของตนเองได้

1.8 ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร เท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาททั้งหมดได้

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefit application)

1. เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจ ได้ตระหนักรู้ถึงภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอย่างจริงจังมากขึ้น

2. เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงานที่ต้องเผชิญจนก่อให้เกิดความบั่นทอนในการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทให้ดียิ่งขึ้น

3. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการวิจัยไปหาทางแก้ไขร่วมกันในเชิงบวก เพื่อลดและขจัดปัญหาทางกาย ทางใจ พฤติกรรม และอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

1.10 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และมาตรการในการแก้ไข (Obstacles and strategies to solve the problem)

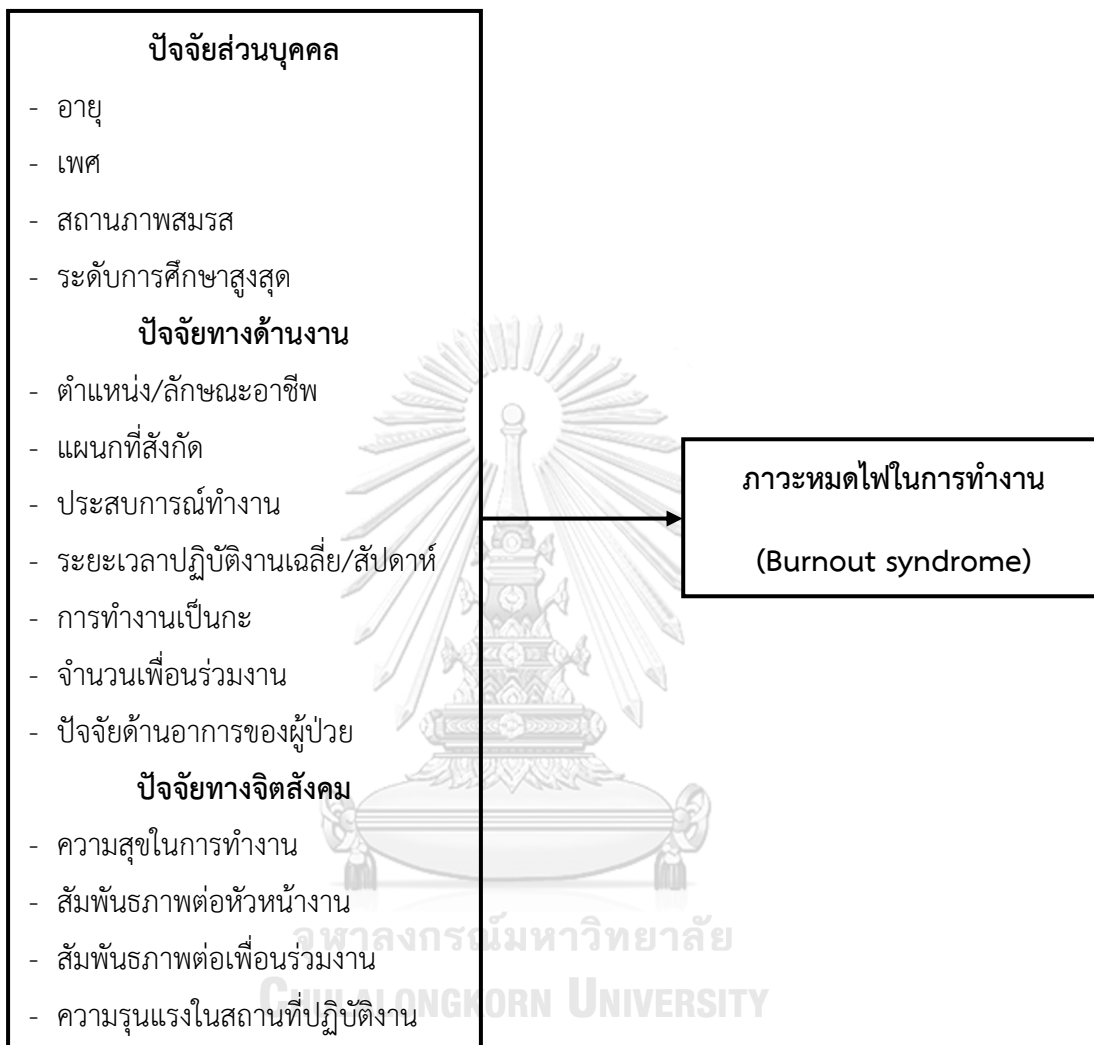
ผู้เข้าร่วมไม่สนใจตอบแบบสอบถาม อาจไม่ส่งแบบสอบถาม หรือส่งคืนแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงเพราะกลัวเกิดปัญหาในที่ทำงาน ได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามที่กำหนดเอาไว้ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล มาตรการในการแก้ไข คือ ผู้วิจัยจะบอกกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลประโยชน์ที่ทุกฝ่ายจะได้รับ และให้ความมั่นใจกับผู้เข้าร่วมวิจัยว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือตำแหน่งของผู้เข้าร่วมวิจัยเด็ดขาด ควรตอบตามความจริงเพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และจัดทำกล่องเก็บเอกสารเพื่อป้องกันการเอกสารตกหล่น



1.11 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ตัวแปรต้น (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บททบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะ, ความหมาย, และคำนิยาม

2.1.1 ลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.1.2 ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.1.3 ทฤษฎีของภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.1.4 ผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.2.1 ความสุขในการทำงาน

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานและภาวะหมดไฟ

2.2.3 ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน

2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานและภาวะหมดไฟ

2.3 ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

2.3.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

2.3.2 โรคทางระบบประสาท

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.4 กลยุทธ์ในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.1 ลักษณะ, ความหมาย, และคำนิยาม

2.1.1 ลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะหลัก ได้แก่ 1) ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion), 2) ความรู้สึกถูกลดทอนความเป็นบุคคล (depersonalization), และ 3) ความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ (low personal accomplishment)^(9, 10)

2.1.2 ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานถูกให้คำนิยามความหมายแตกต่างกันไปเล็กน้อยในแต่ละการศึกษาต่างๆ ดังต่อไปนี้

ปรัชญ์ งามสมภาค (2017)⁽¹¹⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “หลักอุปสงค์และทรัพยากรขององค์กรต่อการทำงาน” โดยหลักอุปสงค์ คือ ความคาดหวังขององค์กรต่อลูกจ้าง และ ทรัพยากร คือสิ่งที่องค์กรมีให้กับลูกจ้าง เช่น ค่าจ้าง แรงสนับสนุน อำนาจในการตัดสินใจ และความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร เมื่อไรก็ตามที่อุปสงค์และทรัพยากรไม่สอดคล้องกัน จะก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงานแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล คือ บุคลิกและทัศนคติ 2) ลักษณะของงาน คือ ภาระงานและหน้าที่ ความสัมพันธ์ระหว่างภายในองค์กรกับบุคคลภายนอก 3) ลักษณะองค์กร คือ วัฒนธรรมองค์กร รูปแบบโครงสร้างที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าและความยุติธรรมภายในองค์กร

กมลพร วรธนฤทธิ (2019)⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “ภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ จากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน” แบ่งออกเป็น 3 อาการ ได้แก่ 1) เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ มีความรู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ 2) มองเห็นความสามารถในการทำงานของตนในแง่ลบ ไม่มีความรู้สึกอยากประสบความสำเร็จในการทำงาน 3) มองความสัมพันธ์กับผู้อื่นในที่ทำงานในแง่ลบ รู้สึกเหินห่างไม่เข้าพวกกับผู้ร่วมงานหรือกระทั่งกับลูกค้ำ

สุนันทิษา นิธิวาสิน (2019)⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “อาการของกลุ่มคนที่รู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ เหนื่อยหน่าย จากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน” ซึ่งมีความสัมพันธ์ทั้งจากปัจจัยในการทำงานและปัจจัยส่วนบุคคล โดยที่บุคคลนั้นๆไม่

สามารถจัดการกับความเครียดของตนได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ด้วย

พฤกษา พฤทธิสาริกกร (2020)⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “ลักษณะของอาการที่แสดงออกมาทางกายภาพ จิตใจ และพฤติกรรม เพื่อสนองต่อความเครียดที่สะสมมาเป็นระยะเวลานาน” โดยจะรู้สึกอ่อนล้า อารมณ์แปรปรวน มีทัศนคติเชิงลบต่องานและต่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับงาน หลีกเลียงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีคุณค่า

วราภรณ์ เลิศวิสัย (2020)⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “ภาวะที่เกิดความอ่อนล้าทางกายและทางใจ จากความเครียดในการทำงานที่ไม่สามารถกำจัดหรือทำให้ลดลงได้ ซึ่งจะแสดงออกแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล” มีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานและบุคคลอื่น ท้อแท้ อ่อนแรง รู้สึกด้อยค่า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่พอใจในงานที่ทำ จนอาจส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น มาสาย ลางาน ลาออก เป็นต้น

ปาน เต็มสิริ (2021)⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “กลุ่มอาการทางจิตวิทยาที่เกิดจากการสะสมและตอบสนองกับความเครียดที่เกิดจากการทำงานมาเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลในทางลบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจ ซึ่งจะแสดงอาการใน 3 มิติ” ได้แก่ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ การรับความกดดันมากไปจนรู้สึกหมดพลังที่จะต่อสู้กับการทำงาน 2) การลดทอนความเป็นบุคคล คือ การมีความคิดด้านลบจนเกิดความไม่ใส่ใจต่อผู้รับบริการ การรู้สึกว่าถูกตำหนิจากผู้อื่นจนเกิดการแยกตัว และ 3) การลดความสำเร็จส่วนตน คือ การประเมินตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองมีประสิทธิภาพและความสามารถที่ไม่ดีพอ

วริณญา พิมสกุล, ภัครินทร์ คำจุมพล, พนมพร พุ่มจันทร์, เอื้ออนุช ถนอมวงษ์, และสุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์ (2022)⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่าเป็น “สภาวะของความทุกข์ทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จนนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ”

Edú-Valsania S., Laguía A., and Moriano J.A. (2022)⁽¹⁸⁾ ได้กล่าวถึงบุคคลที่เผชิญกับภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่า จะมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายระหว่างวัน ไม่ใช่แค่ตอนทำงานแต่รวมถึงการคิดถึงเรื่องงานขณะตื่นนอนตอนเช้าก็ทำให้รู้สึกเหนื่อยหน่ายได้เช่นกัน โดยแบ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานออกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านองค์กร (organizational

factors) เช่น ภาระงานหรือความต้องการทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล (individual factors) เช่น บุคลิกภาพของแต่ละคนหรือวิธีการแก้ไขปัญหาส่วนบุคคล

เปซฌางค์ ยอดมณี (2023)⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ว่า การที่บุคคลต้องเผชิญกับความกดดันอย่างต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เช่น การถูกกดดันด้านเวลาเพื่อปรับปรุงคุณภาพงาน ความคาดหวังที่มากเกินไปต่องาน และการถูกกดดันจากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยทางกายและทางจิตใจ ขาดแรงจูงใจที่จะทำงาน จนสามารถนำไปสู่การลาออกจากงานได้ในที่สุด

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ ภาวะเครียดสะสมจากการทำงาน และบุคคลนั้นๆ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะหมดไฟส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ และความสัมพันธ์ของบุคคลนั้นๆ ในเชิงลบ โดยมีลักษณะอาการที่แสดงออกอย่างชัดเจนถึงความเหนื่อยล้า หมดความสนใจในสิ่งที่เคยทำ ขาดแรงกระตุ้นที่จะใช้ชีวิต และสูญเสียแรงผลักดันที่จะทำให้ตนประสบความสำเร็จไป

อนึ่งในปัจจุบันภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความสนใจและมีการทำการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในตลอดหลายปีที่ผ่านมา เป็นผลอันเนื่องมาจากผู้คนให้ความสำคัญถึงความเครียดที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจากประเด็นเรื่องระยะเวลาทั้งหมดที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ไปกับการทำงาน รวมถึงการที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญกับเรื่องของอัตลักษณ์และคุณค่าของตนเองผ่านการทำงานจนนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานในที่สุด⁽²⁰⁾

2.1.3 ทฤษฎีของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงาน (เดิม)

ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และเป็นที่ยอมรับกล่าวถึงและอ้างอิงในการนำมาใช้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ทฤษฎีของ Maslach and Jackson⁽¹⁰⁾ ที่จำแนกภาวะหมดไฟออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดทอนความเป็นบุคคล (depersonalization) และ ความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment) ภาวะหมดไฟในการทำงานที่พูดถึงใน

ทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเครียดส่วนบุคคลที่ได้พบเจอจากการทำงานที่สัมพันธ์กับมุมมองต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงความสัมพันธ์ในสังคมที่เป็นตัวแปรให้เกิดความเครียดในการทำงานอีกด้วย⁽²¹⁾

องค์ประกอบที่ 1 ‘ความอ่อนล้าทางอารมณ์’ (emotional exhaustion) คือ การอยู่ในสภาวะของความอ่อนไหวทางอารมณ์ที่มากเกินไป อาจเกิดจากการเผชิญปัญหาในการทำงานที่มากเกินไป การได้รับภาระงานที่ไม่เหมาะสม หรือการมีปัญหาคัดแย้งในที่ทำงาน จนเกิดความรู้สึกท่วมท้น (overwhelm) น้อยหน่าเกินกว่าที่จะรับไหว เกิดความคับข้องใจจนหมดความอดทน หมดหวัง ห่อเหี่ยว ทั้งนี้การแสดงออกทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เป็นไปได้ทั้งการแสดงออกในเชิงลบ เช่น การแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรงเพื่อต่อต้านหรือระบายอารมณ์ ไปจนถึงการแสดงออกในเชิงนิ่งเฉยไม่ยินดียินร้ายกับเรื่องใดๆ

องค์ประกอบที่ 2 ‘การลดทอนความเป็นบุคคล’ (depersonalization) เป็นทักษะระหว่างบุคคลที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น (interpersonal skills) โดยเป็นการแสดงออกในเชิงลบ เช่น การปรามาส ถากถาง ดูหมิ่น ดูแคลน เหยียดหยาม (cynical) การลดทอนความเป็นบุคคลเป็นปัจจัยที่พัฒนามาจากการมีภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่สูงผนวกกับกลไกการป้องกันตนเอง จนเกิดการการปลีกตัวหรือแยกตัวออกจากบุคคลอื่นมากเกินไปจนนำไปสู่การสูญเสียตัวตนในอุดมคติในที่สุด (loss of idealism)

องค์ประกอบที่ 3 ‘ความสำเร็จส่วนบุคคล’ (personal accomplishment) คือความรู้สึกว่าทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานใดๆก็ตามนั้นลดต่ำลง รวมถึงประสิทธิภาพในการผลิตงานภายในระยะเวลาที่กำหนดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (productivity at work) ส่งผลให้การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในแต่ละบุคคลลดทอนลง ทำให้บุคคลนั้นๆไม่สามารถใช้ความถนัดเฉพาะตัวในการปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายไปได้ นอกจากนี้สิ่งที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำยังมีเรื่องของขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) อีกด้วย

ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach and Jackson เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาพัฒนาเป็นแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่ใช้กันทั่วโลก เช่น MBI ฉบับดั้งเดิม หรือที่เรียกว่า MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) สำหรับวัดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสังคม,

MBI-Educators Survey (MBI-ES) สำหรับวัดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษา, MBI-General Survey (MBI-GS) สำหรับวัดภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มบุคลากรอาชีพอื่นๆที่นอกเหนือไปจากงานบริการสังคมและการศึกษา เช่น อุตสาหกรรมการบริการ การบริหาร เป็นต้น

ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงาน (ฉบับพัฒนา)

ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับพัฒนาจะมุ่งเน้นไปที่สองปัจจัยหลัก ปัจจัยแรก คือ องค์ประกอบเชิงบวกที่ตรงกันข้ามกับองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงานในทฤษฎีดั้งเดิม เรียกว่าการมีส่วนร่วมและผูกพันกับงาน (job engagement) ที่พัฒนาโดย Maslach and Leiter ปัจจัยที่สอง คือ กรอบแนวคิดใหม่ในการกำหนดองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ดังนั้นองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงานในทฤษฎีเดิมจึงถูกนำมาปรับเปลี่ยนจากองค์ประกอบที่ให้ความหมายเชิงลบมาเป็นองค์ประกอบที่ให้ความหมายเชิงบวกภายใต้แนวคิดของการมีส่วนร่วมและความผูกพัน (engagement) จนได้ผลสำเร็จออกมาดังนี้

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ → ความกระตือรือร้น พลังกำลังสูง (high energy)

การลดทอนความเป็นบุคคล → ความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น (strong involvement)

ความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ → ความสามารถที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ (sense of efficacy)

ในแต่ละองค์ประกอบเชิงบวกจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังเช่น เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างบุคคลเกิดขึ้นจะทำให้ขาดความกระตือรือร้นและสูญเสียพลังในการทำงาน ซึ่งไปสัมพันธ์กับเรื่องของความอ่อนล้าทางอารมณ์ การมีความสัมพันธ์ที่ดี เหนียวแน่น และแข็งแกร่งในที่ทำงาน (healthy relationship) จะช่วยลดความปรามาส การดูหมิ่นดูแคลนเมื่อเกิดปัญหาในที่ทำงาน ซึ่งสัมพันธ์กับเรื่องของการลดทอนความเป็นบุคคล การมีความสัมพันธ์ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีความตระหนักถึงความสามารถในการทำงานเฉพาะบุคคลก็จะสัมพันธ์กับเรื่องของความสำเร็จส่วนบุคคล

กล่าวโดยสรุปคือแนวคิดของทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานเดิมจะอธิบายถึงสาเหตุของกลุ่มอาการเศร้าโศก เสียใจ ไม่มีความสุข (distress) จากการแบกรับความเครียดสะสมและปัญหาใน

ที่ทำงานที่มากเกินไป ส่วนแนวคิดของทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับพัฒนาที่มุ่งเน้นในเรื่องของการมีส่วนร่วมและความผูกพัน (engagement) จะอธิบายถึงการสำเร็จบรรลุผล (fulfillment) ในเชิงบวก ซึ่งทฤษฎีฉบับพัฒนานี้จะมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อีกด้วย

ทั้งนี้จากการศึกษาของ Maslach and Leiter^(21, 22) ยังพบอีกว่า เมื่อบุคคลหนึ่งมีช่องว่างของความไม่เข้ากัน (misfit/mismatch) กับงานมากเท่าไร ก็ยังมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งความไม่เข้ากันระหว่างบุคคลกับงานสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 มิติด้วยกัน ได้แก่

1. ภาระงานที่มากเกินไป (work overload) เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้ทำงานในจำนวนที่มากเกินไปบุคคลนั้นๆจะรับไหว ภายใต้แรงกดดันในเรื่องของกรอบเวลาในการทำงานให้สำเร็จ ทรัพยากรที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน จนเกิดภาวะของการแบกรับปริมาณงานที่มากเกินไป ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าสะสม สูญเสียความสมดุลระหว่างการใช้ชีวิตและการทำงาน รวมถึงการขาดการพักผ่อนที่เหมาะสมและเพียงพอ

2. ขาดการควบคุม (lack of control) เกิดขึ้นเมื่อนโยบายขององค์กรที่ทำงานไม่มีความยืดหยุ่นที่เพียงพอให้กับบุคลากร หรือมีการจับตามองการทำงานเกินความพอดีจนทำให้บุคคลใดก็ตามเกิดความอึดอัด นำไปสู่การที่บุคคลนั้นๆไม่สามารถควบคุมและบริหารงานภายใต้การดูแลของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. ขาดการให้รางวัลที่เพียงพอ (insufficient reward) รางวัลในที่นี้อาจจะมาในรูปแบบของเงินค่าตอบแทนที่เหมาะสม การขึ้นเงินเดือน สวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น ปัจจัยนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการลดทอนคุณค่า (devalue) ของบุคลากรและงานที่ทำ เช่น การมองข้าม การละเลย การไม่ใส่ใจ หรือการที่องค์กรมองไม่เห็นคุณค่าของบุคลากรในการตั้งใจทำงาน

4. ความล้มเหลวของชุมชน (breakdown of community) เกิดขึ้นเมื่อมีความไม่เข้ากัน ความขัดแย้งกันระหว่างบุคคลในสถานที่ทำงาน และปัญหานั้นๆไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม ความขัดแย้งผลักดันให้เกิดมุมมอง อารมณ์ และความสัมพันธ์ที่ดำเนินไปในเชิงลบ ส่งผลให้บุคคลรู้สึก ว่าตนเองขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) แต่อย่างไรก็ตามในงานบางงานอาจไม่

ต้องการการทำงานเป็นทีมหรือเป็นกลุ่ม ทำให้บุคลากรบางกลุ่มในบางองค์กรไม่มีการพบปะกับเพื่อนร่วมงานจนอาจทำให้เกิดการขาดการติดต่อกับสังคมก็เป็นไปได้เช่นเดียวกัน

5. ขาดความเที่ยงธรรม (absence of fairness) เกิดขึ้นเมื่อองค์กรไม่มีความยุติธรรมหรือไม่มีนโยบายที่เป็นธรรมเพียงพอที่จะช่วยรักษาสถานะความน่าเชื่อถือของสถานที่ทำงาน เช่น การแบ่งภาระงานที่ไม่สมเหตุสมผล จะเกิดขึ้นเมื่อมีบุคคลที่ได้รับงานมากเกินไปและบุคคลที่ได้รับงานน้อยเกินไป หรืออาจจะเป็นค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย หรือมีการทุจริตในองค์กร (corruption) มีขั้นตอนของการประเมินงาน-การเลื่อนขั้นที่ไม่สุจริต หรือการไม่สามารถออกความคิดเห็นอย่างสุจริตโดยปราศจากการเพ่งเล็งได้ เป็นต้น

6. ความขัดกันทางค่านิยม (value conflict) เกิดขึ้นเมื่อมีความไม่เข้ากันของสิ่งจำเป็นต้องทำ (requirement) กับหลักการที่บุคคลนั้นๆยึดถือ หรือการเกิดความรู้สึกเหมือนการถูกบีบบังคับจากงานที่ต้องทำ เพราะรู้สึกว่าการที่ทำงานที่ทำผิดศีลธรรมจรรยา (unethical) กับหลักการที่บุคคลนั้นๆยึดถือ เช่น การต้องโกหกเพื่อผลประโยชน์ขององค์กร ลูกค้า ผู้รับบริการ หรือกระทั่งเพื่อให้ผ่านสถานการณ์ตรงหน้าไปได้ เป็นต้น

ทั้งหมดนี้ของความไม่เข้ากันระหว่างบุคคลกับงานนี้ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกข้อ และแต่ละข้อสามารถเชื่อมโยงถึงกันและกันได้

2.1.4 ผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงาน

Shanafelt T.D., Sinsky C., Dyrbye L.N., Trockel M., and West C.P. (2019)⁽²³⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างแพทย์และอาชีพอื่นๆพบว่า เมื่อเทียบกับผู้เชี่ยวชาญที่มีการศึกษาระดับปริญญาเอกในสาขาวิชาชีพอื่นๆแล้ว แพทย์มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกว่า มีความพึงพอใจเรื่องของความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวน้อย และมีภาวะหมดไฟในการทำงานในอัตราที่สูงกว่าอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญ แพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจะมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และใจร้อน ซึ่งส่งผลถึงการขาดงานที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง⁽²⁴⁾ การได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟ นอกจากจะทำให้ความสามารถในการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลงแล้ว สุขภาพกายและสุขภาพใจของตัวบุคลากรทางการแพทย์เองก็มีความเสี่ยงด้วยเช่นกัน

อนึ่งผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงานที่กระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงกับเรื่องของคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดีของแพทย์ (well-being) เพราะคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดีของแพทย์เป็นเครื่องหมายที่บ่งบอกถึงความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และองค์กรที่บุคลากรทางการแพทย์นั้นๆกำลังปฏิบัติงานอยู่⁽²⁵⁾ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละวัน ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความดูแล^(26, 27) อีกทั้งยังส่งผลกระทบยาวต่อความรู้สึกด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment)⁽²⁷⁾ (ค่าคะแนนเชิงบวกของการเกิดภาวะหมดไฟ) ในทางกลับกันบุคลากรที่มีความสำเร็จส่วนบุคคลสูง จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในหน้าที่มากกว่า บุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน สามารถให้การบริการผู้ป่วยด้วยความเคารพ และมีความรับผิดชอบได้มากกว่าอีกด้วย

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

2.2.1 ความสุขในการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุขในการทำงานจากการศึกษาต่างๆ ได้มีการให้นิยามและความหมายไว้ดังต่อไปนี้

Cynthia D. Fisher (2010)⁽²⁸⁾ กล่าวว่าแนวคิดที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุดกับความสุขในการทำงาน คือ ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) โดยมีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติเชิงบวก (positive attitudes) หรือ อารมณ์เชิงบวกจากประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจในที่ทำงาน

ชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์ (2017)⁽²⁹⁾ กล่าวว่าความสำคัญของคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงาน ประกอบไปด้วย 1) การมีความสัมพันธ์ที่ดีและไว้วางใจกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน 2) การได้ทำงานอย่างมีความสุข สบายใจ ไม่กดดัน 3) ความพึงพอใจกับงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถที่มี 4) การมีความรับผิดชอบในหน้าที่ ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของเวลา ทำให้ไม่มีการขาดหรือลางาน 5) การทำงานอย่างมีความสุข มีความสมดุลระหว่างตนเองและสังคม ไม่มีปัญหาขัดแย้ง ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ครอบครัว และสังคม

ธิดารักษ์ สือชา และ กฤษฎากรณ์ ยูงทอง (2017)⁽³⁰⁾ กล่าวว่าความสุขในการทำงานเป็นทั้งความรู้สึกด้านลบและรู้สึกด้านบวกที่บุคคลนั้นๆมีต่อการทำงาน เพราะความรู้สึกด้านลบสามารถส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานได้เทียบเท่ากับความรู้สึกด้านบวก ทั้งนี้ความสุขในการทำงานด้านบวกสามารถเรียกได้ว่าเป็นความรู้สึกสุขใจ สนุกสนาน เพลิดเพลินใจไปกับการทำงาน

มีความรู้สึกกระตือรือร้นอยากที่จะทำงาน มักจะแสดงออกมาในเรื่องของความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร การมีความทุ่มเท ผูกพัน ก้าวหน้า และมีความกระปรี้กระเปร่าในการทำงาน ส่วนความสุขในการทำงานด้านลบจะเป็นเรื่องของอารมณ์ทุกขใจ คับข้องใจ โศกเศร้า ไม่สบายใจจากเรื่องของงาน ที่แปรเปลี่ยนเป็นความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในที่สุด (burnout)

ก่อกนิษฐ์ คำมะลา และ วลนิกา ฉลากบาง (2019)⁽³¹⁾ กล่าวว่าความสุขในการทำงาน หมายถึงความรู้สึกที่บุคคลใดๆก็ตามมีต่องานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น เกิดความรู้สึกสนุกไปกับงานที่ทำ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในงาน เป็นที่ยอมรับของเพื่อนที่ทำงาน มีการช่วยเหลือกันภายในองค์กรจนมีความผูกพันกับงานที่ทำ สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงตามที่ตั้งเป้าเอาไว้ได้ อีกทั้งความสุขในการทำงานยังทำให้เกิดแรงผลักดันเชิงบวก ทำให้มีแรงที่จะไปต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคในการทำงานที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสม

Misra N. and Srivastava S. (2022)⁽³²⁾ กล่าวว่าหัวหน้างานสามารถสร้างความสุขในการทำงานได้โดยการกระตุ้น (motivate) บุคลากรและกระตุ้นการทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการร่วมมือกัน การสร้างขวัญกำลังใจ ปรับปรุงการสื่อสาร และผูกสัมพันธ์ภาพร่วมกัน ทั้งนี้ยังมีเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน นโยบายที่ยุติธรรม การส่งเสริมบุคลากร การส่งเสริมความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต การดูแลสุขภาพจิต และการมีกิจกรรมให้ทำ นอกเหนือจากเรื่องของงาน เป็นต้น

Charles-Leija H., Castro C., Teledo MC, and Ballesteros R. (2023)⁽³³⁾ กล่าวว่ามีการพบตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเกิดความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรู้สึกสนุก เพลิดเพลินกับงานที่ทำ (enjoying one's job) $p < 0.001$, การมีเป้าหมายในชีวิต $p < 0.001$, การมีงานที่น่าพาไปสู่การเข้าใกล้จุดประสงค์ในชีวิต $p < 0.001$, และการมีงานที่มีคุณค่า $p < 0.001$

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ความสุขในการทำงานหมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกที่บุคคลหนึ่งมีต่องาน ได้แก่ การมีความพึงพอใจในเรื่องของงาน (job satisfaction) มีความสุขกับงานที่ทำ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในที่ทำงานเดียวกัน การได้รับแรงสนับสนุน (support) จากที่ทำงาน มีความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้อต่อการทำงาน และเนื้องานที่มีความเหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไปจนก่อให้เกิดความเครียดจากการแบกรับภาระงาน อีกทั้งความสุขในการทำงานยังรวมถึงความสามารถในสร้างสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงานได้เป็นอย่างดี

ในการศึกษานี้ ได้แบ่งองค์ประกอบของความสุขในการทำงานออกเป็น 3 มิติ ได้แก่
 1) ความสุขในการทำงาน เช่น ทักษะคติเชิงบวกที่มีต่องานและสภาพแวดล้อมในงาน 2) สัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน เช่น การได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน และการมีความสัมพันธ์อันดีกับหัวหน้างาน 3) สัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน เช่น การทำงานเป็นทีมที่ดี มีความเข้าอกเข้าใจกัน และมีความจริงใจต่อกัน

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานและภาวะหมดไฟ

Money S.R. (2017)⁽²⁷⁾ ได้ทำการศึกษา Surgical personalities, surgical burnout, and surgical happiness พบภาวะหมดไฟในแพทย์ 28% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยเป็นศัลยแพทย์มากถึง 53%⁽³⁴⁻³⁷⁾ โดยปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะหมดไฟมากที่สุดคือความไม่สมดุลระหว่างงานและชีวิต (work-life imbalance) มีรายงานว่า 25% ของศัลยแพทย์มีค่าความสุขในงานน้อยกว่าบุคลากรทั่วไปในสาขาวิชาชีพอื่นๆ

Khosrojerdi Z., Tagharrobi Z., Sooki Z., and Sharifi K. (2018)⁽³⁸⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขในพยาบาลอิหร่าน จำนวน 422 ราย โดยใช้แบบสอบถาม the Oxford Happiness Inventory และ the Minnesota Job Satisfaction Questionnaire พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการความสุขของพยาบาล คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจกับสุขภาพจิตของตนเอง เงินเดือน การมีความพึงพอใจกับเงินเดือน คุณภาพชีวิต หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงาน ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย การทำงานเป็นกะ อายุ ความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในผลของการดูแลผู้ป่วย

Werdecker L. and Esch T. (2021)⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟ ความพึงพอใจ และความสุขในแพทย์ทั่วไป (general practitioners: GPs) ที่ประเทศเยอรมัน จำนวน 548 ราย พบความชุกของภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 26.5% โดยภาวะหมดไฟที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล การทำงาน และผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์ทั่วไปที่ทำงานแบบมีทีม (group practice) มีค่าความสุข และความพึงพอใจในงานมากกว่าแพทย์ทั่วไปที่ทำงานคนเดียว การมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างงานให้เหมาะสมสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และสัมพันธ์กับการเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความพึงพอใจในงาน และช่วยลดภาวะหมดไฟในบุคลากรได้

Dixon E., Murphy M., and Wynne R. (2022)⁽⁴⁰⁾ ได้ทำการศึกษา A multidisciplinary, cross-sectional survey of burnout and wellbeing ในบุคลากรการแพทย์แผนกฉุกเฉินช่วงการเกิด Covid-19 พบว่าบุคลากรไม่มีความสุขในการทำงาน ความพึงพอใจต่ำ ความเครียดและภาวะหมดไฟสูง อีกทั้งยังพบว่าความรู้สึกได้รับการสนับสนุนในที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อเพื่อนร่วมงาน (ซึ่งหากไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีพอจะก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟ) และเมื่อไรก็ตามที่บุคลากรมีความรู้สึกกังวลต่อการไปทำงาน เท่ากับว่ามีความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์เกิดขึ้น ก็จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟเช่นกัน การศึกษานี้ยังพบอีกว่าพยาบาลอาวุโสมีความพึงพอใจในงานที่ต่ำเนื่องจากความกดดันในงานสูง และไม่ได้รับการสนับสนุน ในขณะที่พยาบาลที่อายุน้อยกว่าจะรู้สึกไม่มีความสุขในการทำงาน (ความพึงพอใจในงาน) จากปัญหาภาระงานที่หนักเกินไป ซึ่งทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาชีพและตำแหน่งอาชีพด้วย

Negri L. และคณะ (2022)⁽⁴¹⁾ ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในงาน บทบาทของความสุขและความหมายในการทำงานของแพทย์และพยาบาลจำนวน 108 รายในประเทศอิตาลี โดยใช้แบบสอบถาม The Eudaimonic and Hedonic Happiness Investigation and The Job Satisfaction พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในงานที่ระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงานสำหรับแพทย์จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของความหมายและความสุขในการทำงาน ส่วนความพึงพอใจในงานสำหรับพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับการมีความสุขในการทำงานอย่างเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ความสุขในการทำงานสามารถถือได้ว่าเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาว่า การขาดความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (work-life balance) ภาระงานที่หนักเกินไป และการขาดแรงสนับสนุนจากที่ทำงานสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทั้งสิ้น

2.2.3 ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน

United States Department of Labor : OSHA⁽⁴²⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในที่ทำงาน (workplace violence) ไว้ว่าเป็นการกระทำ การคุกคามที่มีความรุนแรงทางกาย ทำให้ลำบากใจ หรือพฤติกรรมคุกคามด้านอื่นๆ รวมถึงอาชญากรรมรุนแรงและการข่มขู่ทางวาจาที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน⁽⁴³⁾

The International Labour Office: ILO⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในที่ทำงานไว้ว่าเป็นการกระทำ เหตุการณ์ หรือพฤติกรรมใดๆที่ไม่ขึ้นอยู่กับเหตุผลที่บุคคลกระทำ คุกคาม ทำร้าย หรือทำให้อีกฝ่ายได้รับบาดเจ็บในที่ทำงาน

The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)⁽⁴⁵⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในที่ทำงานไว้ว่า การกระทำความรุนแรงในรูปแบบใดก็ตาม (รวมถึงการทำร้ายร่างกายและการข่มขู่) ที่กระทำต่อบุคคลหนึ่งในขณะที่กำลังทำงาน หรือขณะกำลังปฏิบัติหน้าที่

ชุตินา มงคลบุตร และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ (2018)⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในที่ทำงานไว้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลใดๆก็ตามถูกข่มเหง คุกคาม ทำร้าย ภายในสถานที่ทำงาน อาจเนื่องมาจากเพื่อนร่วมงานที่ประกอบอาชีพเดียวกัน ลูกค้า หรือผู้ที่มาติดต่อเกี่ยวกับงานเป็นคนก่อเหตุ ความรุนแรงสามารถเป็นไปได้ทั้งต่อร่างกายและจิตใจ นับรวมไปถึงความรุนแรงทางวาจา คำพูดกดขี่ ข่มเหง ความประสงคร้าย อาฆาตพยาบาท พฤติกรรมคุกคามต่างๆ เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ที่ส่งผลต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สร้างความรู้สึกไม่ปลอดภัย เสียใจ อับอาย หรือกระทำการทำให้ผู้ถูกระทำบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจนับรวมด้วย

ปิยะพัทธ์ ปันติ (2020)⁽⁴⁷⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในสถานที่ทำงานไว้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกประเภทของการทำงานเพราะแต่ละงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงได้หลากหลายสถานการณ์โดยมีรูปแบบแตกต่างกันออกไป และความรุนแรงนั้นๆเป็นเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียงาน สูญเสียรายได้ ได้รับบาดเจ็บ ไปจนกระทั่งเสียชีวิต

รมิดา แสงสวัสดิ์ (2021)⁽⁴⁸⁾ ได้ให้ความหมายของความรุนแรงในสถานที่ทำงานไว้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีมักจะเกิดกับบุคลากรที่ทำงานในภาครัฐ หรือบุคลากรที่ทำงานด้านการบริการสาธารณะต่างๆ เพราะเป็นอาชีพที่ต้องพบปะพูดคุยติดต่อกับผู้คนที่ค่อนข้างมีความหลากหลาย ทำให้สามารถเกิดความขัดแย้งจากความกดดัน ความเครียด ความไม่พึงพอใจ ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับผู้ที่ถูกระทำความรุนแรง ซึ่งสามารถเป็นไปได้ทั้งการกลั่นแกล้งทำร้ายทางกายและการทำร้ายทางวาจา

ในการศึกษานี้กล่าวได้ว่าความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน หมายถึง พฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ใดๆก็ตามที่ทำให้เกิดผลเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งอาจจะเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ อาจเกิดจากมนุษย์ สิ่งมีชีวิต หรือเกิดจากธรรมชาติ และความรุนแรงสามารถแบ่งออกได้

เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความรุนแรงทางกายภาพ กล่าวคือ ความรุนแรงที่สามารถเห็นได้ชัดเจน เช่น การทำร้ายร่างกาย การทำให้เกิดข้อจำกัดทางกายภาพ ทำให้เกิดผลเสียต่อทรัพย์สิน รวมถึงการทำร้ายตัวเอง เป็นต้น 2) ความรุนแรงทางวาจา ที่บุคคลสามารถรับรู้สัมผัสได้ผ่านการพิจารณาทางความคิด การพูดจาทำร้ายจิตใจ การหมิ่นประมาทดูถูก การข่มขู่บังคับขืนใจให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ เป็นต้น 3) ความรุนแรงทางเพศ กล่าวคือ การกระทำใดๆก็ตามที่เกิดจากอคติทางเพศ เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ ความคิดเห็นทางเพศที่ไม่เหมาะสม หรือการถูกกีดกันโอกาสจากเหตุผลในเรื่องของเพศ⁽⁴⁹⁾ เป็นต้น

2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานและภาวะหมดไฟ

บุคลากรทางการแพทย์เป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของคนไข้ มีหน้าที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ที่เข้ามารับการรักษาให้ได้ตรงตามมาตรฐานและมีความถูกต้องมากที่สุด ต้องพัฒนาความรู้ให้เท่าทันโลกอยู่ตลอดเวลา⁽⁵⁰⁾ และคอยให้บริการผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวผู้ป่วย เช่น ครอบครัวและญาติสนิท นอกจากนี้การรักษายังต้องรองรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่คงที่ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องพบเจอกับความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴²⁾ และมีรายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยประสบกับเหตุความรุนแรงไม่ว่าจะทางใดก็ตาม (ทางกาย ทางวาจา หรือทางเพศ) มีอัตราการเกิดภาวะหมดไฟสูงมากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยประสบเหตุความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตาม มีรายงานที่พบความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟดังต่อไปนี้

Tsukamoto SAC, Galdino MJQ, Barreto MFC, and Martins JT (2021)⁽⁵¹⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟและความรุนแรงขณะปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลเมื่อปี 2021 จำนวน 242 คน โดยใช้แบบสอบถาม Workplace Violence in the Health Sector และ Maslach Burnout Inventory พบว่าพยาบาลที่เคยประสบกับความรุนแรงทางวาจา ความรุนแรงทางกาย และความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีโอกาสสูงที่จะเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ($p < 0.05$), การลดทอนความเป็นบุคคลสูง ($p < 0.05$), และมีความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ($p < 0.05$) ดังนั้นการมีมาตรการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานจึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสร้างสถานที่ปลอดภัยในการทำงานที่คอยสนับสนุนการทำงานของบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Amanda B. Lykins, Natalie W. Seroka, Mark Mayor, Sarret Seng, Jacob T. Higgins, and Chizimuzo T. C. Okoli (2021)⁽⁵²⁾ ได้ทำการศึกษา Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Staff at an Academic Medical Center จำนวน 358 คน พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟดังต่อไปนี้ เกือบครึ่งของบุคลากรมีคุณภาพการนอนที่ต่ำ ทำงานเป็นเวลานาน และเคยประสบความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน โดยพบมากที่สุดในแผนกจิตเวช (56.3%) รองลงมาคือแผนกฉุกเฉิน (54%) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรเคยมีการเขียนรายงานถึงการพบเจอความรุนแรงในสถานที่ทำงาน พบภาวะหมดไฟมากที่สุดในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยในมากกว่าหอผู้ป่วยนอก รวมถึงพบภาวะหมดไฟมากในพยาบาลที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน แผนกศัลยกรรม และแผนกจิตเวช

Shijiao Yan, Xin Shen, Rixing Wang, Zhiqian Luo, Xiaotong Han, Yong Gan, and Chuanzhu Lv (2021)⁽⁵³⁾ ได้ทำการศึกษา Challenges Faced by Emergency Physicians in China: An Observation From the Perspective of Burnout ในแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 15,243 ราย พบภาวะหมดไฟสูงเป็นจำนวน 14.9% โดยมีค่าความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูง 46.8% ค่าความลดทอนความเป็นบุคคลสูง 24.1% และค่าความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ 60.5% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานคือการมีสุขภาวะและคุณภาพการนอนต่ำ ทำงานในเขตที่กำลังพัฒนา รวมถึงทำงานในโรงพยาบาลรัฐ มีภาวะซึมเศร้า ทำงานเป็นกะ และเคยประสบกับความรุนแรงในการทำงาน ดังนั้นการมีมาตรการส่งเสริมเชิงบวกจะช่วยลดภาวะหมดไฟในกลุ่มแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงาน อีกทั้งยังเป็นการรักษาคุณภาพของการให้บริการของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลอีกด้วย

Jinfeng Wang, Qinglin Zeng, Yuqiang Wang, Xinqi Liao, Caixia Xie, Guofu Wang and Yanli Zeng (2022)⁽⁵⁴⁾ ได้ทำการศึกษา Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses ใน 43 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจาก 22 ประเทศทั่วโลก โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 19,571 คน พบว่างานวิจัย 28 ชิ้นจากทั้งหมดที่รวบรวมมาเคยมีเหตุความรุนแรงเกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ โดยความรุนแรงทางวาจาเป็นเหตุที่พบได้บ่อยมากที่สุดตั้งแต่ 24.2% - 98.6%, ตามมาด้วยการคุกคามข่มขู่ (threats) 4.9% - 94.5%, การกลั่นแกล้ง (bully) 13% - 93.2%, ความรุนแรงทางกาย 7.6% - 74%, การคุกคามทางเพศ (sexual harassment) 2.6% - 72%, และพบน้อยที่สุดคือการเหยียดเชื้อชาติ 4.5% - 15% อีกทั้งยังพบภาวะหมดไฟเป็นจำนวน 30 งานวิจัยจากทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบเหตุความรุนแรงใน

สถานที่ทำงานมีระดับภาวะหมดไฟสูง 3% - 48.9%, ภาวะหมดไฟปานกลาง 43.2% - 62%, และ ภาวะหมดไฟต่ำ 10% - 27.7%

Al Khatib O., Taha H., Al Omari L., Al-Sabbagh M.Q., Al-Ani A., Massad F., and Berggren V. (2023)⁽⁵⁵⁾ ได้ทำการศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานในบุคลากรทางการแพทย์แผนกฉุกเฉินที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐในประเทศจอร์แดน พบความชุกของเหตุความรุนแรงทางกายและ วาจาที่ร้อยละ 33 และ 53 ตามลำดับ โดยเหตุความรุนแรงทางกายจะพบเจอกับบุคลากรเพศชาย มากกว่าที่ 43.7% โดยผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางกายและทางวาจาส่วนใหญ่คือญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วย จากเหตุความรุนแรงทางกายทั้งหมด 53 เคส และความรุนแรงทางวาจาทั้งหมด 86 เคส มีเพียง 15 เคส หรือ 10.8% เท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ความรุนแรงในสถานที่ทำงานถือได้ว่าเป็น ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยจากงานวิจัยที่หยิบยกมา กลุ่มตัวอย่างที่เคย ประสบกับเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ไม่ว่าจะเป็นเหตุความรุนแรงทางกาย วาจา หรือทางเพศ ล้วนแล้วแต่มีอัตราของการเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้นในระดับสูง เพราะความรุนแรงนี้มักจะไปเกี่ยวพัน กับการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ การถูกกดทอนความเป็นบุคคล และการบั่นทอนที่ส่งผลให้ ความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำลง

2.3 ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

2.3.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ ประกอบไปด้วย 1) อาจารย์แพทย์ 2) แพทย์ประจำ บ้าน 3) พยาบาลวิชาชีพ และ 4) ผู้ช่วยพยาบาล ที่ทำงานในแผนกประสาทศัลยศาสตร์ และ อายุร- กรรมระบบประสาท

โดยอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านจะทำหน้าที่ดูแล รักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ทั้งที่อยู่ในหอผู้ป่วยใน ผ่าตัด/ทำแผล และออกตรวจผู้ป่วยนอกควบคู่ไปด้วยกัน มีรูปแบบการทำงาน ตลอด 24 ชั่วโมง

ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเพียงอย่าง เดียว ได้แก่ การรับคำสั่งแพทย์ จัดยา/สารน้ำ ทำแผล ดูแลให้การพยาบาลต่างๆ โดยจะมีการทำงาน

ในรูปแบบอยู่เวรเป็นกะ และมีการผลัด (rotate) แผนกที่ทำงาน โดยในบางรายจะได้รับมอบหมายให้ไปทำงานที่หอผู้ป่วยนอกด้วย

2.3.2 โรคทางระบบประสาท

การจำแนกโรคทางระบบประสาทตามสาเหตุพยาธิกำเนิด

1. ระบบหลอดเลือด (Vascular) แบ่งออกเป็น โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease/stroke) หมายถึงกลุ่มอาการทางคลินิกของภาวะบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันนานมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือที่เรียกว่าภาวะสมองหยุดทำงานเฉียบพลัน⁽⁵⁶⁾ ซึ่งการศึกษาของ วิทวัส ศิริยงค์ (2018) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง⁽⁵⁷⁾ และยังสามารถเกิดได้ในผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ใช้สารเสพติด รวมถึงผู้ที่มีความเครียดสูง โดยมีอาการของความบกพร่องทางสติปัญญาและการรับรู้ ระบบประสาทสั่งการบกพร่อง อ่อนแรงครึ่งซีก การสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด⁽⁵⁸⁾ มีปัญหาในเรื่องของการควบคุมการขับถ่าย และปัญหาทางเพศ หรือมีความบกพร่องในเรื่องของเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกตามสาเหตุได้ดังนี้

- การขาดเลือด (ischemic stroke) เนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตันในผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral thrombosis) สามารถเป็นไปได้ทั้งในหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ และหลอดเลือดฝอย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การมีลิ่มเลือดหลุดมาอุดตันในหลอดเลือดที่จะไปเลี้ยงสมอง (embolism) เช่น โรคลิ้นหัวใจพิการ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation)
- เส้นเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการเลือดออก เนื่องจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) เกิดจากการสูญเสียความควบคุมจากความดันโลหิตที่สูง หลอดเลือดแดงที่แตกหรือฉีกขาดฉับพลัน ทำให้เซลล์สมองบริเวณที่เลือดออกถูกทำลาย เนื้อสมองตาย เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นนอแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกที่ผิดปกติ เช่น หลอดเลือดพิการแต่กำเนิดไม่มีหลอดเลือดฝอยกัน (arteriovenous malformation) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (ruptured aneurysm)

- เส้นเลือดอักเสบ (vasculitis)
- เส้นเลือดหดตัวมากผิดปกติ (vasospasm)

2. เนื้อเยื่อสมอง (brain parenchymal) จากเนื้องอก (tumor) ไม่มีสาเหตุของการเกิดที่ชัดเจน โดยส่วนมากเกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นสมอง (primary brain tumor)⁽⁵⁹⁾ แบ่งออกได้เป็น เนื้องอกธรรมดา (benign tumor) และเนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (malignant tumor) โดยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว ลมชัก ระบบประสาทหน้าที่ทั่วไปและระบบประสาทเฉพาะที่เสีย และสามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดเนื้องอกสมองได้ดังนี้

- Embryonal cell มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ทำให้กลายสภาพเป็นเนื้องอก
- เนื้องอกจากพันธุกรรม ได้แก่ 1) โรคเท้าแสนปม (Von Recklinghausen's neurofibromatosis) 2) โรคทูเบอร์รัส สเคลอโรซิส (Tuberous sclerosis) หรือโรค Bourneville โรคทางพันธุกรรมมีความผิดปกติในสมองและอวัยวะอย่างน้อยหนึ่งส่วนในร่างกาย และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการชักและภาวะปัญญาอ่อน 3) กลุ่มอาการฟอน ฮิปเปล-ลินเดา (Von Hippel-Lindau) ที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีนที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ไม่ใช่เนื้องอกที่เป็นมะเร็ง
- มีการบาดเจ็บของสมอง
- เกิดจากการฉายรังสี (radiation)
- ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunological disorder) เช่น การเกิดเนื้องอกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (transplantation)
- ไวรัสต่างๆ
- สารเคมี

3. ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (congenital/developmental disorder) เช่น การเจริญของสมองที่ผิดปกติ (malformation) การขาดการเจริญเติบโต (dysgenesis) หรือการเจริญเติบโตที่ผิดปกติไปเป็นอย่างอื่น เช่น Cyst เป็นต้น

4. การบาดเจ็บของสมอง (trauma) จากการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้มีภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hematoma) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง และเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง (subdural/epidural hematoma) กะโหลกแตก (skull fracture) การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (spinal

cord injury) จากอุบัติเหตุ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวด ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ อาจนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิตได้เนื่องจากเซลล์สมองถูกเบียด กดทับจากการบาดเจ็บ หรืออาจเกิดการพิการ/ทุพพลภาพ เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (hypoxia) บกพร่องด้านการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก (sensory motor functioning deficit) การตัดสินใจบกพร่อง การมองเห็นบกพร่องหรือสูญเสียการมองเห็น สูญเสียการได้ยิน กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต⁽⁶⁰⁾

5. ลมชัก (epilepsy) ภาวะนี้เกิดได้จากหลายสาเหตุตั้งแต่เกิดมาข้างต้นหรืออาจเกิดร่วมกันตั้งแต่สองสาเหตุขึ้นไปก็ได้ เป็นอาการชักโดยไม่มีปัจจัยใดๆมากระตุ้น (unprovoked seizure) มากกว่าหรือเท่ากับสองครั้งขึ้นไป โดยจะต้องมีระยะห่างระหว่างการชักแต่ละครั้งอย่างน้อย 24 ชั่วโมง อาจเกิดได้จากไข้ การติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคสมองอักเสบ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเกิดจากการติดเชื้อ มีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ความสมดุลของเกลือแร่และสารในร่างกายผิดปกติ เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดสูง-ต่ำผิดปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สมองขาดเลือด เนื่องจาก ใช้สารเสพติด สารพิษ และยา โดยผู้ป่วยจะมีอาการชักเกร็ง ชักกระตุก เหม่อ⁽⁶¹⁾ พบปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเองและอื่นๆตามมาอีกมากมาย

6. ภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีอาการตกเลือด สมองบวม ติดเชื้อ ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงเกินไป (hyperthermia) แผลกดทับจากการอยู่ท่าเดิมเป็นเวลานานๆ นอนนานไม่สามารถขยับตัวได้ ข้อยึดติด (contracture/deformity)

7. กลุ่มโรคทางประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatric disorders) เป็นภาวะที่พบได้ในคนที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเดิม ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่ง (spectrum) ของโรคนั้นๆก็ได้ อีกทั้งยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกระยะ โดยที่จะมีความแตกต่างด้านระดับความรุนแรงต่างออกไปในแต่ละบุคคล⁽⁶²⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาการทางประสาทจิตเวชมีได้ตั้งแต่การเห็นภาพหลอน มีความคิดแบบหลงผิด วุ่นวายกระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีภาวะซึมเศร้า โศกเสียใจ ร่าเริงแบบสุดขีด ไปจนถึงการไม่รู้ไม่แสดงออก นิ่งเฉย ไม่เข้าสังคม มีอารมณ์ขึ้นๆลงๆเปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียความสนใจในสิ่งที่เคยทำได้ดี คุณภาพการนอนแยลง พฤติกรรมการกินเปลี่ยนไป⁽⁶³⁾

กล่าวโดยสรุปคือ เนื่องจากผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่ต้องพบเจอกับปัญหาทางด้านร่างกาย จึงทำให้ส่วนมากมักจะต้องพบเจอกับผลกระทบทางด้านจิตใจร่วมด้วย⁽⁵⁶⁾ เมื่อมีอาการบกพร่องด้านการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหว การสื่อสาร พบเจอกับปัญหาทางอารมณ์

จนถึงขั้นการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้สูญเสียความสามารถในการควบคุม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความสับสนงุนงง เกิดความกลัว จนแสดงออกมาเป็นอาการ ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด อารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง หงุดหงิด โมโหง่าย เกิดความวิตกกังวลจาก หลากหลายสาเหตุ เช่น การดำเนินการของโรคที่ไม่แน่นอนว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไรในอนาคต การกลับมาเป็นซ้ำ ความกังวลจากปัญหาครอบครัว คนใกล้ชิด ครอบครัว เกิดภาวะซึมเศร้า มี ปัญหาทางด้านสังคม เข้ากับผู้อื่นไม่ได้ ตีตัวออกห่าง หรือเกิดความขัดแย้งข้างในจิตใจกับตนเอง เกิด ความอับอายจากการเป็นโรค เป็นต้น

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัญหาของภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์เกิดได้จากหลายสาเหตุ จาก การศึกษาของ Shanafelt T.D. and Noseworthy J.H. (2017)⁽⁶⁴⁾ พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวแปรสำคัญ ในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ภาระงานและข้อเรียกร้องใน งาน (workload and job demands) ประสิทธิภาพในการทำงานและทรัพยากร (efficiency and resources) ความหมายในการทำงาน (meaning in work) วัฒนธรรมและคุณค่า (culture and values) การควบคุมและการยืดหยุ่นได้ (control and flexibility) แรงสนับสนุนทางสังคมและ ชุมชนในที่ทำงาน (social support and community at work) และการผสมผสานระหว่างชีวิต และการทำงาน (work-life integration) ซึ่งทั้งหมดนี้สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการงาน ปัจจัยจากองค์กร และปัจจัยในแต่ละภูมิภาคหรือประเทศใดๆก็ตามที่บุคลากรนั้นๆปฏิบัติงานอยู่

Yu J., Gao J., Chen J., and Sun Y. (2019)⁽⁶⁵⁾ ได้ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องของภาระ งาน-ภาวะหมดไฟในการทำงานในประสาทศัลยแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์และนอกโรงเรียนแพทย์ ในประเทศจีน จำนวน 1,202 ราย เป็นเพศชาย 92.93% อายุน้อยกว่า 45 ปี 85.27% แต่งงานแล้ว 79.53% พบความชุกของภาวะหมดไฟที่ 45% ประสาทศัลยแพทย์ที่ทำงานในโรงเรียนแพทย์มีชั่วโมง ทำงานที่เยอะกว่า รายได้เยอะกว่า มีระดับความพึงพอใจในงานเยอะกว่า และมีความกระตือรือร้นต่อ งานมากกว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟของทั้ง 2 settings คือ การหย่าร้างทำให้เกิดภาวะ หมดไฟมากกว่าผู้ที่ไม่หย่าร้าง 7.02 เท่า บุคคลที่เคยเกิดความรู้สึกเหนื่อยในที่ทำงานทำให้เกิดภาวะหมด ไฟมากกว่าที่ 1.52 เท่า ในขณะที่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟของประสาทศัลยแพทย์ใน

โรงเรียนแพทย์ คือ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน (มากกว่า 71 ชั่วโมง/สัปดาห์) และรายได้ที่ต่ำ (ต่ำกว่า 1 ล้านหยวนต่อปี) สำหรับความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟของประสาทศัลยแพทย์นอกโรงเรียนแพทย์ คือ การเป็นอาจารย์แพทย์/ประสาทศัลยแพทย์เต็มตัว (attending doctor) ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ และเรื่องของการมีบุตรคนแรก (กังวลเรื่องความขัดแย้งของชีวิตส่วนตัวกับงาน)

Khalafallah A.M., Lam S., Gami A., Dornbos D.L.^{3rd}, Sivakumar W., Johnson J.N., and Mukherjee D. (2020)⁽⁶⁶⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟและความพึงพอใจในงานในประสาทศัลยแพทย์ของ American Association Neurological Surgeons (AANS) ช่วงการระบาดของ Covid-19 จำนวน 407 ราย พบอัตราการตอบกลับที่ 17.7% เป็นเพศชาย 88.7% ผิวดำ 84.3% มีประสบการณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป 64.6% มีชั่วโมงการทำงานที่ลดลงเนื่องจากการระบาดของโควิดที่ 82.6% มีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับรายรับในอนาคต 80.3% โดยพบความชุกของภาวะหมดไฟที่ 20.4% กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในงานที่ 77.6% มีอัตราการเกิดของภาวะหมดไฟลดลงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโควิด

Zaed I., Jaaidane Y., Chibbaro S., and Tinterri B. (2020)⁽⁶⁷⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟในประสาทศัลยแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมระบบประสาทใน 6 งานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 3,310 ราย โดยใช้แบบวัด MBI จำนวน 22 ข้อคำถาม พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมที่ 48% ความชุกของภาวะหมดไฟในประสาทศัลยแพทย์ 51.1% และความชุกของภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมระบบประสาทที่ 45.4% โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในประสาทศัลยแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมระบบประสาทคือ ปัจจัยด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment)

Gadgradj P.S., Ghobrial J.B., Booi S.A. de Rooij J.D., and Harhangi B.S. (2021)⁽⁶⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องของการถูกปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม การแบ่งแยก และภาวะหมดไฟในการทำงานในประสาทศัลยแพทย์จำนวน 503 ราย จากทั้งหมด 5,665 ราย ใน the Congress of Neurological Surgeons (CNS) พบอัตราการตอบกลับที่ 8.9% เป็นประสาทศัลยแพทย์ 85.9% แพทย์ประจำบ้าน 13.9% พบว่า 61.4% ของกลุ่มตัวอย่างเคยตกเป็นเหยื่อของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (abusive behavior) 47.9% เคยถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination) อย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากประสาทศัลยแพทย์ท่านอื่น หรือ ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย โดยพบความชุกของภาวะหมดไฟที่ 49.9% ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาจึงพบอีกว่าเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี logistic

regression แล้วพบว่า ประชากรศาสตร์เพศหญิงมักจะเป็นเหยื่อของการถูกข่มเหง (abuse) มากกว่าที่ 2.5 เท่าของเพศชาย อีกทั้งยังถูกเลือกปฏิบัติมากกว่า และผู้ที่เคยถูกข่มเหงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า 1.7 เท่า

Mackel C.E., Nelton E.B., Reynolds R.M., Fox W.C., Spiotta A.M., and Stippler M. (2021)⁽⁶⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง A Scoping Review of Burnout in Neurosurgery ใน 32 งานวิจัย โดย 26 งานวิจัยเกี่ยวกับความชุก และ 8 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม wellness โดยส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถาม Maslach Burnout Inventory (n=21) ในการวัดระดับภาวะหมดไฟ ทั้งนี้พบความชุกของภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้านที่ 11.2% - 67% และในอาจารย์แพทย์ที่ 15% - 57% โดยพบประสบการณ์การปฏิบัติงานในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ในที่ทำงานระดับต่ำ และมีความเครียด ความกดดันเป็นความเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้าน ส่วนในอาจารย์แพทย์พบปัญหาเรื่องของการเงิน ข้อกั่วงวดด้านกฎหมาย การขาดการกระตุ้นความรู้ และความสมดุลด้านการงานกับชีวิตในระดับต่ำเป็นความเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟในสถานที่ทำงาน

Ujjan B.U., Hussain F., Nathani K.R., Farhad A., and Chaurasia B. (2022)⁽⁷⁰⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในประชากรศาสตร์แพทย์จำนวน 138 ราย โดยใช้แบบวัด MBI พบความชุกของภาวะหมดไฟที่ 60% ภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้านเกิดจากงานประจำที่ไม่เสถียร ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ความเครียดจากการศึกษาต่อเฉพาะทางในขณะที่ต้องทำงานควบคู่ไปด้วยกัน รวมถึงการถูกเรียกตัวไปทำงานระหว่างสัปดาห์

Ślusarz R., Filipka K., Jabłońska R., Królikowska A., Szewczyk M.T., Wiśniewski A., & Biercewicz M. (2022)⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความพึงพอใจ ภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับงานในพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางระบบประสาทและศัลยกรรมระบบประสาทในประเทศโปแลนด์จำนวน 206 ราย พบความชุกของภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ 32% พบภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับเพื่อนร่วมงานที่ 44.2% และภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ 22.8% พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกอายุรกรรมระบบประสาทมีภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับเพื่อนร่วมงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพศัลยกรรมระบบประสาทถึงสามเท่า พบภาวะหมดไฟที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในบุคลากรที่อายุมากกว่า 54 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ และยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างมีพึงพอใจในงานที่ 71.8% และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการศึกษานี้คือ

อายุ สถานที่ทำงาน (หอผู้ป่วยที่ดูแล) ระยะทางในการไปทำงาน ประสบการณ์ทำงาน และการทำงาน เป็นกะ

2.4 กลยุทธ์ในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการศึกษาของ Shanafelt T.D. and Noseworthy J.H. (2017)⁽⁶⁴⁾ พบปัจจัยต่างๆที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดี และช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ยกตัวอย่างเช่น

1. การรับทราบและการประเมินปัญหา (acknowledge and assess the problem):

องค์กรที่รับทราบและตั้งใจรับฟังปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร สามารถสร้างความไว้วางใจให้กับบุคลากร และช่วยลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟได้ เช่น การรับทราบปัญหาด้านความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในงาน ความพึงพอใจในงาน ความเหนื่อยล้า สุขภาวะทางอารมณ์ ความเครียด ความเป็นอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์ หรือปัญหาด้านคุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. การใช้พลังความเป็นผู้นำ (harness the power of leadership):

การมีหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาที่คอยรับฟัง ให้ความใส่ใจ คอยพัฒนาลูกน้อง และรู้ว่าต้องคอยส่งเสริม-กระตุ้นบุคลากรที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอย่างไร จะช่วยให้การทำงานในองค์กรดำเนินไปได้อย่างราบรื่นขึ้น

3. การพัฒนาและการกำหนดเป้าหมาย (develop and implement targeted interventions):

เป็นการรวมกันของกลยุทธ์ข้อที่ 1-2 ในการจัดการบุคลากรเพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยทำให้ง่ายต่อการทำงานและการสื่อสาร สามารถกำหนดสิ่งที่ต้องทำเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายของงานได้ง่ายยิ่งขึ้น ขั้นตอนเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรรู้ขั้นตอนของการทำงาน ได้พูดคุยกันเพื่อแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาและปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

4. การพัฒนาสังคมในที่ทำงาน (cultivate community at work):

การมีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การร่วมกันเฉลิมฉลองความสำเร็จจากเหตุการณ์สำคัญต่างๆที่เป็นไปได้ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องภายในองค์กร การคอยสนับสนุนซึ่งกันและกันไม่ว่าเพื่อนร่วมทีมจะเผชิญกับสถานการณ์ที่ดีหรือไม่ดี เช่น การสูญเสียผู้ป่วยหรือการทำงานพลาด เป็นต้น

5. การให้รางวัลและสิ่งจูงใจอย่างชาญฉลาด (use rewards and incentives wisely):

การให้รางวัลเป็นเสมือนการสนับสนุนในรูปแบบหนึ่ง อาจช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การเลื่อนขั้น ขึ้นเงินเดือน การกล่าวชมเชย เป็นต้น

6. การปรับค่านิยมและการเสริมพลังให้กับวัฒนธรรมขององค์กร (align values and strengthen culture):

โดยส่วนใหญ่แล้วองค์กรด้านสุขภาพจะมีพันธกิจที่มุ่งเน้นไปที่การคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ การพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพความเป็นอยู่ของบุคลากรภายใต้สังกัดและวัฒนธรรมขององค์กรจึงเป็นเรื่องสำคัญ เช่น มีการประเมินวิธีการรักษาคุณค่าขององค์กรและบุคลากรอยู่เสมอ มีการคำนึงถึงความสอดคล้องกันของสิ่งที่ปฏิบัติและค่านิยมขององค์กร เป็นต้น

7. ส่งเสริมความยืดหยุ่นให้กับการบูรณาการเรื่องงานและชีวิตส่วนตัว (promote flexibility and work-life integration):

นโยบายขององค์กรมักส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของแพทย์ ซึ่งนโยบายเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับเรื่องของความยืดหยุ่นในการทำงานและความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว เนื่องจากแพทย์มีชั่วโมงการทำงานที่สูงเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นๆ ทำให้ยากที่จะสร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิต องค์กรจึงควรสร้างความยืดหยุ่นเรื่องชั่วโมงการทำงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น เช่น การจัดชั่วโมงทำงาน/การทดชั่วโมงทำงานในวันธรรมดาและวันหยุดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เข้ากับชีวิตและบริบทส่วนตัวของบุคลากร อีกทั้งยังควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดที่บุคลากรควรได้รับอย่างเหมาะสม เช่น การลาคลอด การลาป่วย เป็นต้น

8. การจัดหาทรัพยากรเพื่อส่งเสริมความสามารถในการฟื้นตัว-ปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆและการดูแลตนเอง (provide resources to promote resilience and self-care):

ทรัพยากรใดๆก็ตามที่องค์กรจัดหามาให้ ควรครอบคลุมถึงเรื่องของการบูรณาการระหว่างงานและชีวิต (ในข้อที่ 7) การส่งเสริมสถานที่ออกกำลังกาย สุขภาวะการนอน อาหาร ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน งานอดิเรกต่างๆ รวมถึงการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังควรมีการฝึกอบรมทักษะในงานที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น (resilience) จิตวิทยาเชิงบวก หรือการมีสติอยู่กับปัจจุบัน (mindfulness) เป็นต้น

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากร (Population) คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ที่ทำงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ที่ทำงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชพอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดออก

3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นแพทย์ (อาจารย์แพทย์, แพทย์ประจำบ้าน) พยาบาลวิชาชีพ หรือ ผู้ช่วยพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน หรือเคยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของแผนกศัลยกรรมประสาทหรืออายุรกรรมประสาท ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. สนใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้

3.2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็นจนไม่สามารถให้ความร่วมมือได้
2. อยู่ในระหว่างการลาพักก่อน ลา กิจ ลาป่วย ลาบวช ลาคลอด ฯลฯ
3. มีการเจ็บป่วยรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

3.2.4 ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณได้จากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

โดย Z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท (ในที่นี่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน จึงกำหนดค่า $p = 0.5$ เพื่อให้ได้ค่า n ออกมาสูงที่สุด)

$$q = 1 - p = 0.5$$

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.1)

$$\text{จะได้ค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.1)^2}$$

$$= 96.04 \text{ คน}$$

แปลว่าต้องเก็บตัวอย่าง อย่างน้อย 96 ราย

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกประมาณ 10% เพื่อป้องกัน drop out

$$= 96.04 + 9.6 = 105.6$$

ดังนั้นจะเก็บตัวอย่างทั้งสิ้น 106 คน

3.2.5 วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

จากข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของแผนก ศัลยกรรมประสาทและอายุรกรรมประสาท ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. แสดงดังตาราง

บุคลากรทางการแพทย์	แผนก		รวม
	อายุรกรรมประสาท (คน)	ศัลยกรรมประสาท (คน)	
1. แพทย์	3	15	18
2. พยาบาลวิชาชีพ	31	45	76
3. ผู้ช่วยพยาบาล	10	14	24
			118

เนื่องจากจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของแผนกศัลยกรรมประสาทและอายุรกรรมประสาท ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. ทั้งหมดมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนตัวอย่างที่คำนวณไว้ ผู้วิจัยจึงจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกและไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดออกทุกราย จนกว่าจะครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้ โดยไม่มีการสุ่ม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 0 ข้อคำถามคัดกรอง

จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่เป็นเกณฑ์คัดเข้าในข้อแรก ได้แก่ “ท่านเป็น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือ ผู้ช่วยพยาบาล ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือเคยปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมประสาท หรือ อายุรกรรมประสาท ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาชีพการงาน

จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพ แผนกที่สังกัด ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ การทำงานเป็นกะ ลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากร และลักษณะอาการของผู้ป่วยที่ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน

จำนวน 17 ข้อ ได้แก่

ปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ โดย ปรับปรุงมาจาก อรรถพร คงเขียว (2554)^(71, 72) เป็นการศึกษาในระดับความคิดเห็นระดับความสุขในการทำงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มาตรฐาน 5 ระดับ (Likert rating scale)

ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ซึ่งประกอบไปด้วย **ความสัมพันธ์ต่อผู้บังคับบัญชา** จำนวน 5 ข้อ และ **ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงาน** จำนวน 5 ข้อ ปรับปรุงมาจาก สิริรินทร์ แซ่ฉั่ว (2553)^(72, 73) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบมาตรฐาน 5 ระดับ (Likert rating scale)

โดยในแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน

คะแนนที่ได้สามารถนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายได้จากสูตรการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายความว่า ระดับต่ำที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายความว่า ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายความว่า ระดับสูง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายความว่า ระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 3 และ 4 แบบสอบถามความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน ใช้แบบสอบถามที่มีการดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม “Workplace violence in health sector country case studies research instruments survey questionnaire by ILO/ICN/WHO/PSI Geneva 2003. โดย นภัทสรณ พชรธนสาร (2560)⁽⁷⁴⁾ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ (ผลทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูล พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของข้อคำถาม = 0.831)

สามารถแบ่งข้อคำถามด้านต่างๆดังนี้

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. ข้อมูลลักษณะของเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน | 30 | ข้อ |
| 2. ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน | 4 | ข้อ |

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน Thai version of Maslach แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย พัลพงศ์ สุวรรณวาทีน (2559)⁽⁸⁾ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ

สามารถแบ่งข้อคำถามด้านต่างๆดังนี้

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. ข้อคำถามทางลบ | 14 | ข้อ |
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ | 9 | ข้อ |
| (พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.92) | | |
| ด้านการลดความเป็นบุคคล | 5 | ข้อ |
| (พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.91) | | |
| 2. ข้อคำถามทางบวก | 8 | ข้อ |
| ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล | 8 | ข้อ |
| (พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.93) | | |

สำหรับข้อคำถามในทางลบ (Negative items)

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, และ20

ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 10, 11, 15, และ22

กำหนดค่าคะแนนดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน	6 คะแนน

สำหรับข้อคำถามในทางบวก (Positive items)

ได้แก่ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, และ21

กำหนดค่าในทางกลับกันดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	6 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน	0 คะแนน

การแปลผลภาวะหมดไฟในการทำงาน ตาม Maslach & Jackson (1986)

ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลด
ความเป็นบุคคลสูง มีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานปานกลาง จะมีค่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน
ในระดับปานกลาง

ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลด
ความเป็นบุคคลต่ำ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

ดังตารางต่อไปนี้

ภาวะหมดไฟ ในการทำงาน	ความอ่อนล้า ทางอารมณ์ (คะแนน)	การลด ความเป็นบุคคล (คะแนน)	ความสำเร็จ ส่วนบุคคล (คะแนน)
ระดับต่ำ	0-16 คะแนน	0-6 คะแนน	0-31 คะแนน
ระดับปานกลาง	17-26 คะแนน	7-12 คะแนน	32-38 คะแนน
ระดับสูง	27 คะแนนขึ้นไป	13 คะแนนขึ้นไป	39 คะแนนขึ้นไป

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นตอนมีดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่างๆ ประกอบไปด้วย หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
2. เตรียมเอกสารสำหรับ IRB approval
3. ติดต่อขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.
4. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อออกหนังสือเสนอต่อหัวหน้าภาคประสาทศัลยศาสตร์ อายุรกรรมประสาท และผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลภูมิพล จังหวัดกรุงเทพมหานคร หรือผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร
5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความร่วมมือส่งถึงผู้มีอำนาจ/หัวหน้าแผนกที่เกี่ยวข้องในการขอเก็บข้อมูล จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จังหวัดกรุงเทพมหานคร
6. สอบถามหัวหน้าแผนกฯ ถึงช่วงเวลาที่บุคลากรสะดวกที่สุดและไม่กระทบกับการปฏิบัติงาน (เช่น หลังส่งเวรเสร็จ หรือช่วงพักกลางวัน) โดยผู้วิจัยจะมาดำเนินการขอความยินยอมจากอาสาสมัครตามช่วงเวลาดังกล่าว ณ ห้องพักเจ้าหน้าที่ โดยอธิบายตอบข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาตามความประสงค์

7. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาแจกให้กับอาสาสมัครที่ได้ให้ความยินยอมเรียบร้อยแล้ว โดยอาสาสมัครตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเองในช่วงที่ว่างใช้เวลาประมาณ 20-25 นาทีในการทำแบบสอบถาม และส่งแบบสอบถามตอบกลับผู้วิจัยภายในกล่องปิดล็อคที่จัดเตรียมไว้ให้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลของแต่ละแผนกโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปรับ-ส่งเอกสารด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการรายงานผลการศึกษานั้นจะไม่มีการระบุชื่อ หรือตำแหน่งงานของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเด็ดขาด เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษาในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิส่วนบุคคล และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย
8. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบ เพื่อนำมาคิดคะแนนและใช้ในการวิเคราะห์ผลต่อไป

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นทำด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) version 22 สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จุดต่ำสุด-สูงสุด หาความชุกของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท
2. สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Chi-square, T-Test, Fisher's exact test, และใช้การทดสอบถดถอยลอจิสติก (logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง, ปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ($p < 0.05$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัด กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วนหลักดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรุนแรงในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (n=106)		
≤ 35 ปี	67	63.2
> 35 ปี	35	36.8
Mean ± SD = 33.77 ± 8.78		
เพศ (n=107)		
เพศชาย	22	20.6
เพศหญิง	85	79.4

*ในบางปัจจัยมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน

ตารางที่ 1.1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส (n=107)		
โสด	72	67.3
สมรส/อยู่กินด้วยกัน	32	29.9
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว	3	2.8
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=103)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	21	20.4
ปริญญาตรี	61	59.2
สูงกว่าปริญญาตรี	21	20.4

*ในบางปัจจัยมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน

จากตารางที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 107 ราย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.2 มีอายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.8 โดยอายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 22 ปี สูงสุดที่ 60 ปี มีค่าเฉลี่ยของอายุ 33.77 ปี มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 79.4 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 20.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมาคือสถานภาพสมรส/อยู่กินด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และสถานภาพแยกกันอยู่/หย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 2.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 59.2 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีในจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.4 เท่ากัน

ตารางที่ 1.2 ข้อมูลด้านอาชีพการงาน

ข้อมูลด้านอาชีพการงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพ (n=107)		
อาจารย์แพทย์	5	4.7
แพทย์ประจำบ้าน	9	8.4
พยาบาลวิชาชีพ	69	64.5
ผู้ช่วยพยาบาล	24	22.4

*ในบางปัจจัยมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน

ตารางที่ 1.2 (ต่อ) ข้อมูลด้านอาชีพการงาน

ข้อมูลด้านอาชีพการงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แผนกที่สังกัด (n=107)		
ประสาทศัลยศาสตร์	73	68.2
อายุรกรรมประสาท	34	31.8
ภาระงาน/หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (n=107)		
ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในอย่างเดียว	93	86.9
ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก	14	13.1
ประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท* (n=103)		
< 5 ปี	45	43.7
6-10 ปี	28	27.2
≥ 11 ปี	30	29.1
Median (IQR) = 7 (9)		
ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)* (n=101)		
< 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	23	22.8
≥ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	78	77.2
Mean ± SD = 64.41 ± 25.29		
มีการทำงานเป็นกะ (อยู่เวรหลัง 16:00 น.) (n=107)		
ไม่มี	21	19.6
มี	86	80.4
ลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วยโดยตรง (n=107)		
ไม่มี	9	8.4
มี	98	91.6
ลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการติดต่อ สื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วย* (n=106)		
ไม่มี	8	7.5
มี	98	92.5

*ในบางปัจจัยมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน

ตารางที่ 1.2 (ต่อ) ข้อมูลด้านอาชีพการงาน

ข้อมูลด้านอาชีพการงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย (n=107)		
ไม่มี	9	8.4
มี	98	91.6
จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการ (n=107)		
ไม่เพียงพอ	103	96.3
เพียงพอ	4	3.7

*ในบางปัจจัยมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน

จากตารางที่ 1.2 ในแง่ของข้อมูลด้านอาชีพการงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 64.5 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 22.4 แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 8.4 และอาจารย์แพทย์ร้อยละ 4.7 สังกัดแผนกศัลยกรรมประสาทร้อยละ 68.2 อายุรกรรมประสาทร้อยละ 31.8 ดูแลผู้ป่วยหอในอย่างเดียวร้อยละ 86.9 ดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอกร้อยละ 13.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอยู่ที่ 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมาที่เท่ากับหรือมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 29.1 และมีประสบการณ์ทำงานในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 27.2 มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยที่ 64.41 ชั่วโมง/สัปดาห์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.29 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 77.2 ปฏิบัติงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 22.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานเป็นกะ (อยู่เวรหลัง 16.00 น.) ร้อยละ 80.4 ไม่มีการทำงานเป็นกะร้อยละ 19.6 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 91.6 ไม่มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 8.4 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ไม่มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยร้อยละ 7.5 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยร้อยละ 91.6 ไม่มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยร้อยละ 8.4 กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการร้อยละ 96.3 และกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการแล้วอยู่ที่ร้อยละ 3.7

ตารางที่ 1.3 ข้อมูลลักษณะอาการของผู้ป่วยทางระบบประสาทในความดูแล

ข้อมูลลักษณะอาการของผู้ป่วยในความดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความบกพร่องด้านสติสัมปชัญญะ (n=107)		
ไม่มี	5	4.7
มี	102	95.3
ปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง (n=107)		
ไม่มี	0	0
มี	107	100.0
ปัญหาการเคลื่อนไหว (n=107)		
ไม่มี	0	0
มี	107	100.0
ปัญหาการสื่อสาร (n=107)		
ไม่มี	0	0
มี	107	100.0
ปัญหาการขับถ่าย (n=107)		
ไม่มี	4	3.7
มี	103	96.3
ปัญหาแผลกดทับ (n=107)		
ไม่มี	3	2.8
มี	104	97.2
ปัญหาทางอารมณ์ (n=107)		
ไม่มี	7	6.5
มี	100	93.5
อาการก้าวร้าววุ่นวาย (n=107)		
ไม่มี	7	6.5
มี	100	93.5
ปัญหาทางเพศ (n=107)		
ไม่มี	71	66.4
มี	36	33.6

ตารางที่ 1.3 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะอาการของผู้ป่วยทางระบบประสาทในความดูแล

ข้อมูลลักษณะอาการของผู้ป่วยในความดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาการนอน (n=107)		
ไม่มี	8	7.5
มี	99	92.5
การไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (n=107)		
ไม่มี	6	5.6
มี	101	94.4

จากตารางที่ 1.3 จากข้อมูลลักษณะอาการของผู้ป่วยทางระบบประสาทในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องทำงานกับผู้ป่วยทางระบบประสาทที่มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ (ผู้ป่วยอาจมีอาการมากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ 1) ร้อยละ 95.3 ของผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านสติสัมปชัญญะ 2) ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง 3) ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว 4) ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร 5) ร้อยละ 96.3 ของผู้ป่วยมีปัญหาการขับถ่าย 6) ร้อยละ 97.2 ของผู้ป่วยมีปัญหาแผลกดทับ 7) ร้อยละ 93.5 ของผู้ป่วยมีปัญหาทางอารมณ์ 8) ร้อยละ 93.5 ของผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง 9) ร้อยละ 33.6 ของผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศ 10) ร้อยละ 92.5 ของผู้ป่วยมีปัญหาการนอน และ 11) ร้อยละ 94.4 ของผู้ป่วยมีปัญหาด้านการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคะแนนความสุขในการทำงาน ประเมินจากแบบวัดความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 2.1) ด้านความสุขในการทำงาน 2.2) ด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน และ 2.3) ด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน โดยแต่ละด้าน มีค่าคะแนนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านความสุขในการทำงาน)

ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านความสุขในการทำงาน)	Mean \pm SD	จัดอยู่ในระดับ
1. ท่านมีความสุขกับงานที่ทำอยู่	3.39 \pm 0.84	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินและสนุกกับงานที่ทำ	3.39 \pm 0.93	ปานกลาง
3. ท่านมีเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีความปรารถนาดีต่อกัน	4.13 \pm 0.70	สูง
4. ท่านมีความรู้สึกว่าได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน	3.44 \pm 0.85	สูง
5. ท่านมีกิจกรรมให้ทำเสมอและไม่รู้สึกเบื่อหน่าย	3.88 \pm 0.88	สูง
6. ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงาน	3.45 \pm 0.80	สูง
7. ท่านรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ทำ	3.53 \pm 0.88	สูง
ค่าคะแนนด้านความสุขในการทำงาน (โดยรวม)	3.53 \pm 0.68	สูง

จากตารางที่ 2.1 ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านความสุขในการทำงาน) สามารถประเมินตามค่าเฉลี่ยได้ตั้งแต่ 1.00-1.80 คือ ระดับต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81-2.60 คือ ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61-3.40 คือ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.20 คือ ระดับสูง และค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21-5.00 คือ ระดับสูงที่สุด โดยพบว่ามีความสุขในการทำงาน ด้านความสุขในการทำงาน (โดยรวม) อยู่เกณฑ์ระดับสูงที่ 3.53 คะแนน

จากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นของคะแนนความสุขในการทำงานในรายประเด็นดังนี้ ประเด็นที่ได้ความเห็นในระดับสูง ได้แก่ การมีเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีความปรารถนาดีต่อกัน (\bar{X} = 4.13, SD = 0.70) รู้สึกว่าได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน (\bar{X} = 3.44, SD = 0.85) การมีกิจกรรมให้ทำเสมอและไม่รู้สึกเบื่อหน่าย (\bar{X} = 3.88, SD = 0.88) พึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงาน (\bar{X} = 3.45, SD = 0.80) และความรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ทำ (\bar{X} = 3.53, SD = 0.88) ประเด็นที่ความเห็นจัดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ รู้สึกมีความสุขกับงานที่ทำอยู่ (\bar{X} = 3.39, SD = 0.84) รู้สึกเพลิดเพลินและสนุกกับงานที่ทำ (\bar{X} = 3.39, SD = 0.93)

ตารางที่ 2.2 ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน)

ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน)	Mean \pm SD	จัดอยู่ในระดับ
1. ท่านรู้สึกผ่อนคลายเมื่อต้องพูดคุยกับหัวหน้างาน	3.53 \pm 0.88	สูง
2. ท่านทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่เพราะมีหัวหน้างานที่ดี	3.58 \pm 0.85	สูง
3. เมื่อท่านทำงานผิดพลาด หัวหน้างานจะแนะนำและให้กำลังใจ	3.65 \pm 0.80	สูง
4. หัวหน้างานกับท่านมักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่นอกเหนือจากงาน	3.57 \pm 0.85	สูง
5. หัวหน้างานกับท่านมีความเข้าใจกันดี	3.75 \pm 0.81	สูง
ค่าคะแนนด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน (โดยรวม)	3.62 \pm 0.75	สูง

จากตารางที่ 2.2 จากการศึกษาี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นของคะแนนความสุขในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน (โดยรวม) อยู่เกณฑ์ระดับสูงที่ 3.62 คะแนน ซึ่งถ้าแยกรายหัวข้อย่อยแล้วทั้งหมดอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลายเมื่อต้องพูดคุยกับหัวหน้างาน (\bar{X} = 3.53, SD = 0.88) ทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่เพราะมีหัวหน้างานที่ดี (\bar{X} = 3.58, SD = 0.85) เมื่อทำงานพลาด หัวหน้างานจะให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ (\bar{X} = 3.65, SD = 0.80) มีการพูดคุยนอกเหนือเรื่องงานกับหัวหน้างาน (\bar{X} = 3.57, SD = 0.85) และมีความเข้าใจกันดีกับหัวหน้างาน (\bar{X} = 3.75, SD = 0.81)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2.3 ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน)

ค่าคะแนนความสุขในการทำงาน (ด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน)	Mean \pm SD	จัดอยู่ในระดับ
1. ท่านรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงานของท่าน	4.05 \pm 0.77	สูง
2. ท่านปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้	3.89 \pm 0.86	สูง
3. ท่านกับเพื่อนร่วมงานมีการทำงานเป็นทีมที่ดี	4.22 \pm 0.70	สูงที่สุด
4. เพื่อนร่วมงานมีความจริงใจต่อท่าน	4.03 \pm 0.77	สูง
5. ท่านรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจเมื่อได้ใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงาน	4.05 \pm 0.74	สูง
ค่าคะแนนด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน (โดยรวม)	4.05 \pm 0.68	สูง

จากตารางที่ 2.3 จากการศึกษาี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นของคะแนนความสุขในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน (โดยรวม) อยู่เกณฑ์ระดับสูงที่ 4.05 คะแนน เมื่อพิจารณาหัวข้อย่อย ที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนในระดับสูงที่สุด ได้แก่ หัวข้อ การมีการทำงานเป็นทีมที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (\bar{X} = 4.22, SD = 0.70) หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นของคะแนนความสุขในการทำงานด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานในระดับสูง ได้แก่ หัวข้อการความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน (\bar{X} = 4.05, SD = 0.77) สามารถปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้ (\bar{X} = 3.89, SD = 0.86) เพื่อนร่วมงานมีความจริงใจ (\bar{X} = 4.03, SD = 0.77) และมีความรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจต่อเพื่อนร่วมงาน (\bar{X} = 4.05, SD = 0.74)



ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรุนแรงในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3.1 ความชุกของการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (n=107)		
ไม่เคย	51	47.7
เคย (ได้แก่ ชนิด) **	56	52.3
- ความรุนแรงทางกาย**	20	18.7
- ความรุนแรงทางวาจา**	51	48.1
- ความรุนแรงทางเพศ**	1	0.9
จำนวนชนิดของความรุนแรงที่เคยประสบมา		
1 ชนิด (n=40)		
- ความรุนแรงทางกาย	4	10.0
- ความรุนแรงทางวาจา	36	90.0
- ความรุนแรงทางเพศ	0	0
2 ชนิด (n=16)		
- ความรุนแรงทางกาย + ทางวาจา	15	93.8
- ความรุนแรงทางกาย + ทางเพศ	1	6.2
- ความรุนแรงทางวาจา + ทางเพศ	0	0
3 ชนิด (n = 0)		
	0	0

*ในบางข้อมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากันในแต่ละปัจจัย, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.1 การศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่าเคยมีการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ร้อยละ 52.3 โดยส่วนใหญ่เป็นเหตุความรุนแรงทางวาจา ร้อยละ 48.1 ความรุนแรงทางกาย ร้อยละ 18.7 และความรุนแรงทางเพศที่ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ

ทั้งนี้ลักษณะประสบการณ์การเกิดเหตุความรุนแรง พบกลุ่มตัวอย่างประสบเหตุความรุนแรงเพียงชนิดเดียวมากที่สุดที่ร้อยละ 71.4 ได้แก่ เหตุความรุนแรงทางวาจาเพียงอย่างเดียว ที่ร้อยละ 90 รองลงมาคือเหตุความรุนแรงทางกายเพียงอย่างเดียว ที่ร้อยละ 10 พบกลุ่มตัวอย่างประสบเหตุความรุนแรง 2 ชนิด ที่ร้อยละ 28.6 โดยที่พบมากที่สุด คือประสบเหตุความรุนแรงทางกายและทางวาจา ที่ร้อยละ 93.8 ประสบเหตุความรุนแรงทางกายและทางเพศ ที่ร้อยละ 6.2

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลลักษณะของการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ลักษณะที่เกี่ยวข้อง	ประเภทของความรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)		
	ทางกาย (n=20)	ทางวาจา (n=51)	ทางเพศ (n=1)
ผู้ก่อเหตุความรุนแรง**			
ตัวผู้ป่วยเอง			
ไม่ใช่	1 (5.0)	11 (21.6)	0
ใช่	19 (95.0)	40 (78.4)	1 (100.0)
ญาติของผู้ป่วย			
ไม่ใช่	20 (100.0)	24 (47.1)	0
ใช่	0	27 (52.9)	0
บุคลากรทางการแพทย์/เพื่อนร่วมงาน			
ไม่ใช่	19 (95.0)	37 (72.6)	0
ใช่	1 (5.0)	14 (27.4)	0
ผู้บังคับบัญชา/ผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่า			
ไม่ใช่	20 (100.0)	45 (88.2)	0
ใช่	0	6 (11.8)	0
สถานที่เกิดเหตุความรุนแรง**			
บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท			
ไม่ใช่	0	1 (2.0)	0
ใช่	20 (100.0)	50 (98.0)	1 (100.0)
นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล)			
ไม่ใช่	0	43 (84.3)	0
ใช่	0	8 (15.7)	0
นอกเขตโรงพยาบาล			
ไม่ใช่	0	48 (94.1)	0
ใช่	0	3 (5.9)	0

**กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3.2 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะของการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ลักษณะที่เกี่ยวข้อง	ประเภทของความรุนแรง (จำนวน (ร้อยละ))		
	ทางกาย (n=20)	ทางวาจา (n=51)	ทางเพศ (n=1)
ช่วงเวลาเกิดเหตุความรุนแรง**			
08:01-16.00 น.			
ไม่ใช่	14 (70.0)	24 (47.1)	0
ใช่	6 (30.0)	27 (52.9)	0
16:01-24.00 น.			
ไม่ใช่	7 (35.0)	23 (45.1)	0
ใช่	13 (65.0)	28 (54.9)	0
00:01-08.00 น.			
ไม่ใช่	16 (80.0)	32 (62.7)	0
ใช่	4 (20.0)	19 (37.3)	1 (100.0)

**กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.2 จากข้อมูลลักษณะของการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางกาย ทางวาจา และทางเพศมากที่สุด ได้แก่ตัวผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทเอง ที่ร้อยละ 95, 78.4, และ 100 ตามลำดับ รองลงมาเป็นอันดับที่สอง ได้แก่ ผู้ก่อเหตุที่เป็น บุคลากรทางการแพทย์/เพื่อนร่วมงาน ที่ร้อยละ 5 (ทางกาย) ญาติของผู้ป่วย ที่ร้อยละ 52.9 (ทางวาจา) และ บุคลากรทางการแพทย์/เพื่อนร่วมงานที่ร้อยละ 27.4 (ทางวาจา)

โดยสถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดเหตุความรุนแรงทางกาย ทางวาจา และ ทางเพศ ได้แก่ บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท ที่ร้อยละ 100, 98, และ 100 ตามลำดับ สถานที่เกิดเหตุอันดับสองของความรุนแรงทางวาจาคือ นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล) ที่ร้อยละ 15.7 อันดับที่สามคือนอกเขตโรงพยาบาล ที่ร้อยละ 5.9

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงมากที่สุดของความรุนแรงทางกายและทางวาจาคือ 16:01-24:00 น. (นอกเวลาราชการ) ที่ร้อยละ 65 และ 54.9 ตามลำดับ ช่วงเวลาเกิดเหตุอันดับที่สองของทางกายและวาจา คือ 08:01-16:00 น. ที่ร้อยละ 30 และ 52.9 ตามลำดับ และช่วงเวลาเกิดเหตุ

อันดับที่สามของทางกายและวาจา คือ 00:01-08:00 น. ที่ร้อยละ 20 และ 37.3 ตามลำดับ ช่วงเวลาเกิดเหตุความรุนแรงทางเพศ คือ 00:01-08:00 น. ที่ร้อยละ 100

ตารางที่ 3.3 ข้อมูลผลกระทบจากความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ผลกระทบจากความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับบาดเจ็บทางกาย หรือได้รับผลกระทบทางจิตใจ		
(n=107)		
ไม่ใช่	106	99.1
ใช่	1	0.9
มีการลาหยุดงานจากความรุนแรงทางกาย (n=107)		
ไม่ใช่	106	99.1
ใช่	1	0.9
ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากความรุนแรงทางวาจา		
(n=106)		
ไม่ใช่	78	73.6
ใช่	28	26.4
ได้รับผลกระทบทางจิตใจ จนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ (n=106)		
ไม่ใช่	106	100.0
ใช่	0	0
มีการลาหยุดงานจากความรุนแรงทางวาจา (n=106)		
ไม่ใช่	105	99.1
ใช่	1	0.9

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากันในแต่ละปัจจัย, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.3 กลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบเหตุความรุนแรงทางกายและได้รับบาดเจ็บทางกายหรือได้รับผลกระทบทางจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 0.9 มีการลาหยุดงานจากความรุนแรงทางกายที่ร้อยละ 0.9 กลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบเหตุความรุนแรงทางวาจาได้รับผลกระทบทางจิตใจที่ร้อยละ 26.4 แต่ไม่มีใครได้รับผลกระทบทางจิตใจจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ มีการลาหยุดงานจากเหตุ

ความรุนแรงทางวาจาที่ร้อยละ 0.9 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างบุคคลไหนที่ได้รับบาดเจ็บทางกายหรือได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางเพศจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือลาหยุดงาน

ตารางที่ 3.4 ข้อมูลวิธีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

วิธีการตอบสนอง ต่อเหตุความรุนแรง**	ประเภทของความรุนแรง (จำนวน (ร้อยละ))		
	ทางกาย (n=20)	ทางวาจา (n=51)	ทางเพศ (n=1)
ไม่ตอบโต้ใดๆ			
ไม่ใช่	11 (55.0)	24 (47.1)	0
ใช่	9 (45.0)	27 (52.9)	0
หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำ			
ไม่ใช่	17 (85.0)	23 (45.1)	0
ใช่	3 (15.0)	28 (54.9)	0
บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำ			
ไม่ใช่	4 (20.0)	32 (62.7)	0
ใช่	16 (80.0)	19 (37.3)	1 (100.0)
บอกคนในครอบครัว			
ไม่ใช่	16 (80.0)	44 (86.3)	0
ใช่	4 (20.0)	7 (13.7)	0
บอกเพื่อนร่วมงาน			
ไม่ใช่	9 (45.0)	30 (58.8)	0
ใช่	11 (55.0)	21 (41.2)	1 (100.0)
แจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา			
ไม่ใช่	11 (55.0)	29 (56.9)	0
ใช่	9 (45.0)	22 (43.1)	1 (100.0)
แจ้งความ/ดำเนินคดีตามกฎหมาย			
ไม่ใช่	19 (95.0)	50 (98.0)	0
ใช่	1 (5.0)	1 (2.0)	0

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางกายโดยการบอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำที่ร้อยละ 80 บอกเพื่อนร่วมงานที่ร้อยละ 55 ไม่ตอบโต้ใดๆหรือแจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชาที่ร้อยละ 45 บอกคนในครอบครัวที่ร้อยละ 20 หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำที่ร้อยละ 15 และแจ้งความ/ดำเนินคดีตามกฎหมายที่ร้อยละ 5 การตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคือการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำที่ร้อยละ 54.9 ตามด้วยการไม่ตอบโต้ใดๆเลยที่ร้อยละ 52.9 แจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชาที่ร้อยละ 43.1 บอกเพื่อนร่วมงานที่ร้อยละ 41.2 บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำที่ร้อยละ 37.3 บอกคนในครอบครัวที่ร้อยละ 13.7 และแจ้งความ/ดำเนินคดีตามกฎหมายที่ร้อยละ 2 การตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางเพศ คือ บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำ บอกเพื่อนร่วมงาน และแจ้งหัวหน้างาน/ดำเนินคดีตามกฎหมาย เท่ากันที่ร้อยละ 100

ตารางที่ 3.5 ข้อมูลการเขียนรายงานเหตุการณ์เมื่อเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

การเขียนรายงานเหตุการณ์**	ประเภทของความรุนแรง (จำนวน (ร้อยละ))		
	ทางกาย (n=20)	ทางวาจา (n=51)	ทางเพศ (n=1)
ไม่ใช่	17 (85.0)	46 (90.2)	1 (100.0)
ใช่	3 (15.0)	5 (9.8)	0 (0.0)

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.5 มีการเขียนรายงานเหตุการณ์ (report) ของการเกิดความรุนแรงทางกาย ที่ร้อยละ 15 ทางวาจาที่ร้อยละ 9.8 และไม่มีการเขียนรายงานของการเกิดความรุนแรงทางเพศ

ตารางที่ 3.6 ข้อมูลระดับคะแนนความกังวลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ระดับความกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางกาย* (n=102)		
กังวลในระดับน้อย (0-1)	40	39.2
กังวลในระดับปานกลาง (2-3)	39	38.2
กังวลในระดับมาก (4-5)	23	22.6
Mean±SD = 2.16 ± 1.62		

ตารางที่ 3.6 (ต่อ) ข้อมูลระดับคะแนนความกังวลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ระดับความกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางวาจา* (n=102)		
กังวลในระดับน้อย (0-1)	28	27.5
กังวลในระดับปานกลาง (2-3)	39	38.2
กังวลในระดับมาก (4-5)	35	34.3
Mean \pm SD = 2.59 \pm 1.61		
ระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางเพศ* (n=102)		
กังวลในระดับน้อย (0-1)	50	49.0
กังวลในระดับปานกลาง (2-3)	29	28.4
กังวลในระดับมาก (4-5)	23	22.6
Mean \pm SD = 1.94 \pm 1.81		

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากันในแต่ละปัจจัย

จากตารางที่ 3.6 การประเมินระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน คือไม่กังวล ไปจนถึง 5 คะแนน คือกังวลมากที่สุด แบ่งเป็น 0-1 คะแนน คือไม่มีความกังวลหรือกังวลในระดับน้อย 2-3 คะแนน คือ กังวลในระดับปานกลาง และ 4-5 คะแนน คือกังวลในระดับมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางกายในระดับน้อยที่ร้อยละ 39.2 ระดับปานกลางที่ร้อยละ 38.2 ระดับมากที่ร้อยละ 22.6 และมีค่าเฉลี่ยความกังวลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางกายที่ 2.61 คะแนน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางวาจาในระดับปานกลางที่ร้อยละ 38.2 ระดับมากที่ร้อยละ 34.3 และระดับน้อยที่ร้อยละ 27.5 มีค่าเฉลี่ยความกังวลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางวาจาที่ 2.59 คะแนน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางเพศในระดับน้อยที่ร้อยละ 49 ระดับปานกลางที่ร้อยละ 28.4 และระดับน้อยที่ร้อยละ 22.6 โดยมีค่าเฉลี่ยความกังวลต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางเพศที่ 1.94 คะแนน

ตารางที่ 3.7 ข้อมูลเหตุผลที่ทำให้การเขียนรายงานต่ำกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

เหตุผล**	จำนวน (คน) (n=107)	ร้อยละ
เห็นว่าเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละคน และไม่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ		
ไม่ใช่	56	52.3
ใช่	51	47.7
รู้สึกอับอาย หรือรู้สึกผิด		
ไม่ใช่	93	86.9
ใช่	14	13.1
กังวลผลกระทบในเชิงลบต่อหน้าที่การงาน		
ไม่ใช่	79	73.8
ใช่	28	26.2
ไม่มีระบบรายงานที่ชัดเจน		
ไม่ใช่	81	75.7
ใช่	26	24.3
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการเขียนรายงาน		
ไม่ใช่	65	60.7
ใช่	42	39.3

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.7 เหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเขียนรายงานต่ำกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละคน และไม่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการเขียนรายงานที่ร้อยละ 39.3 กังวลผลกระทบเชิงลบต่อหน้าที่การงานที่ร้อยละ 26.2 ไม่มีระบบรายงานที่ชัดเจนที่ร้อยละ 24.3 และท้ายที่สุดคือ รู้สึกอับอายหรือรู้สึกผิดที่ร้อยละ 13.1

ตารางที่ 3.8 ข้อมูลปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยกระตุ้นเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ปัจจัยที่ส่งเสริม หรือปัจจัยกระตุ้น** (มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 และ 2)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลำดับที่ 1* (n=105)		
ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสาร		
ไม่ใช่	69	65.7
ใช่	36	34.3
ไม่พอใจผลของการรักษาพยาบาล		
ไม่ใช่	99	94.3
ใช่	6	5.7
ความเครียด/กดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉิน		
ไม่ใช่	84	80.0
ใช่	21	20.0
เวลารอรับการรักษานาน		
ไม่ใช่	96	91.4
ใช่	9	8.6
เมาสุรา หรือการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช่	91	86.7
ใช่	14	13.3
สภาวะบกพร่องทางจิต		
ไม่ใช่	86	81.9
ใช่	19	18.1
ลำดับที่ 2* (n=97)		
ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสาร		
ไม่ใช่	74	76.3
ใช่	23	23.7
ไม่พอใจผลของการรักษาพยาบาล		
ไม่ใช่	89	91.8
ใช่	8	8.2

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3.8 (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยกระตุ้นเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ปัจจัยที่ส่งเสริม หรือปัจจัยกระตุ้น** (มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 และ 2)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลำดับที่ 2* (n=97)		
ความเครียด/กดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉิน		
ไม่ใช่	65	67.0
ใช่	32	33.0
เวลารอรับการรักษานาน		
ไม่ใช่	89	91.8
ใช่	8	8.2
เมาสุรา หรือการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช่	80	82.5
ใช่	17	17.5
สภาวะบกพร่องทางจิต		
ไม่ใช่	88	90.7
ใช่	9	9.3

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.8 เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ปัจจัยที่ถูกเลือกมากที่สุดเป็นลำดับที่หนึ่ง คือ ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสารที่ร้อยละ 34.3 ลำดับที่สอง คือ ความเครียดหรือความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินที่ร้อยละ 33

ตารางที่ 3.9 ข้อมูลมาตรการป้องกัน หรือลดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

มาตรการป้องกันหรือลดความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาตรการป้องกัน/บรรเทาเหตุรุนแรงในที่ทำงาน (n=107)		
ไม่มีมาตรการ	25	23.4
มีมาตรการ (ได้แก่**)	82	76.6

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3.9 (ต่อ) ข้อมูลมาตรการป้องกัน หรือลดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

มาตรการป้องกันหรือลดความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ระบบแจ้งเหตุหรือมีระบบการรายงานชัดเจน		
ไม่ใช่	26	31.7
ใช่	56	68.3
- การอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์		
ไม่ใช่	59	72.0
ใช่	23	28.0
- การอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสาร		
ไม่ใช่	51	62.2
ใช่	31	37.8
การอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริการ		
ไม่ใช่	32	39.0
ใช่	50	61.0
การอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับหลักจิตวิทยาในการบริการ		
ไม่ใช่	68	82.9
ใช่	14	17.1

*ในบางข้อคำถามมี missing data จึงมีจำนวน n ไม่เท่ากัน, **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าหน่วยงานมีมาตรการป้องกันหรือลดความรุนแรงที่ร้อยละ 76.6 โดยตอบว่ามีระบบแจ้งเหตุ หรือมีระบบการรายงานชัดเจนที่ร้อยละ 68.3 มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริการที่ร้อยละ 61.0 มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสารที่ร้อยละ 37.8 มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่ร้อยละ 28 และมีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับหลักจิตวิทยาในการบริการที่ร้อยละ 17.1

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ในการคำนวณความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าคะแนนที่นำมาคิดจะประกอบด้วยคะแนนจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล

โดยผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลสูง และมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ส่วนผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานปานกลาง จะมีค่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านในระดับปานกลาง และผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ และมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

ดังแสดงค่าคะแนนตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามองค์ประกอบของแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 3 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงาน	Mean	S.D.
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์		
1. ฉันรู้สึกท้อเหี่ยวจิตใจกับงานที่ทำอยู่	2.71	1.76
2. ฉันรู้สึกหมดหวังเมื่อถึงเวลาเลิกงาน	1.06	1.57
3. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าทำงาน	3.85	1.90
6. การทำงานบริการผู้อื่นตลอดทั้งวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด	2.61	1.93
8. ฉันรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงานที่ทำอยู่	3.14	1.74
13. ฉันรู้สึกคับข้องใจจากการทำงาน	2.09	1.61
14. ฉันรู้สึกว่ากำลังทำงานในหน้าที่ที่หนักเกินไป	3.52	1.83
16. การทำงานเกี่ยวข้องกับคนอื่นโดยตรง ทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากเกินไป	2.38	1.88
20. ฉันรู้สึกหมดความอดทนกับงานที่ทำอยู่	2.11	1.78

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามองค์ประกอบของแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 3 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงาน	Mean	S.D.
ด้านการลดทอนความเป็นบุคคล		
5. ฉันปฏิบัติต่อผู้รับบริการราวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ	0.68	1.34
10. ฉันกลายเป็นคนแข็งกระด้างตั้งแต่เริ่มงานนี้	1.75	1.72
11. ฉันกังวลใจว่างานที่ทำอยู่ ทำให้ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์	1.97	1.81
15. ฉันรู้สึกไม่เอียงใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคน	2.37	1.74
22. ฉันรู้สึกว่าผู้ร่วมงานและผู้รับบริการตำหนิฉันในสิ่งที่ เป็นปัญหา ของเขา	1.81	1.74
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล		
4. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย	1.79	2.02
7. ฉันรู้สึกว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆให้ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.27	1.96
9. ฉันรู้สึกว่าได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิตของผู้รับบริการจากการทำงานของฉัน	2.07	1.76
12. ฉันรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังกำลัง	3.18	1.80
17. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้รับบริการได้ไม่ยาก	1.69	1.74
18. ฉันรู้สึกเป็นสุขภายหลังจากการให้บริการกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด	2.14	1.92
19. ฉันรู้สึกว่าได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ฉันทำอยู่	2.17	2.00
21. ฉันสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ในการทำงานได้อย่างสงบนิ่ง	2.16	1.76

จากตารางที่ 4.1 ภาวะหมดไฟในการศึกษานี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ (เชิงลบ 2 องค์ประกอบ และเชิงบวก 1 องค์ประกอบ) ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (เชิงลบ) 9 ข้อ ด้านการลดทอนความเป็นบุคคล (เชิงลบ) 5 ข้อ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (เชิงบวก) 8 ข้อ โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงลบจะใช้การประเมินดังนี้ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย 0 คะแนน ไปจนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน 6 คะแนน และข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกจะใช้การกำหนดค่าคะแนนกลับกัน คือ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย 6 คะแนน ไปจนถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน 0 คะแนน

จากการประเมินโดยกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังที่กล่าวมาข้างต้น พบค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละองค์ประกอบของข้อคำถาม ในแต่ละข้อคำถาม ย่อยดังต่อไปนี้ **ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์** ข้อที่ 1) ความรู้สึกห่อเหี่ยวจิตใจกับงานที่ทำอยู่ (\bar{X} = 2.71, SD = 1.76) ข้อที่ 2) ความรู้สึกหมดหวังเมื่อถึงเวลาเลิกงาน (\bar{X} = 1.06, SD = 1.57) ข้อที่ 3) ความรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าทำงาน (\bar{X} = 3.85, SD = 1.90) ข้อที่ 6) ความรู้สึกเครียดจากการทำงานบริการผู้อื่นตลอดทั้งวัน (\bar{X} = 2.61, SD = 1.93) ข้อที่ 8) ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงานที่ทำอยู่ (\bar{X} = 3.14, SD = 1.74) ข้อที่ 13) ความรู้สึกคับข้องใจจากการทำงาน (\bar{X} = 2.09, SD = 1.61) ข้อที่ 14) ความรู้สึกว่ากำลังทำงานในหน้าที่ที่หนักเกินไป (\bar{X} = 3.52, SD = 1.83) ข้อที่ 16) ความรู้สึกเครียดมากเกินไปจากการทำงานเกี่ยวข้องกับคนอื่นโดยตรง (\bar{X} = 2.38, SD = 1.88) และข้อที่ 20) ความรู้สึกหมดความอดทนกับงานที่ทำอยู่ (\bar{X} = 2.11, SD = 1.78)

ด้านการลดทอนความเป็นบุคคล ข้อที่ 5) ปฏิบัติต่อผู้รับบริการราวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ (\bar{X} = 0.68, SD = 1.34) ข้อที่ 10) กลายเป็นคนแข็งกระด้างตั้งแต่เริ่มงานนี้ (\bar{X} = 1.75, SD = 1.72) ข้อที่ 11) ความกังวลใจว่างานที่ทำอยู่ทำให้กลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ (\bar{X} = 1.97, SD = 1.81) ข้อที่ 15) ความรู้สึกไม่อยากใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคน (\bar{X} = 2.37, SD = 1.74) และ ข้อที่ 22) ความรู้สึกว่าเป็นเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการมาตำหนิในส่วนที่เป็นปัญหาของเขา (\bar{X} = 1.81, SD = 1.74)

ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ข้อที่ 4) ความสามารถที่จะเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย (\bar{X} = 1.79, SD = 2.02) ข้อที่ 7) ความรู้สึกที่ตนเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆให้ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (\bar{X} = 2.27, SD = 1.96) ข้อที่ 9) ความรู้สึกว่าได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิตของผู้รับบริการจากการทำงาน (\bar{X} = 2.07, SD = 1.76) ข้อที่ 12) ข้อที่ ความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังกำลัง (\bar{X} = 3.18, SD = 1.80) ข้อที่ 17) ความสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้รับบริการได้ไม่ยาก (\bar{X} = 1.69, SD = 1.74) ข้อที่ 18) ความรู้สึกเป็นสุขภายหลังจากการให้บริการกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด (\bar{X} = 2.14, SD = 1.92) ข้อที่ 19) ความรู้สึกที่ได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ทำอยู่ (\bar{X} = 2.17, SD = 2.00) และข้อที่ 21) ความสามารถในการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ในการทำงานได้อย่างสงบนิ่ง (\bar{X} = 2.16, SD = 1.76)

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามองค์ประกอบของแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	Mean	S.D.	Min	Max	ระดับ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	23.48	12.21	1	48	ปานกลาง
ด้านการลดความเป็นบุคคล	8.59	6.53	0	26	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	17.47	11.83	0	46	ต่ำ

จากตารางที่ 4.2 คะแนนรวมด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 48 มีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนทั้ง 9 ข้ออยู่ที่ 23.48 จัดอยู่ในกลุ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง คะแนนรวมด้านการลดความเป็นบุคคล มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 26 มีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนอยู่ที่ 8.59 จัดอยู่ในกลุ่มการลดความเป็นบุคคลในระดับปานกลาง คะแนนรวมด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 46 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมอยู่ที่ 17.47 จัดอยู่ในกลุ่มมีความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานตามแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟ	ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน (n=107)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	33 (30.8)	27 (25.2)	47 (43.9)
ด้านการลดความเป็นบุคคล	49 (45.8)	30 (28.0)	28 (26.2)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	94 (87.9)	5 (4.7)	8 (7.5)

จากตารางที่ 4.3 จากกลุ่มตัวอย่างพบผู้ที่มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงร้อยละ 43.9 ด้านการลดความเป็นบุคคลสูงร้อยละ 26.2 และ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำร้อยละ 87.9

ตารางที่ 4.4 ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน จำแนกตามระดับ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ	(n=107)	
มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับต่ำ	7	6.5
มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลาง	79	73.8
มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง	21	19.6

จากตารางที่ 4.4 จากวิธีการคำนวณระดับของภาวะหมดไฟ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟระดับสูงจะต้องมีค่าความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง (≥ 27 คะแนน) การลดความเป็นบุคคลในระดับสูง (≥ 13 คะแนน) และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ (≤ 31 คะแนน)

ในขณะที่ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟระดับปานกลาง จะต้องมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในช่วง 17-26 คะแนน คะแนนด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในช่วง 17-26 คะแนน 32-38 คะแนน ส่วนผู้ที่มีภาวะหมดไฟระดับต่ำจะต้องมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ (≤ 16 คะแนน) คะแนนด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ (≤ 6 คะแนน) และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง (≥ 36 คะแนน)

ดังนั้น จากวิธีการจัดกลุ่มคะแนนดังกล่าว พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 19.6 ภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.8 และภาวะหมดไฟในการทำงานระดับต่ำ ร้อยละ 6.5

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะหมดไฟระดับสูง และกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟระดับต่ำ/ปานกลาง นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยสถิติ Univariate และ Multivariate analysis ได้ผลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยด้านบุคคล	ภาวะหมดไฟ	ภาวะหมดไฟ	X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	n (%)	n (%)		
อายุ (n=106)				
≤ 35 ปี	50 (74.6)	17 (25.4)	3.546	0.078
> 35 ปี	35 (89.7)	4 (10.3)		
เพศ				
เพศชาย	16 (72.7)	6 (27.3)	0.368 ^a	
เพศหญิง	70 (82.4)	15 (17.6)		
สถานภาพสมรส				
สมรส/อยู่กินด้วยกัน	29 (90.6)	3 (9.4)	3.041	0.111
โสด/แยกกันอยู่/หย่าร้าง/คู่	57 (76.0)	18 (24.0)		
สมรสเสียชีวิตแล้ว				
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	16 (76.2)	5 (23.8)	0.762 ^a	
มากกว่าหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี	66 (80.5)	16 (19.5)		

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.1 ผลจากการศึกษาไม่พบว่ามีปัจจัยด้านบุคคลใดๆที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาชีพการงาน กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยด้านอาชีพการงาน	ภาวะหมดไฟ	ภาวะหมดไฟ	X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	n (%)	n (%)		
ตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพ				
อาจารย์แพทย์/แพทย์ประจำบ้าน	7 (50.0)	7 (50.0)		0.006 ^{a**}
พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยพยาบาล	79 (84.9)	14 (15.1)		
แผนกที่สังกัด				
ศัลยกรรมประสาท	56 (76.7)	17 (23.3)	1.953	0.198
อายุรกรรมประสาท	30 (88.2)	4 (11.8)		
ภาระงาน/หน้าที่ดูแลผู้ป่วย				
ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเพียงอย่างเดียว	86 (80.4)	21 (19.6)		
ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก	7 (50.0)	7 (50.0)		0.006 ^{a**}
ประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท				
≤ 5 ปี	34 (75.6)	11 (24.4)	1.395	0.499
6-10 ปี	22 (78.6)	6 (21.4)		
≥ 11 ปี	26 (86.7)	4 (13.3)		
ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)				
≤ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	22 (95.7)	1 (4.3)		0.038 ^{a*}
> 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	58 (74.4)	20 (25.6)		

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาชีพการงาน กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยด้านอาชีพการงาน	ภาวะหมดไฟ	ภาวะหมดไฟ	X^2	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	n (%)	n (%)		
มีการทำงานเป็นกะ				
ไม่มี	16 (76.2)	5 (23.8)	0.555 ^a	
มี	70 (81.4)	16 (18.6)		
ลักษณะงานจำเป็นต้องสัมผัส				
ร่างกายผู้ป่วยโดยตรง				
ไม่มี	9 (100.0)	0	0.200 ^a	
มี	77 (78.6)	21 (21.4)		
ลักษณะงานจำเป็นต้องติดต่อ				
สื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วย				
ไม่มี	8 (100.0)	0	0.352 ^a	
มี	77 (78.6)	21 (21.4)		
ลักษณะงานจำเป็นต้องมี				
ปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติหรือ				
ผู้ดูแลของผู้ป่วย				
ไม่มี	9 (100.0)	0	0.200 ^a	
มี	77 (78.6)	21 (21.4)		
จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการ				
ให้บริการ				
ไม่เพียงพอ	82 (79.6)	21 (20.4)	0.584 ^a	
เพียงพอ	4 (100.0)	0		

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.2 จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่าปัจจัยด้านอาชีพการงาน ด้านตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพของอาจารย์แพทย์/แพทย์ประจำบ้าน การมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

$p < 0.01$ และการมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน กับ การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ T-test

องค์ประกอบ (คะแนนเต็ม 5)	ภาวะหมดไฟ ต่ำ/ปานกลาง	ภาวะหมดไฟ สูง	t	p-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
ด้านความสุขในการทำงาน				
1. ความรู้สึกมีความสุขกับงานที่ทำอยู่	3.48 \pm 0.84	3.05 \pm 0.80	2.174	0.037*
2. เพลิดเพลินและสนุกกับงาน	3.48 \pm 0.92	3.05 \pm 0.92	1.921	0.057
3. มีเพื่อนร่วมงานดีหวังดีต่อกัน	4.17 \pm 0.72	3.95 \pm 0.59	1.476	0.149
4. รู้สึกได้รับการกระตุ้นเสริมพลัง	3.57 \pm 0.80	2.90 \pm 0.83	3.373	0.001**
5. มีกิจกรรมให้ทำเสมอ ไม่เบื่อ	3.50 \pm 0.79	2.90 \pm 1.04	2.888	0.005**
6. พอใจกับสภาพแวดล้อม	3.52 \pm 0.79	3.14 \pm 0.79	1.971	0.051
7. รู้สึกรักและผูกพันกับงาน	3.63 \pm 0.87	3.14 \pm 0.85	2.302	0.023*
รวม	3.62 \pm 0.66	3.16 \pm 0.64	2.870	0.005**
ด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน				
1. รู้สึกผ่อนคลายเมื่อคุยกับหัวหน้า	3.63 \pm 0.84	3.14 \pm 0.96	2.302	0.023*
2. พุ่มเททำงานเต็มที่เพราะหัวหน้าดี	3.70 \pm 0.78	3.10 \pm 0.94	3.032	0.003**
3. ความรู้สึกที่ว่าเมื่อทำงานพลาด หัวหน้าจะแนะนำและให้กำลังใจ	3.76 \pm 0.77	3.24 \pm 0.83	2.731	0.007**
4. พุดคุยนอกเรื่องงานด้วยได้	3.60 \pm 0.86	3.43 \pm 0.81	0.852	0.396
5. มีความเข้าใจกันดีกับหัวหน้า	3.84 \pm 0.81	3.38 \pm 0.74	2.352	0.021*
รวม	3.70 \pm 0.73	3.26 \pm 0.70	2.529	0.013*

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ T-test

องค์ประกอบ (คะแนนเต็ม 5)	ภาวะหมดไฟ ต่ำ/ปานกลาง	ภาวะหมดไฟ สูง	t	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD		
ด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน				
1. รู้สึกดี สนุก เพลินเมื่ออยู่ด้วย	4.15 ± 0.73	3.62 ± 0.80	2.942	0.004**
2. ปรึกษาปัญหาส่วนตัวด้วยได้	3.95 ± 0.80	3.62 ± 1.07	1.343	0.191
3. มีการทำงานเป็นทีมที่ดี	4.29 ± 0.63	3.95 ± 0.92	2.001	0.048*
4. เพื่อนร่วมงานมีความจริงใจ	4.09 ± 0.68	3.76 ± 1.04	1.383	0.179
5. รู้สึกเป็นกันเองและสบายใจ	4.14 ± 0.69	3.67 ± 0.86	2.684	0.008**
รวม	4.13 ± 0.61	3.72 ± 0.83	2.083	0.047*

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.3 พบ องค์ประกอบ **ด้านความสุขในการทำงาน** มีคะแนนรวม, หัวข้อที่ 4 (ความรู้สึกว่าได้รับการกระตุ้นและการเสริมพลังจากการทำงาน), และหัวข้อที่ 5 (การมีกิจกรรมให้ทำเสมอ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ในขณะที่ หัวข้อที่ 1 (ความรู้สึกมีความสุขกับงานที่ทำอยู่) รวมถึง หัวข้อที่ 7 (ความรู้สึกรักและผูกพันกับงาน ที่ทำ) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟที่ $p < 0.05$

ในองค์ประกอบ **ด้านสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน** พบว่า หัวข้อที่ 2 (ความรู้สึกทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่เพราะมีหัวหน้างานที่ดี) และหัวข้อที่ 3 (ความรู้สึกว่าเมื่อทำงานพลาด หัวหน้าจะให้คำแนะนำและให้กำลังใจ) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟที่ $p < 0.01$ ในขณะที่หัวข้อที่ 1 (รู้สึกผ่อนคลายเมื่อพูดคุยกับหัวหน้างาน) และหัวข้อที่ 5 (มีความเข้าใจกันดีกับหัวหน้างาน) และมีคะแนนรวมขององค์ประกอบนี้ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟที่ $p < 0.05$

ในองค์ประกอบ **ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน** หัวข้อที่ 1 (ความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน) และหัวข้อที่ 5 (มีความรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจกับเพื่อนร่วมงาน) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟที่ $p < 0.01$ ในขณะที่หัวข้อที่ 3 (มีการทำงานเป็นทีมที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน) และมีคะแนนรวมขององค์ประกอบนี้ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรง กับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ T-test

ระดับความกังวล ต่อการเกิดความรุนแรง (คะแนนเต็ม = 5)	ภาวะหมดไฟ ต่ำ/ปานกลาง	ภาวะหมดไฟ สูง	t	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD		
ทางกาย	2.02 ± 1.53	2.67 ± 1.85	-1.637	0.105
ทางวาจา	2.41 ± 1.51	3.29 ± 1.85	-2.269	0.025*
ทางเพศ	1.88 ± 1.80	2.19 ± 1.89	-0.076	0.482

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.4 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางกาย กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางกาย (n=107)	ภาวะหมดไฟ ต่ำ/ปานกลาง	ภาวะหมดไฟ สูง	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)		
เคยเกิดเหตุความรุนแรง	15 (75.0)	5 (25.0)		0.537 ^a
ผู้ก่อเหตุ				
ตัวผู้ป่วย				0.524 ^a
ไม่ใช่	1 (100.0)	0		
ใช่	14 (73.7)	5 (26.3)		
บุคลากรทางการแพทย์				1.000 ^a
ไม่ใช่	14 (73.7)	5 (26.3)		
ใช่	1 (100.0)	0		

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางกาย กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางกาย (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
สถานที่เกิดเหตุ				
บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท				0.537 ^a
ไม่ใช่	0	0		
ใช่	15 (75.0)	5 (25.0)		
ได้รับบาดเจ็บทางกาย/จิตใจ	1 (100.0)	0 (0.0)		1.000 ^a
ได้รับบาดเจ็บจนถึงต้องลางาน	1 (100.0)	0 (0.0)		1.000 ^a
การตอบสนองต่อความรุนแรง				
ไม่ตอบโต้ใดๆ				0.685 ^a
ไม่ใช่	7 (63.6)	4 (36.4)		
ใช่	8 (88.9)	1 (11.1)		
หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า				1.000 ^a
ไม่ใช่	12 (70.6)	5 (29.4)		
ใช่	3 (100.0)	0		
บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุด				0.513 ^a
ไม่ใช่	3 (75.0)	1 (25.0)		
ใช่	12 (75.0)	4 (25.0)		
บอกคนในครอบครัว				1.000 ^a
ไม่ใช่	12 (75.0)	4 (25.0)		
ใช่	3 (75.0)	1 (25.0)		
บอกเพื่อนร่วมงาน				0.448 ^a
ไม่ใช่	7 (77.8)	2 (22.2)		
ใช่	8 (72.7)	3 (27.3)		

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางกาย กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางกาย (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
แจ้งหัวหน้างาน				0.072 ^a
ไม่ใช่	10 (90.9)	1 (9.1)		
ใช่	5 (55.6)	4 (44.4)		
แจ้งความ				1.000 ^a
ไม่ใช่	14 (73.7)	5 (26.3)		
ใช่	1 (100.0)	0		
มีการเขียนรายงานเหตุการณ์				0.484 ^a
ไม่ใช่	13 (76.5)	4 (23.5)		
ใช่	2 (66.7)	1 (33.3)		

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.5 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใดๆจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางกายกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางวาจา กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางวาจา (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
เคยเกิดเหตุความรุนแรง	37 (72.5)	14 (27.5)	4.730	0.045*

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางวาจา กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางวาจา (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ผู้ก่อเหตุ				
ตัวผู้ป่วย			5.201	0.039*
ไม่ใช่	9 (81.8)	2 (18.2)		
ใช่	28 (70.0)	12 (30.0)		
ญาติของผู้ป่วย			7.813	0.009**
ไม่ใช่	20 (83.3)	4 (16.7)		
ใช่	17 (63.0)	10 (37.0)		
บุคลากรทางการแพทย์				0.297 ^a
ไม่ใช่	27 (73.0)	10 (27.0)		
ใช่	10 (71.4)	4 (28.6)		
ผู้บังคับบัญชา				0.316 ^a
ไม่ใช่	33 (73.3)	12 (26.7)		
ใช่	4 (66.7)	2 (33.3)		
สถานที่เกิดเหตุ				
บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรค เกี่ยวกับระบบประสาท			3.145	0.087 ^a
ไม่ใช่	0	1 (100.0)		
ใช่	37 (74.0)	13 (26.0)		
นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ใน เขตโรงพยาบาล)				0.006 ^{a**}
ไม่ใช่	34 (79.1)	9 (20.9)		
ใช่	3 (37.5)	5 (62.5)		

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางวาจา กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางวาจา (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
นอกเขตโรงพยาบาล				0.470 ^a
ไม่ใช่	35 (72.9)	13 (27.1)		
ใช่	2 (66.7)	1 (33.3)		
ได้รับผลกระทบทางจิตใจ			10.363	0.002 ^{**}
ไม่ใช่	20 (87.0)	3 (13.0)		
ใช่	17 (60.7)	11 (39.3)		
ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์	0	0		
ได้รับผลกระทบจนต้องลางาน	1 (100.0)	0 (0.0)		1.000 ^a
การตอบสนองต่อความรุนแรง				
ไม่ตอบโต้ใดๆ			0.389	0.587
ไม่ใช่	14 (58.3)	10 (41.7)		
ใช่	23 (85.2)	4 (14.8)		
หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า			2.341	0.160
ไม่ใช่	17 (73.9)	6 (26.1)		
ใช่	20 (71.4)	8 (28.6)		
บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุด				0.348 ^a
ไม่ใช่	23 (71.9)	9 (28.1)		
ใช่	14 (73.7)	5 (26.3)		
บอกคนในครอบครัว				0.122 ^a
ไม่ใช่	33 (75.0)	11 (25.0)		
ใช่	4 (57.1)	3 (42.9)		
บอกเพื่อนร่วมงาน				0.221 ^a
ไม่ใช่	22 (73.3)	8 (26.7)		
ใช่	15 (71.4)	6 (28.6)		

*ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05, **ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.01, ^aFisher's Exact Test

ตารางที่ 5.6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางวาจา กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยความรุนแรงทางวาจา (n=107)	ภาวะหมดไฟ		X ²	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
แจ้งหัวหน้างาน				0.030 ^{a*}
ไม่ใช่	23 (79.3)	6 (20.7)		
ใช่	14 (63.6)	8 (36.4)		
แจ้งความ				1.000 ^a
ไม่ใช่	36 (72.0)	14 (28.0)		
ใช่	1 (100.0)	0		
เขียนรายงานเหตุการณ์				1.000 ^a
ไม่ใช่	33 (71.7)	13 (28.3)		
ใช่	4 (80.0)	1 (20.0)		

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$, ^aFisher's Exact Test

จากตารางที่ 5.6 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงทางวาจา กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าการเคยประสบกับเหตุความรุนแรงทางวาจาสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ความรุนแรงทางวาจาที่เกิดจากญาติของผู้ป่วย สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ และตัวผู้ป่วยเป็นผู้ก่อเหตุทางวาจาที่ $p < 0.05$

การเกิดความรุนแรงทางวาจาบริเวณนอกหอผู้ป่วย แต่ยังคงอยู่ในเขตโรงพยาบาล สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ ด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้การได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจา สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟที่ $p < 0.01$ และการแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชา สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 5.7 ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง โดยการวิเคราะห์ Logistic Regression Analysis

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	P value
- ปฏิบัติงานทั้งในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก	14.058	2.796 – 70.680	0.001**
- การแจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชาจากเหตุความรุนแรงทางวาจา	4.211	1.192 – 14.871	0.026*
- ความสุขในการทำงานในภาพรวม	0.200	0.062 – 0.647	0.007**

*ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$, **ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.01$

จากตารางที่ 5.7 เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis จำนวน 14 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพ 2) การมีภาระงานดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก 3) มีชั่วโมงทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ 4) ปัจจัยความสุขในการทำงานในภาพรวม 5) ปัจจัยความสุขในการทำงาน ด้านสัมพันธ์ภาพต่อหัวหน้างานในภาพรวม 6) ปัจจัยความสุขในการทำงาน ด้านสัมพันธ์ภาพต่อเพื่อนร่วมงานในภาพรวม 7) การประสบความรุนแรงทางวาจาในที่ทำงาน 8) จำนวนการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา 9) ผู้ป่วยเป็นผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจา 10) ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยเป็นผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจา 11) การเกิดเหตุความรุนแรงบริเวณนอกหอผู้ป่วย 12) การได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจา 13) การแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาเมื่อประสบความรุนแรงทางวาจา และ 14) ความกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ 14 ปัจจัย ดังที่ได้กล่าวด้านบนมาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่า มี 3 ปัจจัย ที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) การมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงได้มากกว่าบุคลากรที่มีภาระงานในหอผู้ป่วยในเพียงอย่างเดียวถึง 14.1 เท่า ($p < 0.01$), 2) การแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาจากเหตุความรุนแรงทางวาจา โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงได้มากกว่ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจาประมาณ 4.2 เท่า ($p < 0.05$), และ

3) ความสุขในการทำงาน สามารถทำนายการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงได้น้อยกว่าที่ประมาณ 0.20 เท่า ($p < 0.01$) หรืออาจกล่าวได้ว่า ความสุขในการทำงาน เป็นปัจจัยปกป้องบุคลากรทางการแพทย์ ในการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแปรต้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการงาน และปัจจัยทางจิตสังคม (ความสุขในการทำงาน สัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน สัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน และความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน)

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท จำนวน 107 ราย ได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 - มกราคม พ.ศ. 2566 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- | | | |
|---------|---|---|
| ส่วนที่ | 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลเกี่ยวกับงาน |
| ส่วนที่ | 2 | แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน |
| ส่วนที่ | 3 | แบบสอบถามลักษณะของเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน |
| ส่วนที่ | 4 | แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน |
| ส่วนที่ | 5 | แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน |

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ จุดต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้การทดสอบ Chi-square, T-test, Fisher's exact test และใช้การทดสอบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูง, ปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูง ($p < 0.05$)

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีที่ร้อยละ 63.2 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายที่ร้อยละ 79.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดที่ร้อยละ 67.3 และมีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 59.2

5.1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านอาชีพการงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านอาชีพการงานของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ร้อยละ 64.5 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 22.4 แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 8.4 และอาจารย์แพทย์ร้อยละ 4.7 สังกัดแผนกศัลยกรรมประสาทร้อยละ 68.2 อายุกรรมประสาทร้อยละ 31.8 ดูแลผู้ป่วยหอในอย่างเดียวร้อยละ 86.9 มีประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทน้อยสุดที่ 1 ปี มากสุดที่ 32 ปี เฉลี่ยประมาณ 9 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในช่วง 1-5 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ที่ร้อยละ 77.2 โดยมีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานอยู่ที่ 64.41 ชั่วโมง/สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะที่ร้อยละ 80.4 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วยโดยตรงที่ร้อยละ 91.6 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยที่ร้อยละ 92.5 มีลักษณะงานที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ร้อยละ 91.6 และกลุ่มตัวอย่างคิดว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการที่ร้อยละ 96.3

5.1.3 ข้อมูลลักษณะผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องทำงานกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านสติสัมปชัญญะที่ร้อยละ 95.3 ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเองร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีปัญหาการขับถ่ายร้อยละ 96.3 ผู้ป่วยมีปัญหาแผลกดทับร้อยละ 97.2 ผู้ป่วยมีปัญหาทางอารมณ์ร้อยละ 93.5 ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 93.5 ผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศร้อยละ 33.6 ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนร้อยละ 92.5 และผู้ป่วยไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองร้อยละ 94.4

5.1.4 ข้อมูลความสุขในการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความสุขในการทำงานโดยรวมในระดับสูงที่ 3.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) โดยมีองค์ประกอบที่ได้คะแนนมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ดังนี้ การมีกิจกรรมให้ทำเสมอและไม่รู้สึกเบื่อหน่าย การมีความรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ทำ ความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงาน การมีความรู้สึกว่าได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน การมีเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีความปรารถนาดีต่อกัน การมีความสุขกับงานที่ทำอยู่ และความรู้สึกเพลิดเพลินและสนุกกับงานที่ทำ ตามลำดับ

5.1.5 ข้อมูลสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสัมพันธภาพต่อหัวหน้างานโดยรวมในระดับสูงที่ 3.62 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) โดยมีองค์ประกอบที่ได้คะแนนมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ดังนี้ การมีความเข้าใจกันดีกับหัวหน้างาน หัวหน้างานให้คำแนะนำและให้กำลังใจเมื่อทำงานผิดพลาด การทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่เพราะมีหัวหน้างานที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่นอกเหนือจากเรื่องงานกับหัวหน้างาน และความรู้สึกผ่อนคลายเมื่อต้องพูดคุยกับหัวหน้างาน ตามลำดับ

5.1.6 ข้อมูลสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงานโดยรวมในระดับสูงที่ 4.05 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) โดยมีองค์ประกอบที่ได้คะแนนมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ดังนี้ มีการทำงานเป็นทีมที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีความรู้สึกดี สนุก และเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน มีความรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจเมื่อได้ใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมงานมีความจริงใจ และสามารถปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้ ตามลำดับ

5.1.7 ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

การศึกษา พบความชุกของการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงานร้อยละ 52.3 โดยส่วนใหญ่เป็นเหตุความรุนแรงทางวาจาที่ร้อยละ 48.1 ความรุนแรงทางกายที่ร้อยละ 18.7 และความรุนแรงทางเพศที่ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ โดยมีการเกิดเหตุความรุนแรงเพียงประเภทเดียวมากที่สุด คือ เหตุความรุนแรงทางวาจาที่ร้อยละ 90 และมีการเกิดเหตุความรุนแรง 2 ประเภทขึ้นไปพบมากที่สุด คือ คนที่เคยเกิดเหตุความรุนแรงทางกายมักจะเคยเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจาด้วยที่ร้อยละ 93.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรงทางกายในระดับน้อย ที่ร้อยละ 39.2 มีระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางวาจาในระดับปานกลางที่ร้อยละ 38.2 และมีระดับความกังวลต่อเหตุความรุนแรงทางเพศน้อยที่ร้อยละ 49

ในแง่ผู้ก่อเหตุ พบว่าผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางกาย วาจา และทางเพศ มากที่สุด ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ที่ร้อยละ 95, 78.4, และ 100 ตามลำดับ โดยสถานที่เกิดเหตุของความรุนแรงทางกาย วาจา และเพศ ส่วนใหญ่ได้แก่ บริเวณหอผู้ป่วย ที่ร้อยละ 100, 98, และ 100 ตามลำดับ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงทางกายและทางวาจา มากที่สุดได้แก่ ช่วงเวลา 16:01-24:00 น. ช่วงเวลาเกิดเหตุความรุนแรงทางเพศ มากที่สุดได้แก่ ช่วงเวลา 00:01-08:00 น. ที่ร้อยละ 100 ซึ่งช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงทั้ง 3 ชนิดมากที่สุด เป็นช่วงนอกเวลาราชการทั้งหมด

ในแง่ผลกระทบจากเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบเหตุความรุนแรงทางกายและได้รับบาดเจ็บทางกายหรือได้รับผลกระทบทางจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 0.9 มีการลาหยุดงานจากเหตุความรุนแรงทางกายที่ร้อยละ 0.9 กลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบเหตุความรุนแรงทางวาจาได้รับผลกระทบทางจิตใจที่ร้อยละ 26.4 แต่ไม่มีใครได้รับผลกระทบทางจิตใจจนต้องรับการรักษาโดยแพทย์ มีการลาหยุดงานจากเหตุความรุนแรงทางวาจาที่ร้อยละ 0.9 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างบุคคลไหนที่ได้รับบาดเจ็บทางกาย, ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางเพศจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ หรือมีการลาหยุดงานจากเหตุความรุนแรงทางเพศ

ในแง่วิธีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางกายโดยวิธีการบอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำที่ร้อยละ 80 ตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคือวิธีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำที่ร้อยละ 54.9 และ วิธีการตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงทางเพศ โดยบอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดกระทำ บอกเพื่อนร่วมงาน และแจ้งหัวหน้างาน/ดำเนินคดีตามกฎหมายเท่ากันที่ร้อยละ 100

สำหรับปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นที่ถูกเลือกมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 คือ ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสารที่ร้อยละ 34.3 และลำดับที่ 2 คือ ความเครียดหรือความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินที่ร้อยละ 33

ในแง่ข้อมูลการเขียนรายงานเหตุการณ์เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเขียนรายงานเหตุการณ์การเกิดความรุนแรงทางกายที่ร้อยละ 15 ทางวาจาที่ร้อยละ

9.8 แต่ไม่มีการเขียนรายงานของการเกิดความรุนแรงทางเพศ โดยเหตุผลส่วนใหญ่ของการเขียนรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ได้แก่ การเห็นว่าเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละคน และไม่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่มีการเขียนรายงานที่ร้อยละ 39.3

ในด้านข้อมูลมาตรการป้องกันหรือลดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าหน่วยงานของตนมีมาตรการป้องกันหรือลดความรุนแรงที่ร้อยละ 76.6 โดยเลือกตอบลักษณะของมาตรการว่า มีระบบแจ้งเหตุหรือมีระบบการรายงานชัดเจนมากที่สุดที่ร้อยละ 68.3

5.1.8 ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 107 ราย มีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับสูง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.6 ระดับปานกลาง 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.8 และระดับต่ำ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5

5.1.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัด กรุงเทพมหานคร จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Univariate Analysis พบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ได้แก่ 1) อาชีพแพทย์, 2) มีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก, 3) มีชั่วโมงการทำงาน ≥ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์, 4) มีความกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา, 5) เคยประสบเหตุความรุนแรงทางวาจา, 6) ความถี่ของการเกิดความรุนแรงทางวาจา, 7) ผู้ป่วยเป็นผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจา, 8) ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยเป็นผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจา, 9) การประสบเหตุความรุนแรงทางวาจา นอกบริเวณหอผู้ป่วย, 10) มีการแจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชาเมื่อเกิดความรุนแรงทางวาจา, 11) การได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจา, 12) คะแนนรวมและองค์ประกอบของการเกิดความสุขในการทำงานหัวข้อที่ ๑) การมีความสุขกับงานที่ทำอยู่, ๒) ความรู้สึกเพลิดเพลินและสนุกกับงานที่ทำ, ๔) การมีความรู้สึกว่าได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน, ๕) การมีกิจกรรมให้ทำเสมอและไม่รู้สึกเบื่อหน่าย, ๖) มีความพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงาน, และ ๗) มีความรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ทำ 13) คะแนนรวมและองค์ประกอบของสัมพันธภาพต่อหัวหน้างานหัวข้อที่ ๑) มีความรู้สึกผ่อนคลายเมื่อต้องพูดคุยกับหัวหน้างาน, ๒) การทุ่มเททำงานอย่าง

เต็มทีเพราะมีหัวหน้างานที่ดี, ๓) หัวหน้างานให้คำแนะนำและให้กำลังใจเมื่อทำงานผิดพลาด, และ ๕) มีความเข้าใจกันดีกับหัวหน้างาน 14) คะแนนรวมและองค์ประกอบของสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน ข้อที่ ๑) มีความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน, ๓) มีการทำงานเป็นทีมที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน, และ ๕) ความรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจเมื่อได้ใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงาน

และเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ระดับสูง โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) การมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอกมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$, 2) การได้รับผลกระทบจากเหตุความรุนแรงทางวาจาจนต้องแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชามีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, และ 3) ความสุขในการทำงานมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

5.2 การอภิปรายผล

จากวิธีการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานใน ระดับสูง ตามการประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) บุคคลนั้นจะต้องมีค่าความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ใน ระดับสูง ค่าความลดทอนความเป็นบุคคลใน ระดับสูง ค่าความสำเร็จส่วนบุคคลใน ระดับต่ำ

โดยจากผลการศึกษารั้งนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทมีค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานใน ‘ระดับสูง’ ที่ร้อยละ 19.6 โดยเป็นกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน/อาจารย์แพทย์ ที่ร้อยละ 50 พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยพยาบาลที่ร้อยละ 15.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแพทย์มีชั่วโมงการทำงาน, ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์, ความรู้สึกของการสูญเสียตัวตน และภาวะหมดไฟที่สูงกว่าจากการศึกษาของ Fargen K.M.⁽⁷⁵⁾ ซึ่งภาระงานที่มากเกินไปทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าสะสม เสียสมดุลระหว่างงานและชีวิต ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมปัจจัยในเรื่องของงานได้⁽²¹⁾ และเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Shanafelt T.D. และคณะ พบว่าอาชีพแพทย์มีภาวะหมดไฟในการทำงานที่สูงกว่าอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญ⁽²³⁾ ในขณะที่เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Zaed I. และคณะ จะพบความชุกของภาวะหมดไฟจำนวนมากในอาจารย์ศัลยแพทย์ระบบประสาทที่ 51.1% และในแพทย์ประจำบ้านที่ 45.4% ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ Zaed I. และคณะมีค่อนข้างสูง เนื่องจากการรวบรวมผลลัพธ์จาก 6 งานวิจัยเข้าด้วยกัน และไม่ได้แยกหาภาวะหมดไฟ ‘ระดับสูง’ เพียงอย่างเดียวเหมือนกับการศึกษานี้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟมากที่สุดในการศึกษาของ Zaed I. และคณะ คือ ปัจจัยด้านความสำเร็จส่วนบุคคล⁽⁶⁷⁾

ความสุขในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Charles-Leija H. และคณะ, Dixon E. และคณะ, Misra N. & Srivastava S., Negri L. และคณะ, Khosrojerdi Z. และคณะ, อิตารักษ์ ลือชา และกฤษฎาภรณ์ ยุงทอง, ก่อกนิษฐ์ คำมะลา และวัลนิกา ฉลากบาง, และ Cynthia D.F.^(28, 30-33, 38, 40, 41) ที่ว่าความรู้สึกได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน การมีกิจกรรมให้ทำ มีความพึงพอใจกับงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ทำ มีทัศนคติเชิงบวกกับงาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุขกับงานที่ทำอยู่ รู้สึกเพลิดเพลินสนุกไปกับงาน ในการศึกษาไม่พบว่าการมีเพื่อนร่วมงานที่หวังดีต่อกันสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์ พบว่าหลักข้อที่หนึ่งของความสำคัญของคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน คือ การมีความสัมพันธ์ที่ดีและไว้วางใจกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน⁽²⁹⁾

สัมพันธภาพต่อหัวหน้างานมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความสุขในการทำงานและสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟเช่นกัน เนื่องจากการเกิดความรู้สึกผ่อนคลายเมื่อคุยกับหัวหน้างาน การทุ่มเททำงานเต็มที่ หัวหน้างานให้กำลังใจและคำแนะนำเมื่อทำงานพลาดเสมือนการช่วยสร้างขวัญและกำลังใจ ช่วยส่งเสริมบุคลากร ช่วยดูแลสุขภาพจิต ทำให้มีความเข้ากันได้ดีกับหัวหน้างาน มีการผูกสัมพันธ์ภาพร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Misra N. and Srivastava S.⁽³²⁾ อีกทั้งยังสอดคล้องกับกลยุทธ์ในการลดภาวะหมดไฟของ Shanafelt T.D. และคณะ เรื่องของการใช้พลังความเป็นผู้นำในการคอยรับฟัง ใส่ใจ พัฒนา ส่งเสริมและกระตุ้นบุคลากร การคอยรับทราบและประเมินปัญหา⁽⁶⁴⁾

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟในระดับสูง กับสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน โดยการมีความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่ด้วยกันกับเพื่อนร่วมงาน มีการทำงานเป็นทีมที่ดี มีความเป็นกันเองและสบายใจ เป็นปัจจัยปกป้องในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องการศึกษาของชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์ และ Werdecker L. & Esch T. และ Mackel C.E.^(29, 39, 69) ที่ว่าแพทย์ที่มีการทำงานแบบเป็นทีม จะมีค่าความสุขมากกว่าแพทย์ที่ทำงานคนเดียว เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เพิ่มความสุข และเพิ่มความพึงพอใจในงาน ช่วยลดภาวะหมดไฟได้ สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการลดภาวะหมดไฟของ Shanafelt T.D. และคณะ เรื่องของการพัฒนาสังคมในที่ทำงาน การมีเพื่อนร่วมทีมที่คอยสนับสนุนซึ่งกันและกัน⁽⁶⁴⁾

ในแง่ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ความรุนแรงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟพบมากที่สุดคือ ความรุนแรงทางวาจา โดยพบที่ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือความรุนแรงทางกายร้อยละ 18.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianxin Liu และคณะ, Jinfeng Wang และคณะ, Al Khatib O. และคณะ^(54, 55, 76) ที่พบความรุนแรงทางวาจาเกิดขึ้นมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Tsukamoto SAC และคณะ พบว่าพยาบาลที่เคยประสบกับเหตุความรุนแรงทางวาจา มีโอกาสสูงที่เกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ⁽⁵¹⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ujjan B.U. และคณะ⁽⁷⁰⁾, Yu J. และคณะ⁽⁶⁵⁾, Amanda B.L. และคณะ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟคือการทำงานเป็นเวลายาวนาน และการมีคุณภาพการนอนที่ต่ำ⁽⁵²⁾ ในการศึกษาที่พบว่าบุคลากรที่มีชั่วโมงทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรุนแรงทางกายทั้งหมดเกิดขึ้นบริเวณหอผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ส่วนความรุนแรงทางวาจา มีเกิดทั้งบริเวณหอผู้ป่วย นอกหอผู้ป่วย และนอกเขตโรงพยาบาล ลดหลั่นตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยเกิดเหตุความรุนแรงทางกาย มักจะเคยประสบเหตุความรุนแรงทางวาจาด้วย มากถึงร้อยละ 93.8 สอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ พชรธนสาร⁽⁷⁴⁾ และปิยะพัทธ์ ปันดี⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่าบุคลากรที่เคยประสบกับเหตุความรุนแรง 2 ชนิด ส่วนใหญ่คือความรุนแรงทางกายและวาจา โดยผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางกายมากที่สุดคือตัวผู้ป่วยที่ร้อยละ 95 ผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด คือตัวผู้ป่วยที่ร้อยละ 78.4 รองลงมา ได้แก่ ญาติผู้ป่วยที่ร้อยละ 52.9 และผู้ก่อเหตุเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 27.5 โดยความรุนแรงที่ทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจมากที่สุดคือความรุนแรงทางวาจา เป็นไปตามการศึกษาของ Celik S.S และคณะ⁽⁷⁷⁾ พบการรายงานเหตุความรุนแรงทางวาจาให้ผู้บังคับบัญชาทราบมากที่สุดที่ร้อยละ 43.1 รองลงมาคือทางกายที่ร้อยละ 45 ซึ่งผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจามีส่วนสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจในงานลดลง เป็นสาเหตุของการหยุดงาน⁽⁷⁸⁾ และลาออกจากงานในที่สุด⁽⁷⁹⁾

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ‘ระดับสูง’ เกี่ยวข้องกับการมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาระงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึง 14.1 เท่า (OR = 14.05, 95% CI = 2.80 – 70.68, p value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amanda B. และคณะ, Ślusarz R. และคณะที่พบว่าหอผู้ป่วยที่ทำงานอยู่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟ^(6, 52) โดยที่ผลลัพธ์ที่ออกมายังเป็นไปตามทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับดั้งเดิม โดย Maslach and

Jackson ที่ว่าภาระงานที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบข้อแรกของการเกิดภาวะหมดไฟ^(9, 10, 21, 22)

การแจ้งหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ‘ระดับสูง’ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าผู้ที่เคยเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจาแต่ไม่ได้แจ้งหัวหน้างานเพราะคิดว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญและไม่ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงดังกล่าวที่ 4.2 เท่าโดยประมาณ (OR = 4.21, 95% CI = 1.19 - 14.87, p value < 0.05) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gadjudj P.S. และคณะพบว่าผู้ที่เคยเกิดเหตุความรุนแรงในการทำงานมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่ไม่เคยประสบเหตุความรุนแรงถึง 1.7 เท่า⁽⁶⁸⁾

ทั้งนี้การสร้างความสุขในการทำงาน โดยการกระตุ้นและเสริมพลังในทางบวก มีกิจกรรมอื่นๆ ให้ทำนอกเหนือจากเรื่องงาน และการมีความสุข มีความรู้สึกรัก ผูกพันกับงาน จะเป็นปัจจัยปกป้องบุคลากรทางการแพทย์จากการเกิดภาวะหมดไฟใน ‘ระดับสูง’ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.20, 95% CI = 0.06 - 0.65, p value < 0.01) การเสริมพลังในการทำงานจะช่วยให้บุคลากรมีค่าคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงขึ้น (ค่าคะแนนทางบวกที่ช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟ) และส่งผลถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นด้วย⁽⁸⁰⁾ และยังสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับพัฒนาโดย Maslach and Leiter เรื่องของการมีส่วนร่วมและผูกพัน (engagement) เป็นองค์ประกอบเชิงบวกด้านความกระตือรือร้น-มีพลังกำลัง (high energy) การมีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น (strong involvement) และการมีความสามารถที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ (sense of efficacy) จากการถูกกระตุ้นและเสริมพลังในทางบวกจากการทำงาน

5.3 ข้อจำกัดการวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 – มกราคม พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่มากขึ้น มีการจำกัดจำนวนเตียงหรือโยกย้ายเตียงของผู้ป่วย รวมทั้งมาตรการในการทำงานที่แตกต่างไปจากปกติ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงไม่ใช่ช่วงเวลาที่มีการปฏิบัติงานเป็นปกติ จึงอาจส่งผลต่อความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการศึกษานี้

2. งานวิจัยนี้เป็นการทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาททั้งหมดได้
3. งานวิจัยนี้มีตัวแปรต้นที่เน้นไปที่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านอาชีพการงาน ความสุขในการทำงาน สัมพันธภาพต่อหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน รวมถึงความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน ซึ่งผลที่ได้อาจแตกต่างจากภาวะหมดไฟในการทำงานของการศึกษาอื่นที่ใช้ตัวแปรต่างออกไปจากงานวิจัยชิ้นนี้

5.4 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการออกข้อกำหนดเรื่องของชั่วโมงทำงาน-ชั่วโมงพักผ่อน เนื่องด้วยปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีหรือนับชั่วโมงรวมในการทำงานอย่างจริงจัง เช่น เวลาออกตรวจในเวลาราชการ เวลาออกตรวจนอกเวลาราชการ เวลาในการอยู่เวร เวลาที่อยู่เกินกำหนดออกไปเนื่องด้วยเหตุผลต่างๆ อาทิเช่น มีผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เมื่อนำเวลาทั้งหมดมานับรวมกันแล้ว ตามหลักควรทำงานได้ต่อเนื่องไม่เกินกี่ชั่วโมงและต้องได้รับการพักผ่อนเท่าไร ควรมีการพิจารณาเรื่องนี้อย่างจริงจังในสายอาชีพทางการแพทย์ เพื่อลดปัญหาการมีภาระงานที่หนักเกินไปจนเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และเป็นการช่วยลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น (human error) เนื่องจากความเหนื่อยล้า (fatigue) ได้อีกด้วย
2. การจัดตั้งหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือบุคลากรในองค์กรได้อย่างทันท่วงที และมีการดำเนินการอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดการรายงานเหตุการณ์ ในปัจจุบันพบว่าหลากหลายองค์กรที่เมื่อรับเรื่องเข้าไปแล้วใช้เวลาในการดำเนินการค่อนข้างนาน เช่น การรายงานเรื่องการพบเจอเหตุความรุนแรงทางวาจา ทำให้บุคลากรรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องทันท่วงทีหรือจริงจังเท่าที่ควร ก่อให้เกิดบาดแผลในจิตใจ ความเฉยชา และนำไปสู่ความหมดใจใน การทำงาน เกิดภาวะหมดไฟได้ในที่สุด
3. จากการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ทราบและไม่ทราบว่าต้นสังกัดมีมาตรการในการป้องกันและลดความรุนแรงในการทำงาน อาจเป็นไปได้ว่าทางต้นสังกัดยังไม่มี การสร้างความตระหนักรู้ถึงสิทธิที่พึงมีให้แก่บุคลากรอย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ และแจ้งให้ทราบอย่างเป็นทางการถึงขั้นตอนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน-ขั้นตอนในการ

ปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุ และมีการทำผลตอบรับเพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคลากรนั้นๆ ได้รับทราบถึงมาตรการในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานที่ทำงานแล้ว

4. การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเขียนรายงานเหตุการณ์ที่น้อยมากจากเหตุผลสามอันดับแรกคือ คิดว่าเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ไม่สำคัญ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆหลังการเขียนรายงาน องค์กรอาจจะพิจารณาการประชาสัมพันธ์เรื่องของการช่วยกันเขียนรายงานเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น และการอำนวยความสะดวกในการเขียนรายงาน เช่น ผ่านช่องทางออนไลน์ และสามารถส่งข้อมูลเข้าสังกัดที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อป้องกันการถูกเปิดเผยตัวตน หรือความรู้สึกละอายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการเขียนรายงาน เหตุการณ์ ทั้งนี้รายงานที่ได้รับจากบุคลากรล้วนเป็นปัญหาโดยตรงที่องค์กรสามารถนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้การทำงานในทุกภาคส่วนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5. จากการศึกษาพบว่าบุคลากรมีความเฉพาะเป็นของตนเอง แต่ละบุคคลมีเกราะป้องกันทางจิตใจที่ต่างกัน เจอเหตุการณ์ที่เหมือนกันแต่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้นๆไม่เหมือนกัน ทำให้ผลของภาวะหมดไฟออกมาแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการมีวิถีจัดการในสถานการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงานจะเป็นปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะหมดไฟ องค์กรควรให้ความสำคัญกับการทำงานในหน่วยย่อย มีการส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจกับผู้ใต้บังคับบัญชาในสังกัดในทุกๆระดับตั้งแต่หน่วยใหญ่ไปจนถึงหน่วยย่อยที่สุด เพื่อกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงานให้กับบุคลากรได้อย่างทั่วถึงทุกคนและทุกระดับชั้น

5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจมีการขยายกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งต่อไปเพื่อให้ได้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น อาจพิจารณาเป็นการศึกษาแบบแบ่งเขตเพื่อเก็บข้อมูลได้จากหลากหลายโรงพยาบาลมากขึ้น

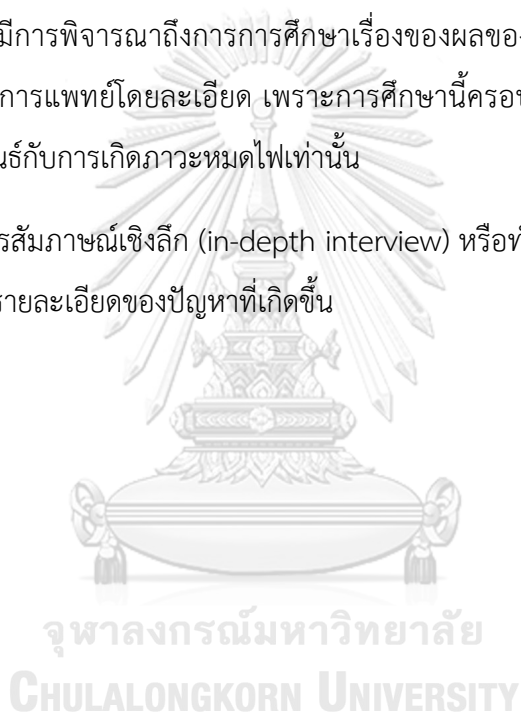
2. ใช้ตัวแปรอื่นๆที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟที่หลากหลายมากขึ้น อาทิเช่น ความสมเหตุสมผลของรายได้ แรงจูงใจในการทำงาน ความอยากเปลี่ยนงาน/ลาออกจากงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (work-life balance/integration) ภาวะ

งานและข้อเรียกร้องในงาน (workload and job demands) ความยืดหยุ่นในการทำงาน (flexibility) เป็นต้น

3. การเก็บข้อมูลในช่วงที่สถานการณ์เข้าสู่สภาวะปกติ ไม่มีการระบาดของโรค เนื่องจากการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีมาตรการในการทำงานที่เปลี่ยนไปอยู่ตลอดเวลา และมีขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อนมากขึ้น อาจทำให้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟแตกต่างจากช่วงที่สภาวะปกติ

4. ควรมีการพิจารณาถึงการการศึกษาเรื่องของผลของภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์โดยละเอียด เพราะการศึกษานี้ครอบคลุมถึงเรื่องของความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟเท่านั้น

5. มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) หรือทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทราบถึงรายละเอียดของปัญหาที่เกิดขึ้น



บรรณานุกรม

1. Maslach C. Stress, burnout, and workaholism. 1986.
2. Warr PB. Decision latitude, job demands, and employee well-being. *Work & Stress*. 1990;4(4):285-94.
3. กรมสุขภาพจิตยอมรับพบภาวะแพทย์หมดไฟพุ่งขึ้น 6 เท่า [Internet]. Nation Online. 2022 [cited 2022, December]. Available from: <https://www.nationtv.tv/news/social/378892311>.
4. The 10 most prestigious jobs in America [Internet]. Business Insider. 2014 [cited 2023, March]. Available from: <https://www.businessinsider.com/most-prestigious-jobs-in-america-2014-11>.
5. Shakir HJ, McPheeters MJ, Shallwani H, Pittari JE, Reynolds RM. The Prevalence of Burnout Among US Neurosurgery Residents. *Neurosurgery*. 2018;83(3):582-90.
6. Ślusarz R, Filipka K, Jabłońska R, Królikowska A, Szewczyk MT, Wiśniewski A, et al. Analysis of job burnout, satisfaction and work-related depression among neurological and neurosurgical nurses in Poland: A cross-sectional and multicentre study. *Nurs Open*. 2022;9(2):1228-40.
7. Ślusarz R, Cwiekala-Lewis K, Wysokiński M, Filipka-Blejder K, Fidecki W, Biercewicz M. Characteristics of Occupational Burnout among Nurses of Various Specialties and in the Time of the COVID-19 Pandemic-Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21).
8. พัลพงษ์ สุวรรณวาทีน, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. การรับรู้ภาระงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน โดยมีการสื่อสารภายในองค์กรและความเครียดในการทำงานเป็นตัวแปรกำกับ. มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์; 2016.
9. Maslach C. The Maslach Burnout Inventory. 3rd ed.: Consulting Psychologists Pr; 1996.
10. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397-422.
11. ปรัชญ์ งามสมภาค. อิทธิพลของลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะงาน และลักษณะองค์กร ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานรัฐวิสาหกิจในองค์กรที่อยู่ระหว่างการปรับโครงสร้างองค์กร: กรณีศึกษาขององค์กรสวนยาง. *e-jodil*. 2017;7(1):82-103.
12. กมลพร วรรณฤทธิ. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)2562. Available from:

https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385.

13. สุนันทษา นิธิวาสิน. ภาวะติดงาน ความเครียดจากงานและภาวะหมดไฟในครูโรงเรียนเตรียมทหาร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2562.
14. พฤชา พฤทธิสาริกกร. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคกรณีศึกษาสายงานการไฟฟ้า ภาค 3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2563.
15. วรารณณ์ เลิศวิสัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเทคนิคการแพทย์ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2563.
16. Pan TP. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล จังหวัดสงขลา. Thai Dental Public Health Journal. 2021;26:24-36.
17. Pimsakul W, Phoomchan P, Tanomwong U-a, Sakolkijrunroj S. อิทธิพลของต้นทุนทางจิตวิทยาและประสบการณ์ความเพลินในการเรียนที่มีต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน. Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn. 2022;17(2):71-88.
18. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3).
19. Yodmanee P. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะหมดไฟในการทำงานจากสถานการณ์โรคระบาด โควิด-19. Journal of Arts Management. 2023;7(1):262-77.
20. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. Psychology & health. 2001;16(5):501-10.
21. Maslach C. A multidimensional theory of burnout. Theories of organizational stress. 1998;68(85):16.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory: Scarecrow Education; 1997.
23. Shanafelt TD, Sinsky C, Dyrbye LN, Trockel M, West CP. Burnout Among Physicians Compared With Individuals With a Professional or Doctoral Degree in a Field Outside of Medicine. Mayo Clin Proc. 2019;94(3):549-51.
24. Yates SW. Physician Stress and Burnout. Am J Med. 2020;133(2):160-4.
25. Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on Physician Well-being. Jama. 2018;319(15):1541-2.
26. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. Acta Biomed. 2018;89(7-s):60-9.

27. Money SR. Surgical personalities, surgical burnout, and surgical happiness. *J Vasc Surg.* 2017;66(3):683-6.
28. Fisher C. Happiness at Work. *International Journal of Management Reviews.* 2010;12:384-412.
29. ชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์. คุณภาพชีวิตกับความสุขในการทำงาน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.* 2017;15(2):6-14.
30. ชิดารักษ์ ลือชา, กฤษฎาภรณ์ ชูทอง. ความสุขในการทำงาน: ความหมายและการวัด. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร.* 2017;19(2):9-18.
31. Khammala K, Chalakbang W. ความสุขในการทำงานของครูประถมศึกษา. *Journal of Buddhist Education and Research.* 2019;5(2):65-81.
32. Misra N, Srivastava S. Happiness at Work: A Psychological Perspective. 2022.
33. Charles-Leija H, Castro C, Toledo M, Ballesteros R. Meaningful Work, Happiness at Work, and Turnover Intentions. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2023;20:3565.
34. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, Satele DV, Freischlag JA. Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings. *Ann Surg.* 2011;254(4):558-68.
35. Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg.* 2009;144(4):371-6.
36. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(12):1600-13.
37. Dyrbye LN, Freischlag J, Kaups KL, Oreskovich MR, Satele DV, Hanks JB, et al. Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce. *Arch Surg.* 2012;147(10):933-9.
38. Khosrojerdi Z, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K. Predictors of happiness among Iranian nurses. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(3):281-6.
39. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253447.

40. Dixon E, Murphy M, Wynne R. A multidisciplinary, cross-sectional survey of burnout and wellbeing in emergency department staff during COVID-19. *Australas Emerg Care.* 2022;25(3):247-52.
41. Negri L, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Niccolai C, Pattini M, et al. Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: the role of happiness and meaning at work. *Neurol Sci.* 2022;43(3):1903-10.
42. Labor USDo. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers: OSHA Publication; 2016.
43. Labor USDo. Recommendations for Workplace Violence Prevention Programs in Late-Night Retail Establishments: OSHA Publication; 2009.
44. Chappell D, Martino VD. Violence at work: International Labour Office Geneva; 2006.
45. Control CfD. Violence: Occupational Hazards in Hospitals: Cincinnati: National Institute of Occupational Safety and Health; 2002.
46. ชูติมา มงคลบุตร, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. สถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการความรุนแรงของบุคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. *Thai Journal of Public Health.* 2018;48(1):83-94.
47. ปิยพัทธ์ ปั่นดี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความรุนแรงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 10. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2562.
48. รมิตา แสงสวัสดิ์. ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน: ศึกษากรณีเจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลตำรวจ. *KASEM BUNDIT JOURNAL.* 2021;22(1):32-48.
49. สุขุม อรุณจิต. ความรุนแรงทางเพศ: บทสะท้อนความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ. *คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.* 2019;1:167-78.
50. เปรมกมล อินไชยา, พิษญา พรรคทองสุข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟของพนักงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.* 2021;38(2):142-51.
51. Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Barreto MFC, Martins JT. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2022;140(1):101-7.
52. Lykins AB, Seroka NW, Mayor M, Seng S, Higgins JT, Okoli CTC. Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Staff at an Academic Medical Center: A Cross-Sectional Analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.*

2021:10783903211066125.

53. Yan S, Shen X, Wang R, Luo Z, Han X, Gan Y, et al. Challenges Faced by Emergency Physicians in China: An Observation From the Perspective of Burnout. *Front Psychiatry*. 2021;12:766111.
54. Wang J, Zeng Q, Wang Y, Liao X, Xie C, Wang G, et al. Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Manag*. 2022;30(7):2854-68.
55. Al Khatib O, Taha H, Al Omari L, Al-Sabbagh MQ, Al-Ani A, Massad F, et al. Workplace Violence against Health Care Providers in Emergency Departments of Public Hospitals in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4).
56. อุมภาพร แซ่กอ, ชนกพร จิตปัญญา. การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2014;6(2).
57. วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. *Region 11 Medical Journal*. 2018;32(1):863-70.
58. ณีรณู วงค์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตารนริชต์ พส. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร วิชาการ สาธารณสุข ชุมชน*. 2020;6(04):61-.
59. ภัทรา พิมสาร, ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*2558.
60. จารุยา ขปารังษี. สมรรถนะพยาบาลทางระบบประสาทศัลยศาสตร์. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*2558.
61. สร้อยนภา ไหมพรหม, วิภาวดี ลีมีงส์สวัสดิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*2562.
62. Chanchaem R, Montientong D, Puanfai S. การศึกษาความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *Journal of The Department of Medical Services*. 2018;43(6):96-100.
63. Posai V, Pipatsombat P, Thangkratok P. Neuropsychiatric symptom clusters and quality of life among patients with stroke. *Ramathibodi Medical Journal*. 2019;42(2):1-11.
64. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):129-46.
65. Yu J, Gao J, Chen J, Sun Y. Academic versus non-academic neurosurgeons in China: a national cross-sectional study on workload, burnout and engagement. *BMJ*

Open. 2019;9(10):e028309.

66. Khalafallah AM, Lam S, Gami A, Dornbos DL, 3rd, Sivakumar W, Johnson JN, et al. Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic. *Clin Neurol Neurosurg.* 2020;198:106193.

67. Zaed I, Jaiddane Y, Chibbaro S, Tinterri B. Burnout Among Neurosurgeons and Residents in Neurosurgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. *World Neurosurg.* 2020;143:e529-e34.

68. Gadjradj PS, Ghobrial JB, Booi SA, de Rooij JD, Harhangi BS. Mistreatment, discrimination and burn-out in Neurosurgery. *Clin Neurol Neurosurg.* 2021;202:106517.

69. Mackel CE, Nelton EB, Reynolds RM, Fox WC, Spiotta AM, Stippler M. A Scoping Review of Burnout in Neurosurgery. *Neurosurgery.* 2021;88(5):942-54.

70. Ujjan BU, Hussain F, Nathani KR, Farhad A, Chaurasia B. Factors associated with risk of burnout in neurosurgeons: current status and risk factors. *Acta Neurol Belg.* 2022;122(5):1163-8.

71. อรรถพร คงเขียว. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงานของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัท ดี.อี.เอ็ม คอนเฟอเรนซ์ จำกัด: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. คณะบริหารธุรกิจ.

72. นันทพร ทองลิ้ม. ผลกระทบของสัมพันธภาพในที่ทำงานและความไม่มั่นคงในงานต่อความตั้งใจลาออกจากงาน ผ่านความสุขในการทำงาน: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.

73. สิรินทร แซ่ฉั่ว. ความสุขในการทำงานของบุคลากรเชิงสร้างสรรค์: กรณีศึกษาอุตสาหกรรมเชิงสร้างสรรค์กลุ่มสื่อและกลุ่มงานสร้างสรรค์เพื่อการใช้งาน. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์2010.

74. นภัสวรรณ พชรธนสาร. ความซุก ลักษณะ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2560.

75. Fargen KM. The physician burnout conundrum: where do we go from here? : *British Medical Journal Publishing Group*; 2022. p. 105-6.

76. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2019;76(12):927-37.

77. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, Uğurluoğlu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2007;54(4):359-66.

78. Aljohani B, Burkholder J, Tran Q, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public*

Health. 2021;196:186-97.

79. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. Perception of workplace violence in the emergency department. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2019;12(3):179.

80. Shanafelt T, Trockel M, Rodriguez A, Logan D. Wellness-centered leadership: equipping health care leaders to cultivate physician well-being and professional fulfillment. *Academic Medicine*. 2021;96(5):641.






ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

		COA No. 0525/2022 IRB No. 0190/65
INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University 1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493		
<hr/> Certificate of Expedited Review Approval (COA No. 0525/2022)		
The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
Study Title	: Burnout Syndrome among Medical Personnel involved in Care of Patients with Neurological Conditions at a Tertiary Care Hospital in Bangkok Metropolis	
Study Code	: -	
Principal Investigator	: Miss Anchalee Lertmingchaimongkol	
Affiliation of PI	: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.	
Review Method	: Expedited	
Continuing Report	: At least once annually or submit the final report if finished.	
Document Reviewed	:	
	1. Research Proposal Version 3.0 Dated 04 April 2022 2. Protocol Synopsis VERSION 1.0 DATE 6 MARCH 2022 3. Information sheet for research participant VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022 4. Informed consent for participating volunteers VERSION 1.0 DATED 23 JANUARY 2022	
Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)		



5. Research Questionnaire Version 3.0 Dated 04 April 2022
6. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Anchalee Lertmingchaimongkol
 - Prof. Chutima Roomruangwong, M.D.

Signature
 (Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS)
 Vice-Chairman, Acting Chairman
 The Institutional Review Board

Signature
 (Associate Professor Supeechea Wittayalertpanya)
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board

Date of Approval : April 20, 2022
 Approval Expire Date : April 19, 2023

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์

RC-FO-020
ปรับปรุง: ต.ค.๖๔

Institutional Review Board

เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No. 23/65

พิจารณาโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

Burnout Syndrome among Medical Personnel involved in Care of Patients with Neurological Conditions at a Tertiary Care Hospital in Bangkok Metropolis

โดย นางสาว อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Type of review: ๑. Expedited review of research protocol ๒. Full board

เอกสารที่พิจารณา

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียดโครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาไทยแล้ว ลงความเห็นว่ามีข้อสงสัยหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้
ออกให้ ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕

นาวาอากาศเอก



(ชัชยา จันทรสโร)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ


พลอากาศตรีหญิง



(อิศรญา สุขเจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ

ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 เขต
 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564298, 02-2564346
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 092-3264654

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุรมเรืองวงษ์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 เขต
 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298, 02-256-4346


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโครงการ 0190 165
 วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/5

ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจไปในทางลบ จากความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย หมดแรงจูงใจ รู้สึกแยกตัวออกจากสังคม จนสูญเสียประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตและการทำงาน ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน คือ การกระทำใดๆในสถานที่ทำงานที่ทำให้เกิดความรุนแรงทางกายภาพ ทางจิตใจ และทางเพศ ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม และการกระทำดังกล่าวเป็นไปในลักษณะที่ส่งผลในด้านลบต่อร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และทรัพย์สินของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ความสุขในการทำงาน คือ ความพึงพอใจ สนุก มีความสุขในงานที่ทำ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และมีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อการทำงาน

การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันค่อนข้างมีความตึงเครียด ต้องพบเจอกับความกดดันในการทำงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง ทำงานแข่งกับเวลาและชีวิตของผู้ป่วย การแบกรับความคาดหวังจากตนเองและครอบครัว ซึ่งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาระงานที่หนัก เหนื่อย การทำงานเป็นกะ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนตลอดเวลา ส่งผลให้ความสุขลดลง ความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเหตุนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อทำการศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 106 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย


หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้ด้วยตัวท่านเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 0 ข้อคำถามคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา | จำนวน 1 ข้อ |
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาชีพการงาน | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน | จำนวน 17 ข้อ |



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0190165
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 3/5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามลักษณะของเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน ในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน 22 ข้อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแบบสอบถามแต่ละส่วน

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสอบถามในบางข้อ ซึ่งท่านสามารถละทิ้งจะไม่ตอบในสิ่งที่ท่านไม่ต้องการได้ หากทำการแบบสอบถามพบว่าท่านมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะหมดไฟสูง หรือมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับเหตุความรุนแรงที่เคยเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะติดต่อกลับเพื่อทำการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับปัญหาเบื้องต้น แนวทางการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพจิตในเชิงบวก ทั้งในรูปแบบของการใช้ชีวิต และการทำงาน เช่น การปรับมุมมองที่มีต่อตนเอง หรือ การแนะนำให้เขียนรายงานเข้าต้นสังกัด รวมถึงแนะนำช่องทางในการเข้ารับบริการทางด้านจิตเวชศาสตร์/สุขภาพจิต (ทั้งในโรงพยาบาลภูมิพลเองหรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดความตระหนักรู้เพื่อนำไปสู่แนวทางแก้ไข ยับยั้ง และป้องกันในอนาคต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมวิจัย


ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง : 2 มิ.ย. 2565

VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 4/5

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อตัวท่าน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

การดำเนินการส่งแบบสอบถามกลับ สามารถส่งได้ที่กล่องที่ได้จัดเตรียมไว้ให้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลของแต่ละแผนก โดยผู้วิจัยจะทำการรักษาความลับของอาสาสมัครโดยการจัดทำกล่องที่ปิดล็อกมิดชิด มีเพียงช่องที่กว้างพอในการใส่เอกสารเท่านั้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ท่าน ว่าคำตอบในแบบสอบถามของท่านจะไม่สามารถถูกผู้ใดเปิดดูได้ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ผู้รับผิดชอบการวิจัย คือ อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 02-2564298, 02-2564346

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>0190/65</u>
วันที่รับรอง : <u>20 เม.ย. 2565</u>

VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 5/5

2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล



VERSION 2.0 DATED 04 APRIL 2022

ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-07/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครฯ

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดย
สมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป


ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ
ความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติ
ทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ ๐19๐/65
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-07/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง : 7 ก.พ. 2565

ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้แบบสอบถาม

	
ที่ จว. 266 /2565	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300
28 กุมภาพันธ์ 2565	
เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Maslach Burnout Inventory	
เรียน คุณพัลพงศ์ สุวรรณวาทีน	
<p>ด้วยนางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัด กรุงเทพมหานครฯ ซึ่งใช้แบบสอบถาม Maslach Burnout Inventory ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย คุณพัลพงศ์ สุวรรณวาทีน ในการเก็บข้อมูล โดยมี ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ได้ขออนุญาตให้ นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล ใช้แบบสอบถาม Maslach Burnout Inventory ซึ่งแปลโดย คุณพัลพงศ์ สุวรรณวาทีน เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว</p> <p>จึงเขียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง</p>	
	<p>ขอแสดงความนับถือ</p>  (นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล) นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 (ศ.พญ. ชุติมา หุ่นเรือวงษ์) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	 (รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร) หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 092-3264654	รับทราบและยินยอมขออนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม  (นายพัลพงศ์ สุวรรณวาทีน)



ที่ จว. 264/2565

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300

28 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Workplace violence in health sector

เรียน คุณนภัศวรณ พชรนสาร

ด้วยนางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัด กรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้แบบสอบถาม Workplace violence in health sector ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย คุณนภัศวรณ พชรนสารในการเก็บข้อมูล โดยมี ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุตินา หุ่มเรืองวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใ้ขออนุญาตให้ นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล ใช้แบบสอบถาม Workplace violence in health sector ซึ่งแปลโดย คุณนภัศวรณ พชรนสาร เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามเพื่อการวิจัยได้

นภัศวรณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ศ.พญ. ชุตินา หุ่มเรืองวงษ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ สุขปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 092-3264654



ที่ จว. 367 /2565

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑ 10300

14 มีนาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามวัดความสุขในการทำงาน และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน

เรียน คุณนันทพร ทองลิ่ม

ด้วยนางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร" โดยมี ศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรืองวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแบบวัดความสุขในการทำงานที่ท่านได้ปรับปรุงมาจากฉบับที่พัฒนาขึ้นโดย คุณอรพรพร คงเขียว และ แบบสอบถามปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสุขในการทำงานที่ท่านได้ปรับปรุงมาจากฉบับที่พัฒนาขึ้นโดย คุณสิรินทร แซ่จิว เป็นแบบสอบถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่ต้องการจะทำในครั้งนี้

ในการนี้ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล ใช้แบบวัดความสุขในการทำงาน และแบบสอบถามปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ที่ถูกปรับปรุงโดย คุณนันทพร ทองลิ่ม เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ศ.พญ. ชุติมา หุ่นเรืองวงษ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ สุขปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวอัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล

โทร. 02-2564000 ต่อ 61509, โทรศัพท์นิสิต 092-3264654

รับทราบและยินยอมอนุญาตให้ใช้แบบวัดความสุข
ในทาง
(น.ส. นันทพร ทองลิ่ม)

นันทพร ทองลิ่ม

(น.ส. นันทพร ทองลิ่ม)

ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม:

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

บันทึกคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครฯ มีความยาวทั้งสิ้น 9 หน้า ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 0 ข้อคำถามคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาชีพการงาน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามลักษณะของเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน ในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน 22 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ให้ครบถ้วนทุกข้อตามความเป็นจริงจากท่าน ข้อมูลส่วนบุคคล
และคำตอบจากแบบสอบถามทั้งหมดจะได้รับการเก็บเป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำเสนอผล
การตอบแบบสอบถามในภาพรวมเท่านั้น

ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ **แบบสอบถามทั้งหมดนี้จะใช้เวลาในการตอบประมาณ
20-25 นาที**

อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล

นิสิตหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165

วันที่รับรอง : 2.0 พ.ย. 2565

ส่วนที่ 0 คำถามคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา

1. “ท่านเป็น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือ ผู้ช่วยพยาบาล ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือเคยปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมประสาท หรือ อายุรกรรมประสาท ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่”

ใช่ (กรุณาทำแบบสอบถามส่วนต่อไป)

ไม่ใช่ (จบการทำแบบสอบถาม)



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาชีพการงาน

คำชี้แจง ท่านไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล ลงในแบบสอบถาม และโปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

- 1) อายุ ปี
- 2) เพศ
 ชาย หญิง
- 3) สถานภาพสมรส
 โสด สมรส/ อยู่กินด้วยกัน
 แยกกันอยู่/หย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- 4) ระดับการศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับ.....
- 5) ตำแหน่ง/ลักษณะอาชีพ
 อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน Fellow
 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล
- 6) แผนกที่สังกัด
 ศัลยกรรมประสาท อายุรกรรมประสาท
- 7) ลักษณะของผู้ป่วยใน/นอก
 หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก
- 8) ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท..... ปี หรือ เดือน
- 9) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์..... ชั่วโมง/สัปดาห์
- 10) ท่านมีการทำงานเป็นกะ (หรือในลักษณะเวร เข้า-ป่วย-ตึก)
 ไม่ใช่ ใช่
- 11) ลักษณะงานของท่านจำเป็นต้องมีการสัมผัสร่างกายโดยตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่
- 12) ลักษณะงานของท่านจำเป็นต้องมีการ ติดต่อ สื่อสาร โดยตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่
- 13) ลักษณะงานของท่านจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติ/ผู้ดูแล ของผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่
- 14) ท่านคิดว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเหมือนกับท่าน มีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่เพียงพอ เพียงพอ



คณะกรรมการพิจารณารายชื่อบุคลากรวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง : 2 ธ.ค. 2565

- 15) ผู้ป่วยทางระบบประสาทที่ท่านมีโอกาสได้ดูแลในช่วงที่ผ่านมา มีลักษณะต่อไปนี้หรือไม่
- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| 15.1) ความบกพร่องด้านสติสัมปชัญญะ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.2) ปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.3) ปัญหาการเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.4) ปัญหาการสื่อสาร | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.5) ปัญหาการขับถ่าย | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.6) ปัญหาแผลกดทับ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.7) ปัญหาทางอารมณ์ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.8) อาการก้าวร้าวรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.9) ปัญหาทางเพศ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.10) ปัญหาการนอน | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 15.11) การไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190165
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และความไม่มั่นคงในงาน
ค่าชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก หรือ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในช่วงที่ท่านปฏิบัติงานดูแล
ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ความสุขในการทำงาน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความสุขกับงานที่ท่านทำอยู่					
2. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินและสนุกกับงานที่ท่านทำ					
3. ท่านมีเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีความปรารถนาดีต่อกัน					
4. ท่านมีความรู้สึกที่ได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน					
5. ท่านมีกิจกรรมให้ทำเสมอและไม่รู้สึกเบื่อหน่าย					
6. ท่านพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงาน					
7. ท่านรู้สึกรักและผูกพันกับงานที่ท่านทำ					

สัมพันธภาพต่อหัวหน้างาน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรู้สึกผ่อนคลายเมื่อต้องพูดคุยกับหัวหน้างาน					
2. ท่านทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่เพราะมีหัวหน้างานที่ดี					
3. เมื่อท่านทำงานผิดพลาด หัวหน้างานจะแนะนำและให้กำลังใจ					
4. หัวหน้างานกับท่านมักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่นอกเหนือจากงาน					
5. หัวหน้างานกับท่านมีความเข้าใจกันดี					

สัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงาน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงานของท่าน					
2. ท่านปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้					
3. ท่านกับเพื่อนร่วมงานมีการทำงานเป็นทีมที่ดี					
4. เพื่อนร่วมงานมีความจริงใจต่อท่าน					
5. ท่านรู้สึกเป็นกันเองและสบายใจเมื่อได้ใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงาน					



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0190165
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

ส่วนที่ 3 คำถามลักษณะของเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

1) ท่านเคยประสบเหตุความรุนแรงทางกาย หรือ ทำร้ายร่างกาย ในสถานที่ทำงาน ในช่วงที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท

ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 2) ใช่ (ตอบคำถามข้อ 1.1 ถึง 1.9)

1.1) เกิดเหตุความรุนแรงทางกายกับท่านกี่ครั้ง..... ครั้ง

1.2) ผู้ก่อเหตุใช้สิ่งใดทำร้ายร่างกายท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น มือ แขน ขา เท้า เข่า ศอก เป็นต้น

สิ่งของหรือวัตถุที่ไม่มีคม เช่น ไม้ โต๊ะ เก้าอี้ เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

สิ่งของหรือวัตถุที่มีคม เช่น ภาชนะที่มีเหลี่ยมคม ขวดแก้ว เป็นต้น

อาวุธ เช่น ปืน มีด กรรไกร ฯลฯ (โปรดระบุ.....)

อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

1.3) ผู้ก่อเหตุเป็นใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ตัวผู้ป่วย

ญาติของผู้ป่วย

บุคลากรทางการแพทย์/ เพื่อนร่วมงานของท่าน

ผู้บังคับบัญชา/ ผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่าท่าน

อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

1.4) สถานที่เกิดเหตุความรุนแรงทางกาย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท

นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล)

นอกเขตโรงพยาบาล

1.5) ช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงทางกายกับท่าน

08.01 - 16.00 น. 16.01- 24.00 น. 00.01-08.00 น.

1.6) ท่านได้รับบาดเจ็บทางกาย หรือได้รับผลกระทบทางจิตใจ (เช่น ความเครียด ความเบื่อหน่าย สูญเสียความพึงพอใจในงาน อยากรลาออกจากงาน) จากเหตุความรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุวิธีการรักษา.....)

1.7) การได้รับบาดเจ็บจากเหตุความรุนแรงทางกายส่งผลให้ท่านต้องลาหยุดงานหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุจำนวนวันลาที่ต้องลาติดกันมากที่สุด.....วัน)

1.8) ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางกายอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่ตอบโต้ใดๆ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำ บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดการกระทำ

บอกคนในครอบครัว บอกเพื่อนร่วมงาน แจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา

แจ้งความ/ ดำเนินคดีตามกฎหมาย อื่นๆ (โปรดระบุ.....)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

1.9) เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทางกายในสถานที่ทำงาน ท่านได้มีการเขียนรายงานเหตุการณ์หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่

2) ท่านเคยประสบเหตุความรุนแรงทางวาจา เช่น การพูดทำร้ายจิตใจ การข่มขู่คุกคาม หรือ การใช้ถ้อยคำเหยียดหยามในสถานที่ทำงานในช่วงที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท หรือไม่

ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 3) ใช่ (ตอบคำถามข้อ 2.1 ถึง 2.8)

2.1) เกิดเหตุความรุนแรงทางวาจาจากท่านกี่ครั้ง..... ครั้ง

2.2) ผู้ก่อเหตุเป็นใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ตัวผู้ป่วย
ญาติของผู้ป่วย
บุคลากรทางการแพทย์/ เพื่อนร่วมงานของท่าน
ผู้บังคับบัญชา/ ผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่าท่าน
 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2.3) สถานที่เกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท
 นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล)
 นอกเขตโรงพยาบาล

2.4) ช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงทางวาจาจากท่าน

08.01 ถึง 16.00 น. 16.01 ถึง 24.00 น. 00.01-08.00 น.

2.5) ท่านได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุความรุนแรงทางวาจาหรือไม่ (เช่น ความเครียด ความเบื่อหน่าย สูญเสียความพึงพอใจในงาน ออกจากงาน)

ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 2.6) ใช่ (โปรดตอบคำถามข้อ 2.5.1)

2.5.1) ท่านได้รับผลกระทบทางจิตใจ จากเหตุความรุนแรงทางวาจาจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุวิธีการรักษา.....)

2.6) การได้รับผลกระทบทางจิตใจจากความรุนแรงทางวาจาส่งผลให้ท่านต้องลาหยุดงานหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุจำนวนวันลาที่ต้องลาติดกันมากที่สุด.....วัน)

2.7) ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางวาจาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่ตอบโต้ใดๆ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำ บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดการกระทำ
 บอกคนในครอบครัว บอกเพื่อนร่วมงาน แจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา
 แจ้งความ/ ดำเนินคดีตามกฎหมาย อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2.8) เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทางวาจาในสถานที่ทำงาน ท่านได้มีการเขียนรายงานเหตุการณ์หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165
 วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

3) ท่านประสบเหตุความรุนแรงทางเพศ หมายถึง การถูกคุกคามทางเพศ เช่น พุดจาละนลาม จ้องมองเรื่อร่าง สัมผัสร่างกายโดยไม่ยินยอม ตลอดจนการล่วงละเมิดทางเพศในสถานที่ทำงานในช่วงที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท หรือไม่

ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อที่ 4) ใช่ (ตอบคำถามข้อ 3.1 ถึง 3.9)

3.1 เกิดเหตุความรุนแรงทางเพศกับท่านกี่ครั้ง..... ครั้ง

3.2 ผู้ก่อเหตุเป็นใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ตัวผู้ป่วย
ญาติของผู้ป่วย
บุคลากรทางการแพทย์/ เพื่อนร่วมงานของท่าน
 ผู้บังคับบัญชา/ ผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่าท่าน
 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

3.3 สถานที่เกิดเหตุความรุนแรงทางเพศ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บริเวณหอผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท
 นอกหอผู้ป่วย (แต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล)
 นอกเขตโรงพยาบาล

3.4 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุความรุนแรงทางเพศกับท่าน

- 08.01 - 16.00 น. 16.01 - 24.00 น. 00.01-08.00 น.

3.5 ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงทางเพศอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่ตอบโต้ใดๆ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้กระทำ บอกให้ผู้ก่อเหตุหยุดการกระทำ
 บอกคนในครอบครัว บอกเพื่อนร่วมงาน แจ้งหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา
 แจ้งความ/ ดำเนินคดีตามกฎหมาย อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

3.6 ท่านได้รับบาดเจ็บทางกาย จากเหตุความรุนแรงทางเพศจนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือไม่

- ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุวิธีการรักษา.....)

3.7 ท่านได้รับผลกระทบต้อจิตใจ จากเหตุความรุนแรงทางเพศ (เช่น ความเครียด ความเบื่อหน่าย ซึมเศร้า สูญเสียความพึงพอใจในงาน อายกลาออก) จนต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือไม่

- ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุวิธีการรักษา.....)

3.8 การได้รับบาดเจ็บจากเหตุความรุนแรงทางเพศส่งผลให้ท่านต้องลาหยุดงานหรือไม่

- ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุจำนวนวันลาที่ต้องลาติดกันมากที่สุด.....วัน)

3.9 เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทางเพศในสถานที่ทำงาน ท่านได้มีการเขียนรายงานเหตุการณ์หรือไม่

- ไม่ใช่ ใช่



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโครงการ 0190 165
 วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

4) ท่านรู้สึกกังวลต่อการเกิดเหตุความรุนแรงในสถานที่ทำงานแต่ละข้อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด กรุณา ากบาท ให้ตรงกับระดับความกังวลของท่าน โดย 0 = ไม่กังวล 5 = กังวลมากที่สุด

4.1) เหตุความรุนแรงทางกาย เช่น ทำร้ายร่างกาย



4.2) เหตุความรุนแรงทางวาจา เช่น การพูดทำร้ายจิตใจ การพูดข่มขู่คุกคาม หรือการใช้ถ้อยคำหยาบคาย



4.3) เหตุความรุนแรงทางเพศ เช่น พูดจาลามลาม จ้องมองเรื้อนร้าง สัมผัสร่างกายโดยไม่ยินยอม ตลอดจนการล่วงละเมิดทางเพศ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

- 1) ท่านคิดว่าข้อใดต่อไปนี้เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่ท่านปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 และ 2 (กรุณาเลือกเพียง 2 ข้อ โดยใส่เลข 1, 2 ด้านหน้าข้อความ)

- ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง
- ไม่พอใจผลของการรักษาพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต
- ความเครียด หรือ ความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉิน
- เวลาหรือการรักษาานาน
- เมาสຸຣາ หรือการใช้สารเสพติด
- สภาวะบกพร่องทางจิต
- ไม่ทราบสาเหตุ

- 2) หน่วยงานของท่านมีมาตรการป้องกัน หรือ ลดความรุนแรงในสถานที่ทำงานต่อบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่

- ไม่ใช่ (ข้ามไปทำข้อ 3) ใช่ (ตอบคำถามข้อ 2.1)

2.1) มีมาตรการใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มีระบบแจ้งเหตุ หรือ มีระบบการรายงานชัดเจน
- มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์
- มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสาร
- มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ
- มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับหลักจิตวิทยาในการบริการ
- อื่นๆ (โปรดระบุ)

- 3) ท่านเคยเขียนรายงานสถานการณ์ (IR) ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานบ้างหรือไม่

- ไม่เคยเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน
- เคยเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน แต่ไม่เคยเขียนรายงาน
- เคยเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน และ เคยเขียนรายงาน

- 4) ท่านคิดว่าข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้การเขียนรายงานสถานการณ์ต่ำกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เห็นว่าเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละคน และไม่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ
- รู้สึกอับอาย หรือรู้สึกผิด
- กังวลผลกระทบในเชิงลบต่อหน้าที่การงาน
- ไม่มีระบบรายงานที่ชัดเจน
- ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการเขียนรายงาน
- อื่นๆ (ระบุ)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190145
วันที่รับรอง : 20 เม.ย. 2565

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกเช่นนี้กับการทำงานของท่าน ในช่วงที่ปฏิบัติงาน

ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
ปีละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ ปีละ 2-3 ครั้ง
เดือนละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 1 ครั้ง
เดือนละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน

ที่	ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง	ทุกวัน
1	ฉันรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับงานที่ทำอยู่							
2	ฉันจะรู้สึกหมดหวังเมื่อถึงเวลาเลิกงาน							
3	ฉันรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าทำงาน							
4	ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย							
5	ฉันปฏิบัติต่อผู้รับบริการราวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ							
6	การทำงานบริการผู้อื่นตลอดทั้งวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7	ฉันรู้สึกว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆให้ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8	ฉันรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงานที่ทำอยู่							
9	ฉันรู้สึกว่าได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิตของผู้รับบริการจากการทำงานของฉัน							
10	ฉันกลายเป็นคนแข่งกระด้าง ตั้งแต่เริ่มงานนี้							
11	ฉันกังวลใจว่างานที่ทำอยู่ ทำให้ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์							
12	ฉันรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังกำลังใจ							
13	ฉันรู้สึกท้อใจจากการทำงาน							
14	ฉันรู้สึกว่ากำลังใจทำงานในหน้าที่ที่หนักเกินไป							
15	ฉันรู้สึกไม่พอใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคน							
16	การทำงานเกี่ยวข้องกับคนอื่นโดยตรง ทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากเกินไป							
17	ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้รับบริการได้ไม่ยาก							
18	ฉันรู้สึกเป็นสุขภายหลังจากการให้บริการกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด							
19	ฉันรู้สึกว่าได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ฉันทำอยู่							
20	ฉันรู้สึกหมดความอดทนกับงานที่ทำอยู่							
21	ในการทำงาน ฉันสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างสงบนิ่ง							
22	ฉันรู้สึกที่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการตำหนิฉันในสิ่งที่ปัญหาของเขา							



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0190 165
วันที่รับรอง 20 เม.ย. 2565

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อัญชลี เลิศมิ่งชัยมงคล
วัน เดือน ปี เกิด	18 กุมภาพันธ์ 2537
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2559 สำเร็จการศึกษาจากคณะศิลปศาสตร์ สาขาวิชาภาษาจีนธุรกิจ สาขาวิชาโทการจัดการธุรกิจระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พ.ศ. 2564 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	โทร: 0923264654 อีเมล: anchalee.654@gmail.com



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY