ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated with Occupational Burnout among Professional Nurses in a Community Hospital, Kalasin Province.

(Received: April 8,2026 ; Revised: April 14,2026 ; Accepted: April 21,2026)

วาสนา นาชัยเริ่ม[1] ธันวา ใจเที่ยง[2] ธีรนาถ สุวรรณเรือง[2]
Wasana nachaireim[1] Tunwa Chaitieang[2] Theeranat Suwanaruang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ให้ข้อมูล 12 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 72 ราย โดยมุ่งความหลากหลายสูงสุด ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ จาก 8 หน่วยงาน (ER, OPD, เวช กรรมชุมชน, ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, ตึกกึ่งวิกฤต, ตึกผู้ป่วยในชาย, ตึกผู้ป่วยในหญิง) และสหวิชาชีพ 4 ราย (แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด) มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X, Y, Z) อายุ 24–58 ปี ประสบการณ์ 3–34 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ Lincoln และ Guba

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายจำนวน 18 ประการ จัดเป็น 5 หมวดที่ เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศ ได้แก่ (1) ภาระงานหนักและความซับซ้อนของงาน (2) การขาดทรัพยากร (3) ความสัมพันธ์และการสื่อสาร (4) ระบบและนโยบาย และ (5) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว โดย ภาพรวมสามารถอธิบายได้สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร (COR) และแบบจำลองความ ต้องการงาน–ทรัพยากรงาน (JD-R) โดยค้นพบแนวคิดใหม่ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย 6 แนวคิด ได้แก่ งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย ภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน ศักดิ์ศรีวิชาชีพ ปัจจัยซ่อน ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ และระยะห่างทางสังคม ผลการนี้วิจัยเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนไทย

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยหน่าย, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

This study was survey esearch, using qualitative data collection aimed to explore factors associated with job burnout among professional nurses in a 120-bed M2 community hospital in Kalasin Province, Thailand. It employed an exploratory approach using qualitative data collection and analysis. A total of 12 key informants were purposively selected through maximum variation sampling from 72 survey respondents. Participants comprised eight professional nurses from eight units and four multidisciplinary professionals, including a physician, a pharmacist, a medical technologist, and a physical therapist. The informants included both male and female participants across three generations (Generation X, Generation Y, and Generation Z), aged 24–58 years, with 3–34 years of work experience. Data were collected through in-depth interviews, observations, and a focus group discussion based on methodological triangulation. Data were analyzed using content analysis following Graneheim and Lundman, and trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

The study found 18 factors related to burnout, categorized into 5 interconnected ecosystems: (1) heavy workload and job complexity, (2) lack of resources, (3) relationships and communication, (4) systems and policies, and (5) personal and family factors. Overall, these factors are consistent with the Conservation of Resources (COR) theory and the Job-Resource Needs (JD-R) model. Six novel concepts related to burnout were discovered: hidden paperwork behind patient care, overlapping burden from community proximity, professional dignity, hidden factors, normalized violence, and social distance. The research provides a foundation for developing a burnout surveillance and prevention system in the context of Thai community hospitals.

Keywords: Burnout, Professional Nurses, Community Hospitals, Contributing Factors

บทนำ

ภาวะเหนื่อยหน่ายในงาน (Burnout) ของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาสำคัญระดับสากล จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2564 พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วโลกร้อยละ 20-30 มีภาวะเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน[1] โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ในประเทศไทย พบว่าพยาบาลวิชาชีพประมาณร้อยละ 36 ประสบภาวะเหนื่อยหน่าย ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง[18] ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตยืนยันว่าอัตราภาวะเหนื่อยหน่ายในบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.7 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 4.7 ในปี 2564 และร้อยละ 12.2 ในปี 2565 โดยบางช่วงสูงถึงร้อยละ 18.4[3] ขณะที่สถิติจากสภาการพยาบาลพบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (2554-2564) การลาออกจากงานของพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5 ต่อปี มีจำนวนมากถึง 8,567 คนในปี 2564 คิดเป็น 1 ใน 4 ของการลาออกในภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์[4] พยาบาลลาออกจากระบบเฉลี่ยปีละ 7,000 คน ขณะที่ผลิตใหม่ปีละประมาณ 10,000 คน ส่งผลให้สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1:406 คน[5]

สำหรับโรงพยาบาลกมลาไสย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบการลาออกของพยาบาลถึง 4 คนจากพยาบาลทั้งหมด 108 คน ในปีงบประมาณ 2560-2567[6]นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีปัญหาสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ได้แก่ ภาวะอ้วนร้อยละ 35.6 เบาหวานร้อยละ 8.2 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.5 และความเครียดสูงกว่าปกติร้อยละ 37.0 เมื่อเทียบกับแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 20-25[7]

แม้จะมีนโยบายและความพยายามแก้ไขปัญหามากมาย ทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2565-2570 ของกระทรวงสาธารณสุขแผนยุทธศาสตร์การพยาบาลแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2569 แต่ปัญหาภาวะเหนื่อยหน่ายยังคงอยู่[8] อาจเนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงมิติเชิงลึกของภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทวัฒนธรรมไทยได้[10,11]

การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 3 แหล่งตามหลักการตรวจสอบสามเส้าของ Denzin[15] โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร (COR Theory)[12]แบบจำลองภาระงาน-ทรัพยากร (JD-R Model)[13] กรอบแนวคิดอันตรายทางจิตสังคม (NIOSH Psychosocial Hazards)[14] และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Symbolic Interactionism`)[25] เพื่ออุดช่องว่างทางวิชาการและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบดูแลสุขภาวะพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ ใน

โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 รายคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงที่มีความหลากหลาย สูงสุด (Maximum Variation Purposive Sampling) จากบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 72 ราย ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ 8 รายจาก 8 หน่วยงาน และสหวิชาชีพ 4 ราย (แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด) มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X, Y, Z) อายุ 24-58 ปี ประสบการณ์ 3 - 34 ปี

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ (Methodological Triangulation) จาก 3 แหล่ง ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ราย ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ระยะเวลา 45-60 นาทีต่อราย (2) การร่วมสังเกตการณ์ใน 8 หน่วยงาน จำนวน 16 ครั้ง ครอบคลุมเวรเช้า บ่าย และดึก รวม 48 ชั่วโมง และ (3) การสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วม 12 ราย ระยะเวลา 120 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตาม Graneheim และ Lundman[16] ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ Lincoln และ Guba[17]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยขออนุญาต จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ KLS.REC 550/2568 ออก ณ. วันที่ วันที่รับรอง 29 ตุลาคม 2568 สิ้นสุดการรับรอง 29 ตุลาคม 2569 ผู้วิจัยได้อนุญาตและขอความเคารพในส่วนบุคคล ของ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อตอบแบบสอบถามในการวิจัยตามความสมัครใจ

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย แบ่งเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 8 ราย และกลุ่มสหวิชาชีพ 4 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 ราย) มีช่วงอายุระหว่าง 24-58 ปี ประสบการณ์ 3-34 ปี ครอบคลุม 3 รุ่น (Gen X 3 ราย, Gen Y 6 ราย, Gen Z 3 ราย) จาก 8 หน่วยงาน

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ราย การร่วมสังเกตการณ์ 16 ครั้ง รวม 48 ชั่วโมง และการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายทั้งสิ้น 18 ปัจจัยใน 5 หมวด ที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศของภาวะเหนื่อยหน่าย โดยค้นพบแนวคิดใหม่จากผู้ให้ข้อมูล 6 แนวคิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ภาระงานหนักและความซับซ้อนของงาน

ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเกินอัตรากำลัง (ความอิ่มตัว 11/12) เวรถี่/เวรซ้ำซ้อน (5/12) งานเอกสาร (4/12) และภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน (2/12) หมวดนี้เป็นปัจจัยที่มีความอิ่มตัวสูงสุด ข้อมูลจากทั้ง 3 แหล่งสอดคล้องกันอย่างชัดเจนว่าภาระงานหนักเป็นแกนกลางที่ขับเคลื่อนภาวะเหนื่อยหน่าย อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงถึง 1:11ดังที่พยาบาลตึกผู้ป่วยชายกล่าวว่า "บางวันดูแลคนไข้ 9-11 คนต่อพยาบาล 1 คน ทำให้รู้สึกว่าเวลาไม่พอ ทำอะไรก็รีบ ๆ กลัวพลาด" (RN07) สนทนากลุ่มเผยแนวคิดใหม่ งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย (Secret Work) คือภาระงานเอกสารที่ไม่ถูกนับเป็นภาระงานอย่างเป็นทางการ ดังที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกล่าวว่า "งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย" (RN02)

หมวดที่ 2 การขาดทรัพยากร

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือชำรุด (7/12) ค่าตอบแทนไม่สมดุล (3/12 ในสัมภาษณ์ แต่ขยายเป็นฉันทามติ 12/12 ในสนทนากลุ่ม) และสวัสดิการที่พักไม่เพียงพอ

(2/12) ข้อค้นพบเรื่องค่าตอบแทนเป็นปัจจัยซ่อน (Hidden Factor) ที่ต้องมีพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจจึงกล้าเปิดเผย ชี้ว่าหากใช้เพียงการสัมภาษณ์อย่างเดียวจะไม่พบประเด็นอ่อนไหวนี้ การสังเกตพบอุปกรณ์ติดเทปพันแผลซ่อม เครื่องวัดความดัน 1 เครื่องต่อผู้ป่วย 11 ราย สะท้อนแนวคิดศักดิ์ศรีวิชาชีพ (Professional Dignity) ที่การขาดแคลนอุปกรณ์กระทบต่อความภาคภูมิใจในความเป็นมืออาชีพ

หมวดที่ 3 ความสัมพันธ์และการสื่อสาร

ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ช่องว่างระหว่างรุ่น (4/12) ความแตกต่างในแนวทางการรักษาของแพทย์ (2/12) ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ (Normalized Violence) (2/12) ความขัดแย้งข้ามวิชาชีพ (4/12) และระยะห่างทางสังคม (Social Distance) (2/12 โดยเป็นความเห็นจากสหวิชาชีพทั้ง 2 คน) หมวดนี้เป็นหมวดที่มีความซับซ้อนมากที่สุด โดยเฉพาะข้อค้นพบเรื่องความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ ที่พยาบาลทั้ง 8 คนไม่มีรายใดใช้คำว่า "ความรุนแรง" แต่นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นสหวิชาชีพกลับเป็นผู้ใช้คำนี้ สะท้อนว่าผู้ถูกกระทำโดยตรงกลับไม่มองประสบการณ์ของตนว่าเป็นความรุนแรง ต้องอาศัยมุมมองจากภายนอกจึงจะเห็นและมองความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ

หมวดที่ 4 ระบบและนโยบาย

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การถดถอยของทักษะจากการถูกย้ายนอกสาขา (2/12) ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (1/12 แต่ขยายผลในสนทนากลุ่ม) และความก้าวหน้าในวิชาชีพที่จำกัด (1/12) ดังที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกล่าวว่า "ทำมา 32 ปี ความก้าวหน้าถูกปิดกั้นจาก 100 เหลือ 80 ทำได้แต่ไม่มีใจ" (RN02) สะท้อนรอยร้าวแห่งความผูกพันระหว่างพยาบาลกับองค์กร

หมวดที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ภาระครอบครัว (4/12) ความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง (1/12 แต่ขยายผลอย่างมากในสนทนากลุ่ม)และช่องว่างดิจิทัล(1/12) ข้อค้นพบเรื่องความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง เผยให้เห็น 4 กำแพงในใจ ได้แก่ กำแพงอายุ กำแพงทักษะ กำแพงสายตา และกำแพงเปรียบเทียบ ทางออกเกิดจากผู้ให้ข้อมูลเอง คือสะพานระหว่างรุ่น ดังที่พยาบาลห้องคลอดเสนอว่า "น้องสอนพี่เรื่องคอมฯ พี่สอนน้องเรื่องคลินิก" (RN05)

ปัจจัยทั้ง 18 ประการเชื่อมโยงกันเป็นพลวัต ภาระงานสูง (11/12) ทวีความรุนแรงเมื่อขาดทรัพยากร (7/12) ขณะที่ความขัดแย้งในการสื่อสารข้ามวิชาชีพและช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติย้อนกลับไปเพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ สร้างวงจรป้อนกลับ ที่ไม่สิ้นสุด

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย (18 ปัจจัย ใน 5 หมวด)

หมวด/ปัจจัย	ความอิ่มตัว	แหล่งยืนยัน	ข้อค้นพบใหม่/สิ่งที่พบ
1. ภาระงานหนักและความซับซ้อน (4 ปัจจัย)			
ผู้ป่วยเกินอัตรากำลัง	11/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	อัตราส่วน 1:11 สูงเกินมาตรฐาน
เวรถี่/เวรซ้ำซ้อน	5/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ผลกระทบทางฮอร์โมน/ร่างกาย
งานเอกสาร	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต +สนทนากลุ่ม	งานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วย
ภาระซ้อนทับจากความใกล้ชิดชุมชน	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: ความใกล้ชิดชุมชนกลายเป็นภาระ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่าย (18 ปัจจัย ใน 5 หมวด)

หมวด/ปัจจัย	ความอิ่มตัว	แหล่งยืนยัน	ข้อค้นพบใหม่/สิ่งที่พบ
2. การขาดทรัพยากร (3 ปัจจัย)			
อุปกรณ์ไม่เพียงพอ/ชำรุด	7/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ศักดิ์ศรีวิชาชีพ กระทบความภาคภูมิใจ
ค่าตอบแทนไม่สมดุล	3/12	สัมภาษณ์+สนทนากลุ่ม	ปัจจัยซ่อน ต้องมีพื้นที่ปลอดภัยจึงกล้าพูด
สวัสดิการที่พักไม่เพียงพอ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	บ้านพักทรุดโทรม ห้องพักเวรร้อนอบอ้าว กระทบการพักผ่อน
3. ความสัมพันธ์และการสื่อสาร (5 ปัจจัย)			
ช่องว่างระหว่างรุ่น	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	Gen Z อดทนน้อยกว่า มีทางเลือกมากกว่า
ความแตกต่างแนวทางรักษาของแพทย์	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	ภาระอารมณ์จากการปรับตัวตามแพทย์
ความรุนแรงที่ถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: พยาบาลไม่เห็นว่าเป็นความรุนแรง
ความขัดแย้งข้ามวิชาชีพ	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต +กลุ่มสนทนากลุ่ม	ปัญหาเชิงระบบ ไม่ใช่ระดับบุคคล
ระยะห่างทางสังคม	2/12	สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: กำแพงมองไม่เห็นระหว่างวิชาชีพ
4. ระบบและนโยบาย (3 ปัจจัย)			
การถดถอยของทักษะ	2/12	สัมภาษณ์+สังเกต	มอบหมายนอกสาขา ไม่มีพี่เลี้ยง
ช่องว่างนโยบาย-ปฏิบัติ	1/12ขยายผล	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	นโยบายมีรูปแบบ แต่ขาดแนวทาง
ความก้าวหน้าจำกัด	1/12	สัมภาษณ์+สังเกต	รอยร้าวแห่งความผูกพันกับองค์กร
5. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (3 ปัจจัย)			
ภาระครอบครัว	4/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ต้องเลือกระหว่างแม่ที่ดี/พยาบาลที่ดี
ความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง	1/12ขยายมาก	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	ข้อค้นพบใหม่: 4 กำแพงในใจ+สะพานระหว่างรุ่น
ช่องว่างทางดิจิทัล	1/12	สัมภาษณ์+สังเกต+สนทนากลุ่ม	น้องสอนพี่คอมฯ พี่สอนน้องคลินิก

หมายเหตุ: ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ความอิ่มตัวเชิงจำนวนไม่ใช่เกณฑ์เดียวในการตัดสินความสำคัญของข้อค้นพบ ปัจจัยที่มีความอิ่มตัวต่ำกว่า 5/12 ถูกรวมไว้เนื่องจาก (1) ได้รับการยืนยันจากการตรวจสอบสามเส้าจากหลายแหล่งข้อมูล (2) บางประเด็นเป็นเรื่องอ่อนไหวที่ต้องอาศัยพื้นที่ปลอดภัยจึงกล้าเปิดเผย (3) บางประเด็นต้องอาศัยมุมมองจากภายนอกจึงจะเข้าถึงได้ (4) บางประเด็นขยายผลอย่างมากในสนทนากลุ่มจนเกิดแนวคิดใหม่ และ (5) มีนัยสำคัญเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติสูง

จากตารางที่ 1 ปัจจัยทั้ง 18 ประการมีลักษณะเชื่อมโยงเป็นระบบนิเวศ โดยภาระงานสูง (11/12) ทวีความรุนแรงเมื่อขาดทรัพยากร (7/12) ขณะที่ความขัดแย้งในการสื่อสารข้ามวิชาชีพและช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติย้อนกลับไปเพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ สร้างวงจรป้อนกลับที่ไม่สิ้นสุด ข้อค้นพบใหม่ 6 แนวคิดชี้ว่าภาวะ

เหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะเหนื่อยหน่ายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยลำพัง หากแต่เป็นผลของปัจจัยหลายด้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศของภาวะเหนื่อยหน่าย ซึ่งภาระงานที่สูงและทรัพยากรที่จำกัดทำหน้าที่เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ สอดคล้องกับ Ge และคณะ[19] และ Aiken และคณะ[2] ที่ชี้ว่าภาระงานและอัตรากำลังไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะเหนื่อยหน่ายในพยาบาลทั่วโลก และอธิบายได้ผ่านทฤษฎี COR[12]และแบบจำลอง JD-R[13] ที่ชี้ว่าความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับทรัพยากรนำไปสู่กระบวนการบั่นทอนสุขภาพ สอดคล้องกับ อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ[20] สุปราณี ชูรัตน์ และคณะ[24] และ ศุภลักษณ์ ใจบุญ[21] ที่พบว่าภาระงานเป็นปัจจัยหลักต่อภาวะหมดไฟ

ข้อค้นพบเรื่องเวรซ้ำซ้อนมีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไปที่มักวัดเพียงจำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้เผยให้เห็นว่าปัญหาคือรูปแบบของเวร เช่น เวรเช้าต่อบ่ายทำงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง และเวร on call ซึ่งส่งผลกระทบทางร่างกายและอารมณ์ที่แบบสอบถามเชิงปริมาณไม่สามารถจับปรากฏการณ์นี้ได้

ข้อค้นพบเรื่องค่าตอบแทนเป็นปัจจัยซ่อน (Hidden Factor) ที่มีความอิ่มตัวต่ำในสัมภาษณ์ (3/12) แต่ขยายเป็นฉันทามติ 12/12 ในสนทนากลุ่ม ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่พบค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลักที่ผู้ตอบกล้าระบุได้ในแบบสอบถาม ความแตกต่างนี้เกิดจากลักษณะเฉพาะของวิธีการเก็บข้อมูล ชี้ว่าหากใช้เพียงวิธีเดียวจะไม่พบประเด็นอ่อนไหว ซึ่งเป็นคุณค่าของการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ

ข้อค้นพบเรื่องระยะห่างทางสังคม (Social Distance) ที่สหวิชาชีพ 2 คนเป็นผู้พูดถึงแต่พยาบาลทั้ง 8 คนไม่มีรายใดพูดถึง สอดคล้องกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม10 ที่เมื่อไม่มีปฏิสัมพันธ์ข้ามวิชาชีพอย่างเพียงพอ จึงไม่มีกระบวนการสร้างความหมายร่วมกัน ส่วนข้อค้นพบเรื่องความเชื่อที่เป็นขีดจำกัดตนเอง 4 รูปแบบ เกินกว่าวรรณกรรมทั่วไปที่มักกล่าวถึงอายุเพียงตัวแปรเดียว แต่การวิจัยครั้งนี้เผยกลไกเชิงลึกว่าอายุส่งผลผ่านกรอบคิดอย่างไร

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังค้นพบปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ ข้อค้นพบแรกคือ ภาวะเหนื่อยหน่ายแบบยังทำงานได้ (Functional Burnout) หมายถึงภาวะที่พยาบาลยังปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดครบถ้วน แต่หัวใจของการพยาบาลค่อย ๆ เลือนหาย ดังที่หัวหน้าห้องฉุกเฉินสรุปว่า "80 เปอร์เซ็นต์ผ่านเกณฑ์ แต่ 20 ที่หายคือหัวใจของการพยาบาล" (RN01) ข้อค้นพบนี้เกินกว่านิยามเดิมของ Maslach[10] ที่ระบุว่าผลงานต้องลดลง แต่สอดคล้องกับ อรษา จีนนา และ ประพันธ์ วงศ์บางโพ[23]ที่พบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟสูงแต่ประสิทธิภาพสูงเช่นกัน

ข้อค้นพบอีกประการคือ ความรักในวิชาชีพเคยเป็นแรงขับเคลื่อนกลับกลายเป็นสิ่งที่ทำให้เหนื่อยหน่าย (Passion Paradox) ที่ความรักในวิชาชีพเป็นทั้งปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงในบุคคลคนเดียว ดังที่พยาบาลเวชกรรมชุมชนสรุปว่า "ความหลงใหลเป็นทั้งเชื้อเพลิงและบ่วง" (RN03) ไม่สอดคล้องกับ Castillo-González และคณะ[24] ที่มองเพียงด้านเดียว แต่สอดคล้องกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม[25] ที่ความหมายของความรักในวิชาชีพเปลี่ยนตามบริบท องค์กรจึงต้องดูแลพยาบาลที่ทุ่มเทเป็นพิเศษ ไม่ใช่เฉพาะพยาบาลที่ท้อแท้

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนพิจารณาทบทวนการบริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานจริงมีการนับงานเอกสารที่ซ่อนอยู่หลังงานดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นภาระงานอย่างเป็นระบบ จัดหาอุปกรณ์ที่มีคุณภาพให้เพียงพอพร้อมใช้งาน และการปรับปรุงบ้านพักและห้องพักเวรให้เหมาะสมตามบริบท

2) พิจารณาจัดกิจกรรมข้ามวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเปิดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสาร ลดระยะห่างทางสังคม

3) พิจารณาระบบเฝ้าระวัง Functional Burnout โดยเพิ่มตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ไม่พึ่งเพียงตัวชี้วัด เชิงปริมาณเพียงด้านเดียว และดูแลพยาบาลที่ทุ่มเทให้งานมากขึ้นเป็นพิเศษเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Passion Paradox

4) แนะนำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชนหลายพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบปรากฏการณ์ข้ามบริบท และใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทดสอบแนวทางป้องกันในสถานการณ์จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เปิดใจแบ่งปันประสบการณ์อันมีคุณค่านี้ ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสยที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอบคุณ ผศ.ดร.ธันวา ใจเที่ยง และผศ.ดร.ธีรนาถ สุวรรณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
2. Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD, Pogue CA, Lasater KB. A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the COVID-19 pandemic: Implications for action. Nursing Outlook 2023;71(1):101903.
3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการสำรวจสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
4.สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2565). แผนยุทธศาสตร์การพยาบาลแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2569. สืบค้นจาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NM%20Strategic%20Plan.pdf วันที่ 20 กรกฎาคม 2568
5.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ก.พ. (2565). กำลังคนภาครัฐ 2565. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
6.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกมลาไสย. (2565). รายงานสถิติอัตรากำลังและการคงอยู่ของบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย ปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลกมลาไสย.
7.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกมลาไสย. (2565). สรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลกมลาไสย ปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลกมลาไสย.
8.เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, มิถุนายน). แนวโน้มการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2023/06/27788 สืบค้น20 มิ.ย.2568
9. ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564;4(2):66-78.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2(2):99-113.
11. Maslach C, Leiter MP, Jackson SE. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. J Organ Behav 2022;43:980-990.

12. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav 2018;5:103-128.
13. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Job demands-resources theory: Ten years later. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav 2023;10:25-53.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Psychosocial hazards. National Institute for Occupational Safety and Health; 2021.10. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Berkeley: University of California Press; 1969.
15. Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-112.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
18. Ashipala DO, Nghole TM. Factors contributing to burnout among nurses at a district hospital in Namibia: A qualitative perspective of nurses. J Nurs Manag 2022;30:2982-2991.
19. Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Chen HL. Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis. J Clin Nurs 2023;32(17-18):5836-5854.
20. อภิรดี นันศุภวัตณ์ และคณะ. การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น ภาวะหมดไฟ การมีส่วนร่วมในการทำงาน และความตั้งใจที่จะลาออกในหมู่พยาบาล. BMC Nursing 2567;23(1).
21. สุปราณี ชูรัตน์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50(2):170-181.
22. ศุภลักษณ์ ใจบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสาร Trends of Humanities and Social Sciences Research 2567;12(2):301-322.
23. อรษา จีนนา, ประพันธ์ วงศ์บางโพ. ภาวะหมดไฟที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. วารสารรามคำแหง ฉบับบัณฑิตวิทยาลัย 2567;7(2):75.
24. Castillo-González A, Velando-Soriano A, De La Fuente-Solana EI, et al. Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. Int Nurs Rev 2024;71:160-167.
25. Gecas, Viktor; Tsushima, Teresa "Symbolic Interactionism ." International Encyclopedia of Marriage and Family. . Retrieved April 01, 2026 from Encyclopedia.com: https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/symbolic-interactionism