

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

Factors Affecting Burnout among Village Health Volunteers in Thung Tako District, Chumphon Province.

(Received: July 5,2026 ; Revised: July 20,2026 ; Accepted: July 24,2026)

มานิตย์ ประดับการ¹

Manit Pradubgarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน จากประชากร 711 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามหน่วยบริการสุขภาพ 7 แห่ง ร่วมกับการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.14$, $SD = 0.906$ และ $M = 1.21$, $SD = 1.002$ ตามลำดับ) ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = 1.303$) พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ ($\beta = -.293$, $-.268$ และ $.387$ ตามลำดับ) โดยพลังสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตการทำงานร่วมกันพยากรณ์ความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ร้อยละ 17.30 พลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และสถานภาพโสดร่วมกันพยากรณ์การลดความเป็นบุคคลได้ร้อยละ 15.30 และพลังสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตการทำงานร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จส่วนบุคคลได้ร้อยละ 31.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พลังสุขภาพจิต, คุณภาพชีวิตการทำงาน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the level and factors affecting burnout among village health volunteers in Thung Tako District, Chumphon Province. The sample consisted of 214 village health volunteers drawn from a population of 711 using stratified random sampling across seven health service units combined with systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis with three separate equations corresponding to the burnout components.

The results showed that emotional exhaustion and depersonalization were at low levels ($M = 1.14$, $SD = 0.906$ and $M = 1.21$, $SD = 1.002$, respectively), while personal accomplishment was at a moderate level ($M = 3.57$, $SD = 1.303$). Resilience quotient was the strongest predictor across all burnout components ($\beta = -.293$, $-.268$, and $.387$, respectively). Resilience quotient and quality of work life jointly predicted emotional exhaustion, accounting for 17.30% of the variance; resilience quotient, social support, and single marital status jointly predicted depersonalization, accounting for 15.30%; and resilience quotient and quality of work life jointly predicted personal accomplishment, accounting for 31.60%, all statistically significant at the .05 level.

Keywords: Burnout, Village health volunteers, Resilience quotient, Quality of work life

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกพื้นฐานของระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย ที่ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในชุมชน¹ ในระยะหลังบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยกระดับเป็นหมอคนที่ 1 ในระบบสามหมอ ซึ่งทำงานร่วมกับหมอสาธารณสุขและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนระดับครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{1,2} ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานครอบคลุมทั่วประเทศประมาณ 1.05 ถึง 1.07 ล้านคน สะท้อนขนาดของกำลังคนภาคประชาชนที่รองรับงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอย่างกว้างขวาง³

ภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงปริมาณและความหลากหลาย นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโรคในชุมชนแล้ว ยังรับผิดชอบงานเชิงรุกที่เพิ่มขึ้น ทั้งการเยี่ยมบ้าน การดูแลติดตามผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง งานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดดังเช่นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{1,4} โดยเฉพาะบทบาทการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งในปีงบประมาณ 2568 มีความครอบคลุมการคัดกรองเฉลี่ยทั้งประเทศสูงถึงร้อยละ 92.04³ นอกจากนี้ยังต้องบันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการพัฒนาให้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน^{1,5} ภาระงานที่หลากหลายเช่นนี้สะท้อนความคาดหวังที่สูงต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในฐานะกำลังหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ^{1,2}

ในด้านการตอบแทน แม้ภาครัฐจะกำหนดสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการไว้เป็นการเฉพาะ⁶ และ

ปรับเพิ่มอัตราจากเดือนละ 1,000 บาท เป็น เดือนละ 2,000 บาท ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้งบประมาณรวมประมาณ 2.5 หมื่นล้านบาทต่อปี⁷ แต่ค่าตอบแทนดังกล่าวยังมีลักษณะเป็นเงินค่าป่วยการ มิใช่เงินเดือนประจำ และเมื่อเทียบกับภาระงานที่ขยายตัวนับว่ายังไม่สอดคล้องกัน ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพหลักควบคู่ไปด้วย ทั้งเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป จึงต้องจัดสรรเวลาระหว่างงานสาธารณสุขกับการหารายได้ของครอบครัว ข้อจำกัดด้านเวลาและเศรษฐกิจที่ซ้อนทับกับภาระงานเช่นนี้อาจนำไปสู่ความเครียดสะสมและความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน⁸

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 ขององค์การอนามัยโลก โดยจัดเป็นปรากฏการณ์ทางอาชีพที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานซึ่งไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ⁹ สอดคล้องกับแนวคิดของมาสลาซและแจ๊คสัน¹⁰ ที่อธิบายภาวะหมดไฟผ่าน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความไร้ส่วนบุคคล ภาวะหมดไฟเป็นปัญหาสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพทั่วโลก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของประเทศรายได้ต่ำและปานกลางพบความชุกในระดับที่ต้องให้ความสำคัญ¹¹ สำหรับประเทศไทย การศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบความชุกของภาวะหมดไฟร้อยละ 10.81¹² ภาวะหมดไฟยังสัมพันธ์กับความตั้งใจลาออกจากงานผ่านความพึงพอใจในงานในฐานะตัวแปรส่งผ่าน¹³ ขณะที่มาตรการสนับสนุนเพื่อดูแลภาวะหมดไฟในกลุ่มบุคลากรสุขภาพพื้นที่ชนบทและระดับปฐมภูมิยังมีอยู่อย่างจำกัด¹⁴

สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉพาะ การศึกษาที่ผ่านมามีรูปแบบที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน กล่าวคือ องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่องค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลกลับพบการลดลงในสัดส่วนราวครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ศึกษา รูปแบบดังกล่าวมีนัยที่น่าสนใจ เนื่องจากงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นงานจิตอาสาที่อาศัยแรงจูงใจภายในและการรับรู้คุณค่าของการช่วยเหลือชุมชนเป็นสำคัญ การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลงจึงอาจบั่นทอนแรงจูงใจและความผูกพันต่อบทบาท และนำไปสู่การลดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานหรือการเลิกปฏิบัติหน้าที่ในที่สุด จุดเปราะบางเฉพาะกลุ่มนี้นำไปสู่คำถามว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องและช่วยคงการรับรู้ความสำเร็จและป้องกันภาวะหมดไฟ^{15,16}

การอธิบายภาวะหมดไฟในการทำงานเชิงทฤษฎีอาศัยแนวคิดความต้องการและทรัพยากรในงาน ของแบคเกอร์และดีเมอรูติ¹⁷ ที่เสนอว่าภาวะหมดไฟเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของงานที่สูงกับทรัพยากรในงานที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากรของฮอบโฟลล์¹⁸ ภายใต้กรอบดังกล่าว ปัจจัยที่ทำให้หน้าที่เป็นทรัพยากรเชิงบวกจึงอาจมีบทบาทป้องกันหรือลดภาวะหมดไฟ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์¹⁹ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร เป็นทรัพยากรภายนอกที่สำคัญเป็นพิเศษต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งฝังตัวอยู่ในชุมชนและต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหน่วยงานสาธารณสุข โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน และผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่ได้รับการศึกษาเมื่อประสบปัญหาที่มีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่า^{8,15} ส่วนพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient) ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต²⁰ เป็น

ทรัพยากรส่วนบุคคลที่ช่วยให้ปรับตัวและฟื้นคืนสภาพเมื่อเผชิญความเครียดเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่า และการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยลดภาวะหมดไฟในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้^{12,21} ขณะที่คุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของวอลตัน²² ซึ่งครอบคลุมทั้งค่าตอบแทน สภาพแวดล้อมการทำงาน ความก้าวหน้า และคุณค่าทางสังคมของงาน มีความสำคัญสำหรับงานที่ไม่มีเงินเดือนประจำ โดยพบว่าสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁶ นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาระงานยังมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ^{15,23}

แม้การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในประเทศไทยจะมีอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล^{12,24} ขณะที่การศึกษาที่มุ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรงยังมีจำกัดและกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่ ทำให้ยังขาดข้อมูลในบริบทพื้นที่อื่นโดยเฉพาะภาคใต้ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่รายงานระดับหรือความชุก หรือพิจารณาปัจจัยเพียงบางด้าน ยังมีไม่มากที่พิจารณาทรัพยากรเชิงบวกหลายด้านพร้อมกันทั้งการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงานภายใต้กรอบแนวคิดเดียวกัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟแยกตามองค์ประกอบ จึงยังขาดฐานข้อมูลเพียงพอต่อการออกแบบมาตรการเฉพาะกลุ่ม^{15,16}

อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เป็นอำเภอในพื้นที่ภาคใต้ที่มีลักษณะกึ่งชนบท มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานครอบคลุมพื้นที่รวม 711 คน²⁵ อาสาสมัครในพื้นที่ต้องรับภาระงานด้านสุขภาพที่ขยายตัวเช่นเดียวกับอาสาสมัครทั่วประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งตะโกหรือจังหวัดชุมพรมาก่อน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงานกับภาวะหมดไฟแยกตามองค์ประกอบ ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการออกแบบแนวทางและมาตรการสนับสนุนได้อย่างตรงจุด อันจะช่วยป้องกันภาวะหมดไฟ ตลอดจนรักษาการคงอยู่และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร จำนวน 711 คน กระจายตามหน่วยบริการสุขภาพ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งตะโก และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7²⁶ สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($f^2 = .15$) ตามเกณฑ์ของโคเฮน²⁷ ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .95 และจำนวนตัวแปรทำนายเชิงแนวคิด 14 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 194 คน แล้วปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์²⁸ รวมเป็น 214 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 7 แห่ง จัดสรรจำนวนตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหน่วย แล้วเลือกตัวอย่างภายในแต่ละชั้นภูมิด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในส่วนที่ใช้วิเคราะห์ หรือย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ส่วน รวม 100 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ การรับรู้ภาระงาน และการมีความคิดที่จะลาออกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ พัฒนาตามแนวคิดของเฮาส์¹⁹ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน และด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5

ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ท²⁹ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของเบสท์³⁰ โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33

ส่วนที่ 3 แบบวัดพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยดัดแปลงจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต²⁰ ให้เหมาะสมกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อคำถามความหมายทางลบ 6 ข้อ ผู้วิจัยกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับโดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.00³⁰

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน จำนวน 32 ข้อ พัฒนาตามแนวคิดของวอลตัน²² ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านโอกาสในการใช้และพัฒนาศักยภาพ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านสิทธิและการมีส่วนร่วมในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว และด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของงานกับสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับโดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33³⁰

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน พัฒนาตามแบบวัดภาวะหมดไฟ Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey^{10,31} จำนวน 22 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ การลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ และความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่าตามความถี่ 7 ระดับ (0-6 คะแนน) การวิเคราะห์พิจารณาแยกรายองค์ประกอบโดยไม่รวมเป็นคะแนนเดียวตามหลักการของมาสลาซและแจ๊คสัน แปลผลค่าเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบเป็น 3 ระดับ โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 2.00 ทั้งนี้ องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล คะแนนสูงสะท้อนภาวะหมดไฟสูง

ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลตีความในทิศทางตรงกันข้าม คือคะแนนสูงสะท้อนภาวะหมดไฟต่ำ^{10,31}

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสีวิ จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .931 แบบวัดพลังสุขภาพจิตเท่ากับ .854 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานเท่ากับ .957 และแบบวัดภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ .876, .777 และ .916 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) วิเคราะห์แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล ตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ประกอบด้วยตัวแปรต่อเนื่อง 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ การสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน และตัวแปรหุ่นจากตัวแปรเชิงกลุ่ม 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และการรับรู้ภาระงาน รวมตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ 19 ตัว ซึ่งเป็นจำนวนภายหลังการแปลงตัวแปรเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรหุ่น ทั้งนี้ไม่นำตัวแปรความคิดที่จะลาออกเข้าเป็นตัวแปรพยากรณ์

เนื่องจากในเชิงทฤษฎีความคิดที่จะลาออกเป็นผลลัพธ์ที่ตามมาจากภาวะหมดไฟ มิใช่ปัจจัยเชิงสาเหตุ จึงคงไว้เฉพาะการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณครบทุกข้อ ได้แก่ การแจกแจงปกติของข้อมูล (skewness อยู่ระหว่าง -.23 ถึง 1.50 และ kurtosis อยู่ระหว่าง -.34 ถึง 2.52) ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจากกราฟการกระจาย การไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (VIF อยู่ระหว่าง 1.00 ถึง 1.55 และ Tolerance อยู่ระหว่าง .65 ถึง 1.00) การแจกแจงปกติของความคลาดเคลื่อนจากกราฟ Normal P-P Plot ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.956 ถึง 2.112) ผลการตรวจสอบพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-107/2568 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอยะเกด จังหวัดชุมพร ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.12 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 41.59 อายุเฉลี่ย 53.97 ปี

($SD = 10.058$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.89 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 33.18 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 32.24 ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 58.88 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 59.81 รายได้เฉลี่ย 12,771.96 บาท ($SD = 8,998.240$) มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.38 เฉลี่ย 15.47 ปี ($SD = 9.930$) รับผิดชอบไม่เกิน 10 ครัวเรือนมากที่สุดร้อยละ 50.93 เฉลี่ย 12.19 ครัวเรือน ($SD = 5.393$) และรับผิดชอบประชากรระหว่าง 26-50 คน มากที่สุดร้อยละ 62.15 เฉลี่ย 33.71 คน ($SD = 15.022$) ด้านการรับรู้ภาระงาน ส่วนใหญ่รับรู้ภาระงานอยู่ในระดับพอดีร้อยละ 91.59 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยมีความคิดที่จะลาออกร้อยละ 86.45

ตอนที่ 2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน

การสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94$, $SD = 0.666$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน ($M = 4.04$, $SD = 0.753$) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน ($M = 3.93$, $SD = 0.687$) และด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ($M = 3.85$, $SD = 0.871$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบรายละเอียดที่สำคัญคือ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในภาพรวมคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาในการทำงาน ($M = 4.33$, $SD = 0.802$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดมีสองข้อที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ ครอบครัวช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($M = 3.68$, $SD = 1.184$ และ 0.950 ตามลำดับ)

พลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.14, SD = 0.433$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันมั่นใจว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีทางออก ($M = 3.50, SD = 0.723$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันยึดวิธีการเดิม ๆ ในการแก้ปัญหาเพราะรู้สึกปลอดภัยกว่า ($M = 2.57, SD = 0.961$)

คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.70, SD = 0.566$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก 5 ด้าน และระดับปานกลาง 3 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม ($M = 4.16, SD = 0.695$) รองลงมาคือ ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของงานกับสังคม ($M = 4.05, SD = 0.718$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและเป็นด้านเดียวที่ต่ำกว่าด้านอื่นอย่างเด่นชัดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($M = 2.79, SD = 0.773$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของด้านนี้และของทั้งฉบับคือ การได้รับค่าป่วยการที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน ($M = 2.58, SD = 0.867$)

ตอนที่ 3 ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พิจารณายกรายองค์ประกอบ 3 ด้านโดยไม่รวมเป็นคะแนนเดียวพบว่าองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.14, SD = 0.906$) องค์ประกอบ การลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.21, SD = 1.002$) ส่วนองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57, SD =$

1.303) เมื่อตีความตามทิศทางของมาตรวัด ผลสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ ขณะที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลยังไม่ถึงระดับสูง

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละองค์ประกอบพบรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การทำงานกับคนตลอดทั้งวันเป็นความเครียดที่แท้จริง ($M = 1.33, SD = 1.446$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันรู้สึกเหมือนฉันกำลังจะหมดหนทาง ($M = 0.89, SD = 1.165$) องค์ประกอบ การลดความเป็นบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันรู้สึกว่าเขาบ้านบางคนตำหนิฉันสำหรับปัญหาบางอย่างของพวกเขา ($M = 1.59, SD = 1.349$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันไม่ค่อยสนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชาวบ้านที่ฉันดูแลบางคน ($M = 0.94, SD = 1.306$) และองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันได้ทำสิ่งที่มีคุณค่ามากมายในงานนี้ ($M = 4.03, SD = 1.516$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันรู้สึกว่ามีอิทธิพลในทางบวกต่อชีวิตของผู้อื่นผ่านการทำงานของฉัน ($M = 2.79, SD = 1.791$)

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ ปรากฏดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ($n = 214$)

ตัวแปรพยากรณ์	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	4.127	0.442	-	9.336	< .001**	(3.255, 4.998)
พลังสุขภาพจิต	-0.613	0.162	-.293	-3.778	< .001**	(-0.932, -0.293)
คุณภาพชีวิตการทำงาน	-0.288	0.124	-.180	-2.323	.021*	(-0.532, -0.044)

$R = .425, R^2 = .181, \text{Adjusted } R^2 = .173, F(2, 211) = 23.279, p < .001, \text{Durbin-Watson} = 2.049, f^2 = .221$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อการลดความเป็นบุคคล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ($n = 214$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	4.094	0.490	-	8.347	< .001**	(3.127, 5.060)
พลังสุขภาพจิต	-0.619	0.170	-.268	-3.633	< .001**	(-0.955, -0.283)
การสนับสนุนทางสังคม	-0.249	0.111	-.165	-2.245	.026*	(-0.467, -0.030)
สถานภาพโสด ^a	0.458	0.208	.139	2.204	.029*	(0.048, 0.868)

$R = .406$, $R^2 = .165$, Adjusted $R^2 = .153$, $F(3, 210) = 13.825$, $p < .001$, Durbin-Watson = 2.112, $f^2 = .198$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จส่วนบุคคล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ($n = 214$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	-2.170	0.578	-	-3.753	< .001**	(-3.310, -1.031)
พลังสุขภาพจิต	1.164	0.212	.387	5.486	< .001**	(0.746, 1.582)
คุณภาพชีวิตการทำงาน	0.563	0.162	.245	3.470	< .001**	(0.243, 0.882)

$R = .567$, $R^2 = .322$, Adjusted $R^2 = .316$, $F(2, 211) = 50.097$, $p < .001$, Durbin-Watson = 1.956, $f^2 = .475$

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .001$; ^a กลุ่มอ้างอิง: สถานภาพสมรส

จากตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 พบว่า พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการเป็นลำดับแรกและมีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ โดยองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์มีตัวแปรพยากรณ์ 2 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ($\beta = -.293$) และคุณภาพชีวิตการทำงาน ($\beta = -.180$) ซึ่งมีอิทธิพลทางลบทั้งคู่ ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 17.30 องค์ประกอบการลดความเป็นบุคคลมีตัวแปรพยากรณ์ 3 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ($\beta = -.268$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.165$) ซึ่งมีอิทธิพลทางลบ และสถานภาพโสด ($\beta = .139$) ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 15.30 ส่วนองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลมีตัวแปรพยากรณ์ 2 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ($\beta = .387$) และคุณภาพชีวิตการทำงาน ($\beta = .245$) ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกทั้งคู่ ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 31.60 นับเป็นสมการที่อธิบายความแปรปรวนได้สูงสุด กล่าวโดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีพลังสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตการทำงาน และการ

สนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ และรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

สมการพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานแยกตามองค์ประกอบ เขียนได้ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y(\text{ความอ่อนล้าทางอารมณ์}) = 4.127 - 0.613(X_1) - 0.288(X_2)$$

$$Y(\text{การลดความเป็นบุคคล}) = 4.094 - 0.619(X_1) - 0.249(X_3) + 0.458(X_4)$$

$$Y(\text{ความสำเร็จส่วนบุคคล}) = -2.170 + 1.164(X_1) + 0.563(X_2)$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน:

$$Z(\text{ความอ่อนล้าทางอารมณ์}) = -.293(Zx_1) - .180(Zx_2)$$

$$Z(\text{การลดความเป็นบุคคล}) = -.268(Zx_1) - .165(Zx_3) + .139(Zx_4)$$

$$Z(\text{ความสำเร็จส่วนบุคคล}) = .387(Zx_1) + .245(Zx_2)$$

โดย X_1 = พลังสุขภาพจิต X_2 = คุณภาพชีวิตการทำงาน X_3 = การสนับสนุนทางสังคม และ X_4 = สถานภาพโสด (กลุ่มอ้างอิง: สมรส)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.14$ และ 1.21 ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่เพียงระดับปานกลาง ($M = 3.57$) ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามแบบจำลองความต้องการและทรัพยากรในงาน¹⁷ ที่ภาวะหมดไฟมีแนวโน้มเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของงานสูงเกินกว่าทรัพยากรที่ผู้ปฏิบัติงานมีอยู่ แม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเผชิญภาระงานด้านสุขภาพที่ขยายตัว แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรเชิงบวกทั้งการสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิตในระดับสูง ประกอบกับลักษณะงานในชุมชนที่มีความยืดหยุ่นและการฝังตัวอยู่ในพื้นที่ของตนเอง จึงอาจช่วยถ่วงดุลความต้องการของงาน ส่งผลให้สององค์ประกอบแรกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสพงษ์ มาลา¹⁵ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4 และมนัสวี สิงห์โท และคณะ¹⁶ ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งพบรูปแบบเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลไม่ถึงระดับสูงนับเป็นจุดที่ควรให้ความสำคัญ เพราะตามทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร¹⁸ การรับรู้ความสำเร็จในงานเป็นทรัพยากรภายในที่หล่อเลี้ยงแรงจูงใจ โดยเฉพาะงานจิตอาสาที่อาศัยการรับรู้คุณค่าของการช่วยเหลือชุมชนเป็นแรงผลักดัน องค์ประกอบนี้ที่ลดลงจึงอาจบั่นทอนความผูกพันต่อบทบาทในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาทั้งสองข้างต้น^{15,16} ที่พบว่า การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลเป็น

องค์ประกอบที่ลดลงในสัดส่วนมากกว่าองค์ประกอบอื่น รวบรวมหนึ่งของกลุ่มที่ศึกษา

ด้านตัวแปรที่ศึกษา ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94$) โดยได้รับจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงานสูงสุด และจากครอบครัวต่ำสุด อธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁹ ที่ว่าเครือข่ายในงานเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญของผู้ปฏิบัติงาน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝังตัวอยู่ในชุมชนและทำงานใกล้ชิดกับเครือข่ายเพื่อนอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายในบทบาทอาสาสมัครจึงมีแนวโน้มเป็นแหล่งสนับสนุนหลักยิ่งกว่าครอบครัว สอดคล้องกับชุดิไกร ตันติชัยวนิช⁸ ที่ศึกษาในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครส่วนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($M = 3.14$) และคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.70$) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรทั้งภายในและจากสภาพการทำงานในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้าน พบว่าด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.79$) ซึ่งตามแนวคิดของวอลตัน²² ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพชีวิตการทำงาน เมื่อพิจารณาพร้อมกับลักษณะเชิงโครงสร้างของงานอาสาสมัครที่ได้รับเพียงค่าป่วยการ มิใช่เงินเดือนประจำ แม้จะปรับเพิ่มเป็นเดือนละ 2,000 บาท ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 แล้ว⁷ แต่ยังไม่สอดคล้องกับภาระงานที่ขยายตัว จุดนี้จึงเป็นความเปราะบางเชิงโครงสร้างที่อาจมีนัยสำคัญต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทั้งสามสมการให้ข้อค้นพบร่วมที่สำคัญ คือ พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการ

เป็นลำดับแรกและมีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ อภิปรายปัจจัยที่เข้าสมการพยากรณ์เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้

2.1 พลังสุขภาพจิต เป็นตัวแปรพยากรณ์ร่วมของทั้งสามองค์ประกอบ โดยมีอิทธิพลทางลบต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($\beta = -.293$) และการลดความเป็นบุคคล ($\beta = -.268$) และมีอิทธิพลทางบวกต่อความสำเร็จส่วนบุคคล ($\beta = .387$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สูงสุดในบรรดาตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต²⁰ ที่ว่าพลังสุขภาพจิตเป็นทรัพยากรภายในที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวและฟื้นคืนสภาพเมื่อเผชิญความเครียดเรื้อรัง สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร¹⁸ ที่ถือว่าทรัพยากรส่วนบุคคลเป็นเกราะป้องกันการสูญเสียพลังงานทางจิตใจ เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานภายใต้ความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจึงมีแนวโน้มจัดการความเครียดได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ และคงการรับรู้ความสำเร็จไว้ได้ ผลนี้สอดคล้องกับกิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล¹² ที่ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสดังกล่าวมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาถึงทดลองของณัฐพล พูลวิเชียร และวุฒิชัย จริยา²¹ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งสนับสนุนบทบาทของพลังสุขภาพจิตในฐานะปัจจัยป้องกันที่พัฒนาได้

2.2 การสนับสนุนทางสังคม เข้าสมการพยากรณ์เฉพาะองค์ประกอบการลดความเป็นบุคคล โดยมีอิทธิพลทางลบ ($\beta = -.165$) กล่าวคือผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีการลดความเป็นบุคคลต่ำลง อธิบายได้ตามแนวคิดของ

เฮาส์¹⁹ ที่ว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และการประเมินคุณค่าจากเครือข่ายในงานช่วยลดการตอบสนองเชิงลบต่อผู้รับบริการ การที่การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทเฉพาะต่อองค์ประกอบนี้ซึ่งเป็นมิติเชิงสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยตรง สะท้อนว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและชุมชน ทำหน้าที่เป็นกันชนต่อการมองผู้รับบริการอย่างไร้ความเป็นบุคคลโดยเฉพาะ สอดคล้องกับ Nimmawitt และคณะ³² ที่ศึกษาในจิตแพทย์ไทยและพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานสัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ ($B = -1.47, p = .033$) และสอดคล้องกับ Lee และคณะ³³ ที่ศึกษาในพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลดูแลระยะยาวประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการลดความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญแม้ควบคุมอิทธิพลของความเครียดแล้ว ($\beta = .20, p = .006$) อย่างไรก็ตาม ผลนี้แตกต่างจากทัศนีย์ สิริพนมณี³⁴ ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพไทยและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการลดความเป็นบุคคล ($r = -.104$) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่มีโครงสร้างการสนับสนุนเชิงระบบอยู่แล้ว ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งการสนับสนุนจากเครือข่ายมีบทบาทเด่นชัดกว่าในการประคับประคองสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการ

2.3 คุณภาพชีวิตการทำงานและสถานภาพโสด คุณภาพชีวิตการทำงานเข้าสมการพยากรณ์สององค์ประกอบ คือ มีอิทธิพลทางลบต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($\beta = -.180$) และอิทธิพลทางบวกต่อความสำเร็จส่วนบุคคล ($\beta = .245$) อธิบายได้ตามแนวคิดของวอลตัน²² ที่ว่าสภาพการทำงานที่ดีทั้งด้านค่าตอบแทน สภาพแวดล้อม และคุณค่าทางสังคมของงาน เป็นทรัพยากรที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าและเสริมการรับรู้คุณค่าในงาน เมื่อพิจารณาพร้อมกับผลที่พบว่าด้านค่าตอบแทนมี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน จึงเป็นช่องทางที่มีศักยภาพในการลดภาวะหมดไฟ สอดคล้องกับมนัสวี สิงห์โท และคณะ¹⁶ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ สอดคล้องกับ Boonthep และคณะ³⁵ ที่ศึกษาใน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ขอนแก่น ซึ่งพบว่าโอกาสในการพัฒนาทักษะและ ความสมดุระหว่างชีวิตกับงานในระดับต่ำสัมพันธ์ กับภาวะหมดไฟที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 7.73 และ 2.89 ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพโสดเข้า สมการพยากรณ์องค์ประกอบการลดความเป็น บุคคลด้วยอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส ($\beta = .139$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ต่ำสุดในสมการ และกลุ่มสถานภาพโสดมีส่วนเพียง ร้อยละ 10.28 ของกลุ่มที่ศึกษา การตีความจึงควรกระทำ อย่างระมัดระวัง ในเชิงทฤษฎีอาจอธิบายได้ว่าคู่ สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์นอกงานที่ ช่วยประคับประคองสัมพันธ์ภาพและลดการ ตอบสนองเชิงลบต่อผู้รับบริการ ผู้ที่ไม่มีคู่สมรสจึง อาจขาดทรัพยากรสนับสนุนในมิตินี้ ผลนี้มีทิศทาง สอดคล้องกับจุฑาทิพย์ อินทผลัญ และคณะ²⁴ ที่ พบว่าสถานภาพสมรสเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟใน การทำงาน แต่แตกต่างจากจริรา ดวงเพิ่มทรัพย์³⁶ ที่ศึกษาในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านและไม่พบ ความสัมพันธ์ดังกล่าว ความไม่สอดคล้องนี้สะท้อน ว่าอิทธิพลของสถานภาพสมรสต่อการลดความเป็น บุคคลยังเป็นข้อค้นพบเชิงสำรวจที่ควรศึกษา เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีสัดส่วนสถานภาพสมดุ ลกว่านี้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาอำนาจการพยากรณ์ โดยรวม ตัวแปรพยากรณ์ในแต่ละสมการร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนได้ระหว่างร้อยละ 15.30 ถึง 31.60 โดยสมการความสำเร็จส่วนบุคคลมี อำนาจการพยากรณ์สูงสุด ความแปรปรวนส่วนที่ เหลือสะท้อนว่ายังมีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากที่ ศึกษา ที่น่าสังเกตคือปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่และ การรับรู้ภาระงานไม่ได้เข้าสมการพยากรณ์ ซึ่งอาจ เป็นเพราะอิทธิพลที่เด่นชัดของพลังสุขภาพจิตได้

ครอบคลุมความแปรปรวนส่วนนั้นไปในเชิงสถิติ ผลในภาพรวมจึงชี้ว่าทรัพยากรเชิงบวก โดยเฉพาะ พลังสุขภาพจิต มีบทบาทอธิบายภาวะหมดไฟของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เด่นชัด กว่าปัจจัยเชิงประชากร

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง ผลที่ได้จึงสะท้อนความสัมพันธ์เชิง ทำนายระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่สามารถสรุป ความเป็นเหตุเป็นผลได้ อีกทั้งเก็บข้อมูลเฉพาะใน อำเภอทุ่งตะโก การอ้างอิงผลไปยังพื้นที่ในบริบท อื่น จึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ ข้อมูลได้จากการตอบผ่านแบบสอบถาม จึงอาจมี ข้อคิดจากการตอบตามความพึงประสงค์ทางสังคม โดยเฉพาะภาวะหมดไฟซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลที่พบว่าพลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปร พยากรณ์ที่มีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของ ภาวะหมดไฟ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรจัด กิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2) จากผลที่พบว่าภาระสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อนร่วมงาน สัมพันธ์กับการลดความ เป็นบุคคลที่ต่ำลง หน่วยบริการจึงควรจัดระบบพี่เลี้ยง และเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนระหว่างอาสาสมัคร

3) จากผลที่พบว่าด้านค่าตอบแทนเป็นมิติ คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาทบทวนค่าป่วยการและ สวัสดิการให้สอดคล้องกับภาระงานที่ขยายตัว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจเกี่ยวข้องกับ ภาวะหมดไฟ เช่น ลักษณะภาระงานเชิงปริมาณ และ ระบบสนับสนุนเชิงองค์กร

2) ควรขยายการศึกษาไปยังอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นที่มีบริบท ต่างกัน เพื่อยืนยันผลการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งตะโก สาธารณสุข อำเภอกุสุมาลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเก็บ ข้อมูลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอำเภอกุสุมาลย์ทุกท่านที่สละเวลา เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. "สมารถ อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน" ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก : https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251434510886.pdf
2. เพ็ญภา ศิริหรี, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เตือนใจ ภูสระแก้ว, พิทยา ศรีเมือง, รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ และคณะ. การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหม้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):388-408.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงาน ประเด็นติดตามผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลจาก อสม.: NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568 [ชุดข้อมูลออนไลน์]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก : <https://3doctor.hss.moph.go.th/hcds-report/follow-ncds>
4. ชาญณรงค์ ใหญ่เจริญ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(5):797-808.
5. อธิปกรณณ์ ศุภกิจโยธิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดการบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567;34(3):53-63.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140, ตอนพิเศษ 33 ง (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566). หน้า 13.
7. กรมประชาสัมพันธ์. อสม. ทั่วประเทศเตรียมรับเงินค่าป่วยการใหม่และเงินตกเบิกย้อนหลัง รวม 8,000 บาทต่อคน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก : <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/286497>
8. ชุตติไกร ตันติชัยวนิช. ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2567;38(1):34-44.
9. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2026 Jul 5]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981;2(2):99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
11. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitil L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization 2022;100(6):385-401A. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288300>
12. กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565;67(3):240-55.
13. Wen Z, Qin Y, Ni Y, Wang Y, Xu K, Zhu Y. Burnout and turnover intention in primary public health workers: the mediating role of job satisfaction. Frontiers in Public Health 2026;13:1708432. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1708432>
14. Malik M, Penalosa M, Busch IM, Burhanullah H, Weston C, Weeks K, et al. Rural healthcare workers' well-being: a systematic review of support interventions. Families, Systems, & Health 2024;42(3):355-74. <https://doi.org/10.1037/fsh0000921>

15. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(5):944-54.
16. มนัสวี สิงห์โท, กมลนัฏ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาหุล, กมล อาจดี และภัทรวดี รุจิพิชชาพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566;31(4):309-20.
17. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007;22(3):309-28. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
18. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 1989;44(3):513-24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
19. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
20. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: พลังสุขภาพจิต RQ (Resilience Quotient). นนทบุรี: ดีน่าดู; 2552.
21. ณัฐพล พูลวิเชียร และวุฒิชัย จริยา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(1):151-64.
22. Walton RE. Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review* 1973;15(1):11-21.
23. บุษกร คำโฮม และสมรภัฏ รัตนวัน. อิทธิพลของการรับรู้ภาระงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานกลุ่มเจนเอเรชั่นวายและซีของบริษัทบริหารสินทรัพย์แห่งหนึ่ง โดยมีคำตอบแทนเป็นตัวแปรกำกับ. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2566;12(2):22-34.
24. จุฑาทิพย์ อินทพลัญ, ศรียามน ตีรพัฒน์ และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2567;10(3):507-20.
25. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. ข้อมูลจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร [ข้อมูลไม่ตีพิมพ์]. ชุมพร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก; 2568.
26. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41(4):1149-60. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
28. Bartlett JE, Kotrlík JW, Higgins CC. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal* 2001;19(1):43-50.
29. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932;22(140):1-55.
30. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
32. Nimmawitt N, Wannarit K, Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: a national survey. *PLOS ONE* 2020;15(4):e0230204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230204>
33. Lee S, Kim S, Min HY, Park J. Burnout related factors of infection control nurses in long-term care hospitals. *Japan Journal of Nursing Science* 2025;22(4):e70019. <https://doi.org/10.1111/jjns.70019>
34. ทศนีย์ สิริพนมณี. ภาระงาน การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิบาทสี่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;30(2):58-71.
35. Boonthep S, Prasit N, Nonthamat A, Nidthumsakul N. Factors associated with burnout syndrome among healthcare workers at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. *Journal of Population and Social Studies* 2025;34:510-30. <https://doi.org/10.25133/JPSV342026.026>
36. รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66(2):189-202.