

การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

นางสาวกัลยาณี โนอินทร์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2561

**The Development of a Reducing Burnout Model of Professional Nurses
in a Community Hospital**

Miss Kanlayanee No-in



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ชื่อและนามสกุล	นางสาวกัลยาณี โนนินทร์
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข 2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุกมาศ อังสุโชติ

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุกมาศ อังสุโชติ)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. กฤษณา รุ่งโรจน์วิชัย)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ผู้วิจัย นางสาวกัญญาณี โนนินทร์ **รหัสนักศึกษา** 2595100195 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.อริณี ชิวเกษมสุข (2) รองศาสตราจารย์ ดร.สุกมาส อังศุโชติ **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง 2) พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) เปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ศึกษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ได้จากการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 คน การวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ขั้นที่ 3 นำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ไปใช้ 6 สัปดาห์ และขั้นที่ 4 ประเมินผลโดยเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และ 3) แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มี 2 คำตอบให้เลือก ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบวิลคอกชันแมชแพร์ไชน์แลงก์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาของความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคลของพยาบาลมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านการตระหนักรู้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายมี 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร 2) รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อ (1) บรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล และ (2) ลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายมี 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร รูปแบบที่พัฒนานี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การเจริญสติ การขยายเวลาพักรับประทานอาหาร และการประสานงานการวางแผนเกี่ยวกับอบรมประจำปี และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน (ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์) หลังการใช้รูปแบบฯ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

Thesis title: The Development of a Reducing Burnout Model of Professional Nurses in a Community Hospital
Researcher: Miss Kanlayanee No-in; **ID:** 2595100195; **Degree:** Master of Science (Nursing Administration);
Thesis advisors: (1) Dr. Aree Cheevakasemsook, Associate Professor; (2) Dr. Supamas Angsuchoti, Associate Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

The purposes of this research and development were:- 1) to study burnout of professional nurses in a community hospital, 2) to develop a burnout reducing model for professional nurses (BRMPN), and 3) to compare burnout of professional nurses between before and after using the developed model.

Ten professional nurses who worked for the In-patient unit in a community hospital were selected by defined criteria. This research procedure included 4 phases. The first phase was to study burnout of professional nurses. The second one was to develop the BRMPN. The later phase was to implement the developed model for 6 weeks. The last phase was to compare their burnout before and after implementing the model. The research tools comprised 1) the BRMPN, 2) a burnout measurement with rating scale, its reliability was 0.94; 3) a burnout cycle questionnaire with dichotomous questions, its reliability was 0.81. The data were analyzed by descriptive statistics, the Wilcoxon matched pairs signed-ranks test, and content analysis.

The results were as follows. 1) Three main burnout problems of nurses were physical fatigue, emotional exhaustion, and cognitive weariness. Two factors that caused burnout were their work and organization factors. 2) The BRMPN is a systematic method which is designed to reduce stress/burnout of their physical, emotional, and cognitive conditions due to nursing practice, and to relieve the related factors including personal, work and organization dimensions. This developed model consisted of 6 activities: education, muscle relaxation, meditation, mindfulness, lunch time extension, and the annual training plan co-ordination. 3) After using the model, both total burnout score and two burnout subscale scores of physical fatigue and emotional exhaustion were significantly lesser than before using the model at the level of .05.

Keywords: Reducing Burnout Model, Professional Nurse, Community Hospital

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข และรองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาส อังศุ โชติ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.สายสมร เกลยกิตติ ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลามาเป็นประธานกรรมการสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้เสียสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน โรงพยาบาลฝักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสุรินทร์ และโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้ เครื่องมือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล รุ่นที่ 11 และผู้เกี่ยวข้องทุกๆ ท่านที่ได้ ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณบิดาและมารดาที่ให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนกระทั่งงานวิทยานิพนธ์ ครั้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

กัลยาณี โนนินทร์

สิงหาคม 2562

สารบัญ

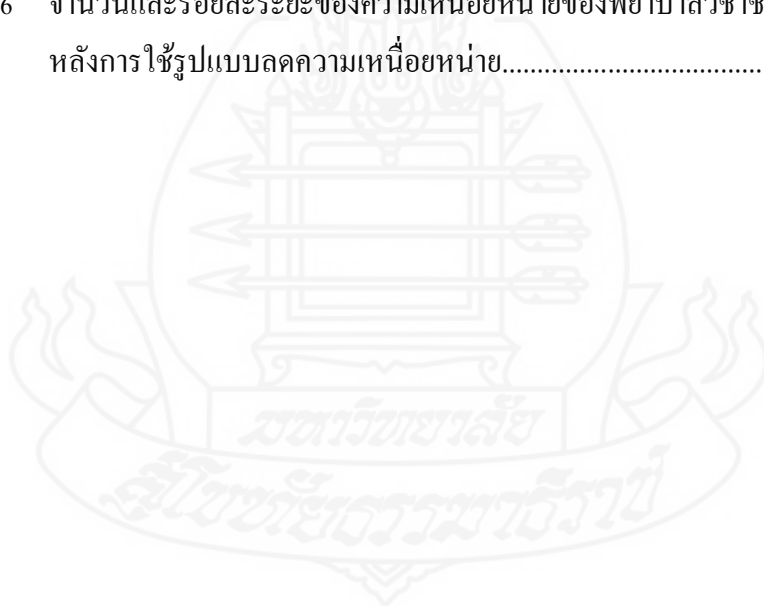
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
ความเหนื่อยหน่าย	9
แนวคิดเกี่ยวกับการลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	32
โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง สัมพันธภาพ และข้อมูลการปฏิบัติงาน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพ.....	79
ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	84
ส่วนที่ 3 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	86
ส่วนที่ 4 ผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	90
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	93
สรุปการวิจัย	93
อภิปรายผล	97
ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	116
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	117
ข ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์บุคคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย.....	119
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	124
ง แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ใหญ่ เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ใหญ่.....	126
จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คู่มือรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน.....	131
ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	150
ประวัติผู้วิจัย.....	162

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยหน่าย.....	30
ตารางที่ 2.2 สูตรวิธี ระยะเวลา และผลการลดความเหนื่อยหน่าย.....	38
ตารางที่ 3.1 กิจกรรมการลดความเหนื่อยหน่าย จำแนกตามผลการวิจัย.....	73
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ.....	79
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีของพยาบาลวิชาชีพ	83
ตารางที่ 4.3 ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่	84
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพเดิมกับ รูปแบบใหม่.....	86
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และ โดยรวมของ พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย.....	90
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย.....	92



ญ

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1	แนวทางในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	41
ภาพที่ 3.1	ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย.....	75
ภาพที่ 4.1	รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น	89



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา ดังจะเห็นได้จากมีการศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสเปน มีการคาดการณ์ความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ร้อยละ 21 ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลร้อยละ 30 และด้านความรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานร้อยละ 44 (Canadas-De la Fuente et al., 2015) และประเทศสิงคโปร์ พบความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลร้อยละ 33.3 (Tay, Earnest, Tan, & Ng, 2014) ส่วนการศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศอิหร่าน มีการคาดการณ์ความชุกของความเหนื่อยหน่ายโดยรวมของพยาบาลเท่ากับร้อยละ 36 (Rezaei, Karami Matin, Hajizadeh, Soroush, & Nouri, 2018) และประเทศไนจีเรีย พบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ร้อยละ 39.1 ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลร้อยละ 29.2 และลดด้านความรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานร้อยละ 40 (Lasebikan & Oyetunde, 2012) เป็นต้น จะเห็นได้ว่า พยาบาลในหลายประเทศมีความชุกของความเหนื่อยหน่ายอยู่ระหว่างร้อยละ 21–44 ในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบที่มีการรายงานความชุกหรืออุบัติการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่มีความเหนื่อยหน่ายย้อนหลัง 10 ปี

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ โดยยึดตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานทั้งด้านการบริการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาล เช่น เป็นผู้จัดการ ผู้นิเทศงาน และผู้ประสานงานต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้การบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนตอบสนองนโยบายของรัฐ รวมทั้งตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน โดยพบว่าในภาพรวมของสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 50 และพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานอื่นที่นอกเหนือจาก

งานบริการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (สำนักการพยาบาล, 2558) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่มีมากกว่า ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละวันมีภาระงานมาก และต้องทำหน้าที่หลายอย่างทั้งการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง และการให้บริการที่ไม่ใช่การบริการผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมากและคาดหวังสูงต่อบริการที่จะได้รับ รวมทั้งการเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินบางอย่างที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องตัดสินใจอย่างฉับพลัน หรือมีภาวะกดดันในการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร และการฟ้องร้องของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งนำไปสู่สาเหตุของการเกิดความเครียด ความพึงพอใจในงานลดลง และเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากที่สุด

ความเหนื่อยหน่ายเป็นการตอบสนองต่อปัญหาทางด้านอารมณ์ (chronic emotional) และความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (interpersonal stressors) อันเนื่องมาจากภาระงานมาก (Maslach & Goldberg, 1998) ความเหนื่อยหน่ายมีผลกระทบต่อพยาบาล ได้แก่ เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และการลาออกจากงาน (Miller, 2011) พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอัตราการลาออกจากงานสูง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาล เป็นตัวทำนายการลาออกจากงานของพยาบาล (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002) และผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เช่น อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (Miller, 2011) ผู้ป่วยตกเตียง เกิดการติดเชื้อ เกิดแผลกดทับ และเกิดความคาดเคลื่อนทางยา (Asociatia Everest et al.; Nantsupawat, Nantsupawat, Kunaviktikul, Turale, & Poghosyan, 2016) เป็นต้น โดยมีการรายงานผู้ป่วยตกเตียงร้อยละ 5 เกิดความคาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 11 และเกิดการติดเชื้อร้อยละ 14 ตามลำดับ (Nantsupawat et al., 2016) กล่าวได้ว่าความเหนื่อยหน่ายส่งผลกระทบต่อทั้งพยาบาลและผู้ป่วย

จากประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่กล่าวมา ทำให้มีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งในอาชีพพยาบาล (Lee, Yen, Fetzer, & Chien, 2015; van der Colff & Rothmann, 2014; บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) และอาชีพอื่นๆ เช่น อาชีพตำรวจ ครู และแพทย์ (Axisa, Nash, Kelly, & Willcock, 2019; Chennoufi, Ellouze, Cherif, Mersni, & M'Rad, 2012; ขวัญจิตร ยิ่งยวด, 2544; ธฤตา วงศ์สารรัตน์, 2555; ธิดาพร มีกิ่งทอง, 2542; สุพัตรา จันทร์ลีลา, 2545) เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในลักษณะต่างๆ เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในอาชีพพยาบาล ได้มีผู้ทำการศึกษาอยู่บ้าง รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสำรวจและ

แบบทดลอง ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการแทรกแซงให้กับกลุ่มตัวอย่างไว้ล่วงหน้า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่จิตวิทยา ด้วยการนำเทคนิคทางจิตวิทยาเพียง 1 - 2 เทคนิคมาแก้ปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล และมุ่งเน้นลดความเหนื่อยหน่ายเฉพาะปัจจัยที่เกิดจากบุคคลอย่างเดียว รวมทั้งสถานที่ใช้ในการทำวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ (Asuero et al., 2014; Gunusen & Ustun, 2010; Redhead, Bradshaw, Braynion, & Doyle, 2011; Wei, Ji, Li, & Zhang, 2017; กัลยา เดชนันท์รัตน์, 2537; ภิญา วงษ์นกแก้วทอง, 2545) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับตติยภูมิที่มีความสำคัญต่อชุมชน ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลวิชาชีพต้องให้บริการพยาบาลภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องรับผิดชอบงานตามที่กระทรวงกำหนด โดยหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพคือการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เป็นบุคลากรที่สำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องปรับตัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ต้องแสดงบทบาทด้านการพยาบาลทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่ไม่อิสระ ต้องให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจำนวนมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยในรายจำเป็นได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา จากการที่ผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกตสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า เวรเช้ามีจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 คน ในช่วงเวลา 11.00 น. ถึง 13.00 น. และจำนวนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านเฉลี่ย 6 คน ในช่วงเวลา 9.00 น. ถึง 10.00 น. รวมทั้งผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจำนวนหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ได้แก่ การลงข้อมูลผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการเขียนชาร์ต (chart) ผู้ป่วยรับใหม่และผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน จะเห็นว่าสภาพการปฏิบัติงานข้างต้น ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป พยาบาลวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่าย โดยพบความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งด้านการบริการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาล ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย จากการวิจัยที่เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษาไม่มากนัก โดยพบงานวิจัยดังกล่าวในประเทศไทยแต่ตั้งปี พ.ศ.

2537 ซึ่งมีระยะเวลาผ่านมาก่อนข้างนาน และจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง พบว่า ยังต้องเผชิญกับสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายอย่างต่อเนื่องหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนดังกล่าว ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

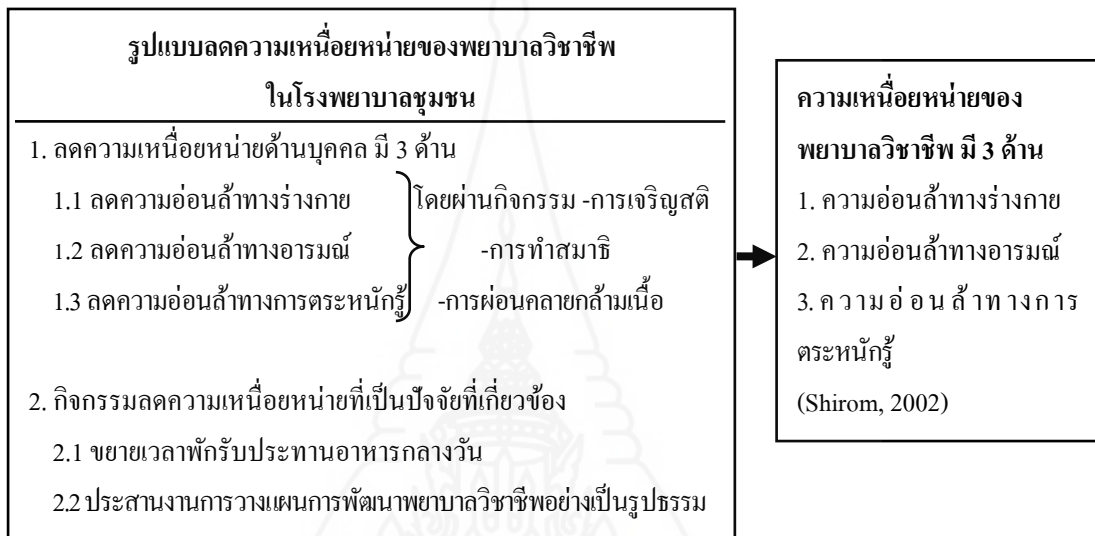
- 2.1 เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามัด (Shirom-Melamed) (Shirom, 2002) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งจำแนกความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) 2) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และ 3) ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness) ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามัด เหตุผลที่นำแนวคิดนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก แนวคิดดังกล่าวได้มองบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ ซึ่งความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้านนี้มีความสอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอีก 1 ชนิด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายของมิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) ที่กล่าวถึงวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon) 2) ขั้นตื่น (the awakening) 3) ขั้นภาวะไฟตก (the brownout) 4) ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout) และ 5) ขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon)

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนประยุกต์ใช้แนวคิดของ ชัยวิจิต เชียรชนะ (2560) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับ

ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การนำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ และ 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนแนวคิดการลดความเหนื่อยหน่าย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลายแนวคิด เช่น การเจริญสติ (Asuero et al., 2014) การทำสมาธิ (Hevezi, 2016) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง, 2545) เป็นต้น กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้แสดงดังภาพ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมุติฐานการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า หลังจากที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการแทรกแซง/การถ่ายทอดวิธีการที่นำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพมีระดับความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนได้รับการแทรกแซง/การถ่ายทอดวิธีการที่นำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่าย (Gunusen & Ustun, 2010; Redhead et al., 2011; Wei et al., 2017; กัลยา เดชนันท์รัตน์, 2537; ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง, 2545) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีสมมุติฐานว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนมีระดับความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง และเพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ 1) ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง และ 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง ได้จากการใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลาเมด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2562

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง กลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และ ด้านการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สามารถวัดได้ตามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลาเมด (Shirom, 2005) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย (tiredness) และการมีพลังงานในระดับต่ำเพื่อการปฏิบัติการกิจประจำวัน 2) ความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกอ่อนแออย่างมากที่จะแสดง ความเข้าใจถึงความรู้สึกและอารมณ์ (empathy) ของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน และขาดพลังงานที่ในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในที่ทำงาน และ 3) ความเหนื่อยล้าด้านการตระหนักรู้ หมายถึง ความรู้สึกที่มีการคิดซ้ำและการรับรู้ทางด้านอารมณ์ลดลง

6.2 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง แบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดหรือบรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สามารถวัดได้ตามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลาเมด (Shirom, 2005) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย และการมีพลังงานในระดับต่ำเพื่อการปฏิบัติการกิจประจำวัน 2) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) เป็นความรู้สึกอ่อนแออย่างมากที่จะแสดง ความเข้าใจถึงความรู้สึกและอารมณ์ (empathy) ของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน และขาดพลังงานในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในที่ทำงาน และ 3) ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness) เป็นความรู้สึกที่มีการคิดซ้ำและการรับรู้ทางด้านอารมณ์ลดลง ซึ่งเป็นความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนให้น้อยลง แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายตนเอง มี 3 ด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ได้แก่ การควบคุมตนเองไม่ดี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านงาน ได้แก่ มีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนของหน่วยงานด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยและการอบรมทักษะความรู้ใหม่ๆ แก่พยาบาลวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งความขัดแย้งในหน่วยงานและความขัดแย้งในบทบาทของตนเองหรือความขัดแย้งระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.3 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

6.4 โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการด้านสุขภาพขั้นทุติยภูมิในระดับอำเภอแห่งหนึ่ง มีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยไว้รักษาภายใน 30 เตียง ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทราบถึงระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน

7.2 ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่สำคัญเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความเหนื่อยหน่าย
 - 1.1 ความหมายของความเหนื่อยหน่าย
 - 1.2 สาเหตุของความเหนื่อยหน่าย
 - 1.3 วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย
 - 1.4 อาการแสดงของความเหนื่อยหน่าย
 - 1.5 ผลกระทบของความเหนื่อยหน่าย
 - 1.6 กลไกการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่าย
 - 1.7 แนวความคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่าย
 - 2.2 รูปแบบการป้องกันความเหนื่อยหน่าย
 - 2.3 กิจกรรมที่นำไปใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
3. โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
 - 3.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน
 - 3.2 ขอบเขตหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน
 - 3.4 กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

1. ความเหนื่อยหน่าย

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มีเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1.1 ความหมายของความเหนื่อยหน่าย

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายไว้คล้ายคลึงกัน ดังเช่น

เฟรดเดนเบอร์เกอร์ (Freudenberger, 1975) กล่าวว่า กลุ่มอาการความเหนื่อยหน่าย เป็นความล้าเมื่อยที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มากเกินไปเป็นเวลานาน

ชิโรม-มิลามัด (Shirom & Melamed, 2006) กล่าวว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นความรู้สึก ด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness)

ไลเบอร์แมน (Lieberman, 2007) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง กลุ่มอาการที่แพทย์ใช้อธิบายลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายในหลายมิติ (multidimensional) ต่อความเครียด ลักษณะสำคัญประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้

โทเคอร์ และ ไบรอน (Toker & Biron, 2012) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยหน่าย เป็นกระบวนการระยะยาวที่พัฒนาขึ้นอันเป็นผลมาจากการเกิดความเครียดเรื้อรัง เหนียวแน่น และ/หรือ มากเกินไปจากการทำงานเป็นเวลานาน รวมทั้งเป็นผลมาจากการลดลงของแหล่งพลังงานที่มาจาก ภายในตัวบุคคล โดยลักษณะที่พบคือ เกิดความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางการตระหนักรู้ ทางอารมณ์ และทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

สรุปได้ว่า ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากการทำงานในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน และการลดลงของแหล่งพลังงานที่มาจากภายในตัวบุคคล มีลักษณะสำคัญคือการเกิดความอ่อนล้าทางร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้

1.2 สาเหตุของความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุหลายประการ แบ่งเป็น

1.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล (individual factors) (Aydemir & Icelli, 2013; McCormack & Cotter, 2013) ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1) *เพศ* การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าเพศมีทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย การศึกษาที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาเรื่องปัจจัย

ด้านบุคคลและบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศสิงคโปร์ (Ang et al., 2016) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1,833 คน พบว่า พยาบาลชายเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลหญิง 1.58 เท่า ส่วนการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลจาก 9 แผนกผู้ป่วย จำนวน 440 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 99.8 เป็นเพศหญิง ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้น้อยกว่า

2) *อายุ* อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย พยาบาลที่มีอายุน้อยเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น ดังเช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในงานของพยาบาล ประเทศจีน (Wu et al., 2014) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด 3 แห่ง จำนวน 495 ราย พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยกว่ามีระดับความเหนื่อยหน่ายสูงกว่า และคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 546 ราย พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 36 – 45 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำนึกส่วนบุคคลต่ำกว่าพยาบาลที่มีอายุ 21 – 30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) *สถานภาพสมรส* สถานภาพสมรสของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย พยาบาลที่มีสถานภาพสมรส โสดเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนเรื่องนี้ เช่น การศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และการลดทอนความสำเร็จส่วนบุคคลในงานที่รับผิดชอบในแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่มีสถานภาพโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรส สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541) พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพโสด จะมีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกล้มเหลวประสบความสำเร็จสูงกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่โสดจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สมรส เนื่องจากพยาบาลที่เป็นโสดมักทุ่มเท และมีความมุ่งมั่นในการทำงานสูง ทำให้มีโอกาสเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ของตนเองและความเครียดในขณะทำงาน

ได้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สมรส (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) และพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสที่มีปรีภยระบยควมรู้สึกค้บข้องใจในการทำงาน และการมีสัมพันธ์ภพพทีดีในครอบครัวจะช่วลดควมเครียดจกการทำงานได้ (สิระยา สัมมววจ, 2532)

4) *ระดับการศึกษา* การศึกษาที่ผ่านมพบว่ระดับการศึกษาของพยาบาลมีทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย การศึกษาที่พบว่ระดับการศึกษาของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6 จำนวน 321 ราย พบว่ พยาบาลร้อยละ 58.60 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง (คมคาย พระเอก, 2544) บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดความเหนื่อยหน่าย (Norlund et al., 2010) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลชุมชนในประเทศจีน จำนวน 420 คน พบว่กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันด้านการศึกษา มีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา (associate degrees) เกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่าเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการปฏิบัติงานและระดับการศึกษา (Hu et al., 2015) ส่วนการศึกษาที่พบว่ระดับการศึกษาของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541) พบว่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ไม่มีความแตกต่างกัน

5) *ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน* ระยะเวลาในการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมานาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนเรื่องนี้ เช่น การศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ (สิระยา สัมมววจ, 2532) พบว่ พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-15 ปี และ 16-20 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดควมสัมพันธ์ส่วนบุคคล และการลดทอนควมสำเร็จส่วนบุคคลในงานที่รับผิดชอบต่ำกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541) พบว่ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปีมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 5-9 ปี 10-15 ปีและมากกว่า 16 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6 (คมคาย

พระเอก, 2544) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ ในขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย มักเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีอายุยังไม่มาก ความสามารถในการปรับตัวจะต่ำกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมานาน (วิระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, 2560) ส่วนพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ มีวุฒิภาวะสูงขึ้น สามารถจัดการความเครียด และปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานและระบบบริหารได้ (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) รวมทั้งมีความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่า (สุขุมาลัย ศาลาโรจน์, 2541)

6) *รายได้* การศึกษาที่ผ่านมามีรายได้ของพยาบาลมีทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย การศึกษาที่พบว่ารายได้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6 (คมคาย พระเอก, 2544) พบว่าพยาบาลที่มีรายได้สูงมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ ในขณะที่พยาบาลที่มีรายได้น้อยมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง ส่วนการศึกษาที่พบว่ารายได้ของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 3 (ทัชชา รักษาสุข, 2544) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

7) *ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล (personality traits)* การวิจัยที่เกี่ยวกับมิติด้านบุคลิกภาพ 5 ลักษณะ พบว่าความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับการมีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว (neuroticism) การมีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวนี้ หมายถึงรวมถึงการมีลักษณะของความวิตกกังวล การต่อต้าน การซึมเศร้า การระมัดระวังตนเองจนเกินไป (self-consciousness) และความอ่อนแอ (vulnerability) นอกจากนี้ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สัมพันธ์กับการมีบุคลิกภาพแบบเอ (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่มีและไม่มีความเหนื่อยหน่าย พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวและบุคลิกภาพแบบเปิดเผย (extraversion) ในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการทำนายการเกิดความเหนื่อยหน่าย (Gustafsson, Persson, Eriksson, Norberg, & Strandberg, 2009)

8) *สภาพการควบคุมตนเองของบุคคล (locus of control)* (McCormack & Cotter, 2013) เกี่ยวข้องกับความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับอนาคต ว่าใครหรือสิ่งใดที่จะมีอำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ในอนาคต บุคคลที่ถูกลกล่าวถึงว่ามีความสามารถควบคุมตนเองจากภายใน (internal locus of control) มีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานเมื่อมีความจำเป็น ทำให้บุคคลรู้สึกว่สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นผลมาจากการกระทำ พฤติกรรม หรือทัศนคติของตนเอง และช่วยให้เกิดพลังที่จะทำการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่บุคคลที่ถูกลกล่าวถึงว่ามีความสามารถ

ควบคุมตนเองจากภายนอก (external locus of control) มีความเชื่อว่าพลังหรืออำนาจนั้นมาจากภายนอกตนเอง เพื่อควบคุมอนาคตและสิ่งแวดล้อมของตนเอง พลังภายนอกนี้อาจได้รับจากบุคคลอื่นหรือคิดว่าเกิดจากความโชคดี การมี โอกาส หรือ โชคชะตา ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ความเหนื่อยหน่ายและสภาพการควบคุมตนเองของบุคคลในพยาบาล ประเทศเยอรมัน จำนวน 361 คน พบว่า พยาบาลมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายเมื่อพยาบาลมีสภาพการควบคุมตนเองของบุคคลไม่ดี (Schmitz, Neumann, & Oppermann, 2000)

1.2.2 ปัจจัยด้านงาน (job factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (external causes) และเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Aydemir & Icelli, 2013; McCormack & Cotter, 2013) ปัจจัยด้านงานที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1) **กลุ่มงาน** การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่นำเข้าสู่การศึกษา ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เป็นพยาบาลที่สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล เช่น การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระยอง จำนวน 273 คน (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6 (คมคาย พระเอก, 2544) พบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพยาบาลที่สังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนยังไม่มีข้อมูลการศึกษาความเหนื่อยหน่าย จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวได้ว่ากลุ่มงานการพยาบาลเป็นกลุ่มงานขนาดใหญ่ที่แบ่งเป็นหน่วยงานย่อยอีกหลายหน่วยงาน มีหัวหน้าหลายระดับ มีพยาบาลจำนวนมากเข้ามาสังกัด รวมทั้งพยาบาลมีการเผชิญกับผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่หลากหลาย จึงถูกนำเข้าสู่การศึกษามากกว่ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มงานที่มีพยาบาลสังกัดน้อยกว่าและเป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

2) **แผนกที่ปฏิบัติงาน** การศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (สิระยา สัมมาวาท, 2532) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม มีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม จักษุ โสต นาสิก ลาลิงซ์วิทยา และห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะประเภทของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมในหน่วยงานมี

ผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมมักเป็นผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีปริมาณงานมาก รวมทั้งมีการแบ่งสาขาย่อยในการรักษาของทีมสุขภาพ ทำให้พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรหลายระดับเป็นจำนวนมาก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน และความเหนื่อยหน่ายได้สูงกว่า (ลิระยา สัมมาวาช, 2532) รวมทั้งแผนกงานที่มีความเร่งรีบในการดูแลผู้ป่วย เช่น แผนกฉุกเฉิน การศึกษานุเคราะห์สุขภาพ ชาวโรมันเนียนในแผนกฉุกเฉินพบว่า ความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับการไหลเวียนของผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก และความหนาแน่นของผู้รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (Popa, Raed, Purcarea, Lala, & Bobimac, 2010)

3) ปริมาณงานในความรับผิดชอบที่มากเกินไป (*work overload*) บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีปริมาณงานที่มากเกินไปสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความเหนื่อยหน่าย (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011)

4) มิติด้านการควบคุม มักเป็นเรื่องของอำนาจในการตัดสินใจและทักษะการใช้ดุลยพินิจ (*skill discretion*) ของบุคคล (Aydemir & Icelli, 2013) การศึกษาในบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง พบว่า ความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์บวกกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011)

5) ความขัดแย้ง อาจรวมไปถึงค่านิยมที่ขัดแย้งกัน (*conflicting values*) สถานที่ทำงานที่มีบุคลากรขัดแย้งกันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ในขณะที่การไม่มีความขัดแย้งกันจะนำไปสู่ความผูกพันในองค์กร (Maslach & Leiter, 2008)

6) ความขัดแย้งในบทบาทและความคลุมเครือในบทบาท (*role conflict and role ambiguity*) (Beheshtifar & Omidvar, 2013) ความขัดแย้งในบทบาท หมายถึง การเกิดแรงกดดันสองอย่างหรือมากกว่าสองอย่างขึ้นไปในเวลาเดียวกัน ทำให้บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกดดันได้เพียงอย่างเดียวและไม่สามารถตอบสนองต่อแรงกดดันอื่นๆ ความขัดแย้งในบทบาทที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมส่วนบุคคลกับค่านิยมของผู้บังคับบัญชาหรือองค์กร ความขัดแย้งระหว่างความต้องการขององค์กรและความต้องการส่วนบุคคล และความขัดแย้งระหว่างความสามารถของผู้ปฏิบัติงานและความคาดหวังขององค์กร ความขัดแย้งในบทบาทมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานต่ำ ความคับข้องใจ (*frustration*) ความไว้วางใจและการยอมรับนับถือต่ำ ความเชื่อมั่นต่อองค์กรต่ำ ปัญหาเกี่ยวกับขวัญกำลังใจและความเครียดในระดับสูง ส่วนความคลุมเครือของบทบาท หมายถึง การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับงาน กล่าวคือ มีความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่มีให้กับบุคลากรและสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ เมื่อเปรียบเทียบกับความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาทมีความสัมพันธ์กับความไม่พอใจในงานมากที่สุด

7) *การทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลา (shift work)* มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล การศึกษาการทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 2,772 ราย พบว่า ในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ได้ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาเท่ากับ 1.4 เท่า และในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลามากกว่า 10 ปีมี โอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายเท่ากับ 1.7 เท่า (Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath, & Wiwatanadate, 2014) นอกจากนี้การศึกษาความสัมพันธ์ของการทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลา 12 ชั่วโมงกับความพึงพอใจของพยาบาล ความเหนื่อยหน่าย และความตั้งใจลาออกจากงานของ 12 ประเทศในทวีปยุโรป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 31,627 ราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลามากกว่า 12 ชั่วโมงเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาน้อยกว่า 12 ชั่วโมง เมื่อจำแนกความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลามากกว่า 12 ชั่วโมงเกิดความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านการลดทอนความสำเร็จส่วนบุคคลในงานที่รับผิดชอบมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาน้อยกว่า 12 ชั่วโมงเท่ากับ 1.26 เท่า 1.21 เท่าและ 1.39 เท่าตามลำดับ (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015)

8) *ความก้าวหน้าในงาน* การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (สุขุมาลัย ศาลาโรจน์, 2541) พบว่า ความก้าวหน้าในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีความรู้สึกว่าไม่มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จะมีความเหนื่อยหน่ายในด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ความอ่อนล้าทางอารมณ์และการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง เพราะรู้สึกว่าการที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นงานที่ขาดโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้น ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง มีโอกาสเข้าร่วมประชุม อบรม หรือ กิจกรรมทางวิชาการต่างๆ น้อย รวมทั้งมีโอกาสและได้รับการสนับสนุนให้ลาศึกษาต่อน้อย (สุขุมาลัย ศาลาโรจน์, 2541)

9) *จำนวนวันที่ได้พักต่อเดือน* มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล การศึกษาการทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 2,772 ราย พบว่า พยาบาลที่มีวันพักอย่างน้อย 8 วันต่อเดือนมี โอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าเท่ากับ 0.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีวันพักน้อยกว่า 8 วันต่อเดือน (Wisetborisut et al., 2014)

1.2.3. ปัจจัยด้านองค์กร (organizational factors) (McCormack & Cotter, 2013) ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1) *ขนาดของโรงพยาบาล* พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่หรือมีจำนวนเตียงมากกว่าจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือมีจำนวนเตียงน้อยกว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนเรื่องนี้ เช่น การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 3 (ทัชชา รั กษาสุข, 2544) พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีเจ้าหน้าที่และแผนกงานต่างๆ มากขึ้น มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ส่งผลให้มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เมื่อภาระของโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ดังนั้นความเหนื่อยหน่ายจึงมีความสัมพันธ์กับขนาดของโรงพยาบาลชุมชน (ทัชชา รั กษาสุข, 2544)

2) *รูปแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล* (McCormack & Cotter, 2013) หัวหน้าพยาบาลมีหลายระดับทั้งระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ซึ่งหัวหน้าพยาบาลในแต่ละระดับจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนเรื่องนี้ เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้บริหารมีระดับภาวะผู้นำปานกลาง ทั้งภาวะผู้นำมุ่งงานและผู้นำมุ่งสัมพันธ์ และทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในระดับปานกลาง (สุขมาลย์ ศาลาโรจน์, 2541) การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6 จำนวน 321 ราย พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมคาย พระเอก, 2544) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาถึงภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลในระดับต้น ได้แก่ การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 3 (ทัชชา รั กษาสุข, 2544) พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพในเขต 3 มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรับผิดชอบในงานและมีความเป็นผู้นำในตนเอง เมื่อปฏิบัติงานในเวรภัยหรือดึก จะเป็นหัวหน้าทีมพยาบาลรับผิดชอบคนไข้ทั้งหมด ในขณะที่การบริหารจัดการงานด้านการพยาบาลของเวรเช้าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่เป็นหัวหน้าเวรเช้าและไม่ขึ้นกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีภารกิจส่วนใหญ่ในเรื่องการบริหารองค์รวมและการประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง (ทัชชา รั กษาสุข, 2544)

3) *การสนับสนุนทางสังคมของหน่วยงานหรือหัวหน้าพยาบาล* (McCormack & Cotter, 2013) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล จากการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในงานในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice nurses) และพยาบาลผดุงครรภ์ (midwives) ประเทศโปแลนด์ (Kalicinska, Chylinska, & Wilczek-Rozyczka, 2012) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและสถานี่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 แห่ง แบ่งเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ 59 คน และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 58 คน พบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและพยาบาลผดุงครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากผู้บริหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบในทุกๆ ด้านของความเหนื่อยหน่าย (Kalicinska et al., 2012)

4) *สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ* (McCormack & Cotter, 2013) มีความสำคัญต่อการเกิดความเหนื่อยหน่าย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ เสียง อุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ความสกปรก สารเคมีที่เป็นพิษ แสงไฟที่สว่างไม่เพียงพอ และกลุ่มของฝูงชน (Pines & Aronson, 1988 อ้างใน McCormack & Cotter, 2013) การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องระดับความเหนื่อยหน่ายในงานในแผนกฉุกเฉิน พบว่าความเครียดสูงของความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์กับการมีผู้ป่วยจำนวนมากและกลุ่มของผู้รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (Popa, Arafat, et al., 2010) นอกจากนี้การเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ได้แก่ บุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Leiter, 2005 อ้างใน McCormack & Cotter, 2013)

5) *สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน* (reciprocity) (McCormack & Cotter, 2013) เกี่ยวข้องกับการมีสัมพันธภาพของบุคคลกับผู้อื่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรทางการแพทย์ชาวเดนมาร์ก ได้แก่ หัวหน้าแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย จำนวน 158 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับหัวหน้าในระดับต่ำ มีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับหัวหน้าในระดับสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับพยาบาลในระดับสูง มีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าและด้านความรู้สึกลับประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพกับพยาบาลในระดับต่ำ (Prins et al., 2008)

6) *การเปรียบเทียบทางสังคม* (social comparison) (McCormack & Cotter, 2013) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย การเปรียบเทียบทางสังคมเป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของตนเองกับการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงาน ผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกเครียดเมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานบางคนได้รับค่าตอบแทนมากกว่าหรือได้รับการปฏิบัติที่ดีกว่าตัวเอง การศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่งเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยหน่ายในพยาบาล จำนวน 93 คน พบว่า การเปรียบเทียบการปฏิบัติงานที่ดีกว่าของเพื่อนร่วมงานกับการปฏิบัติงานของตนเองของกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกหรือ

เกิดผลกระทบด้านลบค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับการปฏิบัติงานที่ด้อยกว่าของเพื่อนร่วมงานกับการปฏิบัติงานของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่ 1 (Time 1) ซึ่งได้รับผลกระทบด้านลบมากกว่าจากเปรียบเทียบการปฏิบัติงานที่ดีกว่าของเพื่อนร่วมงานกับการปฏิบัติงานของตนเองและได้รับผลกระทบด้านลบน้อยกว่าจากเปรียบเทียบการปฏิบัติงานที่ด้อยกว่าของเพื่อนร่วมงานกับการปฏิบัติงานของตนเอง ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลงในช่วงเวลาที่ 2 (Time 2) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่ 1 ซึ่งได้รับผลกระทบด้านลบจากเปรียบเทียบการปฏิบัติงานที่ดีกว่าของเพื่อนร่วมงานกับการปฏิบัติงานของตนเอง ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาที่ 2 (Buunk, Zurriaga, & Peiro, 2010)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ สามารถจำแนกเป็นปัจจัยใหญ่ๆ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะของบุคคล และลักษณะบุคลิกภาพ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะด้านการทำงาน และลักษณะด้านองค์กร เป็นต้น

1.3 วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย (Cycles of Burnout)

ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนในวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน นักวิชาการหลายท่านที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายและได้แบ่งวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายไว้แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเข้าใจขั้นตอนของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดที่สำคัญ 4 แนวคิด ดังนี้

1.3.1 มิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) ได้เสนอวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย 5 ขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นจุดของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากอุดมคติไปสู่ความเหนื่อยหน่ายอย่างเต็มรูปแบบ สิ่งที่น่าสนใจคือขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนี้มีการกล่าวถึงความหยุ่นตัว (resilience) วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดนี้มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) **ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon)** ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในอุดมคติ บุคคลจะมีแรงจูงใจสูงและกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสมถูกต้องและมีความรู้สึกปีติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร

2) **ขั้นตื่น (the awakening)** ช่วงเวลาที่มีความสุขจางลง บุคคลจะตระหนักถึงความคาดหวังว่าเป็นสิ่งที่ไม่จริง ไม่มีสิ่งใดที่จะสร้างความพึงพอใจต่อความต้องการของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นรางวัลหรือการยอมรับ (recognition) บุคคลจะรู้สึกชีวิตเกิดความผิดพลาด ซึ่งไม่สามารถจัดการได้ เมื่อการทำงานหนักไม่ได้เปลี่ยนแปลงสิ่งใด บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยและผิดหวัง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง

3) **ขั้นภาวะไฟตก (the brownout)** ความเมื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) และการถูกรบกวนเป็นลักษณะเด่นของขั้นนี้ วิถีชีวิตของบุคคลถูกเปลี่ยนแปลงเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่พอใจ

กิจกรรมที่ถูกกระตุ้นที่พบมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับทางเพศ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือการจับจ่ายซื้อของที่ไม่ต้องการ (shopping binges) ประสิทธิภาพการทำงานและผลผลิตจากการทำงานลดลงอย่างเห็นได้ชัด บุคคลจะโทษความไม่พอใจว่ามาจากสิ่งอื่น ในแง่ของการมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) ความรู้สึกแยกตนเอง และการวิพากษ์วิจารณ์อย่างเปิดเผย รวมทั้งบุคคลมีการใช้สารเสพติดได้

4) *ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout)* ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นถ้าขั้นภาวะไฟตกยังไม่ได้แก้ไข อาการเด่นที่ปรากฏในระยะสุดท้ายของขั้นนี้คือ ความสิ้นหวัง ซึ่งอาการสามารถคงอยู่ได้หลายเดือน แต่บางรายอาการสามารถคงอยู่ได้หลายปี บุคคลจะมีประสบการณ์ของความล้มเหลวและการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และความมั่นใจในตนเอง

5) *ขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon)* หลังจากพักผ่อนและผ่อนคลายอย่างเต็มที่ บุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายจะเริ่มค้นกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงมากขึ้นในเรื่องความคาดหวังในงาน แรงบันดาลใจและเป้าหมาย ปรากฏการณ์นี้มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบการเผชิญปัญหาเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นและป้องกันความเหนื่อยหน่ายที่เรียกว่า อ่างเก็บน้ำเพื่อการเผชิญปัญหา (coping reservoir) (Dunn, Iglewicz, & Moutier, 2008) อ่างเก็บน้ำนั้นมีแนวคิดที่ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางอารมณ์ (temperament) และรูปแบบการเผชิญปัญหา ความยืดหยุ่นสามารถเกิดขึ้นได้จากการรวมกันของอ่างเก็บน้ำและปัจจัยบวกที่นำเข้ามา รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตสังคม กิจกรรมทางสังคม/สุขภาพ การให้คำปรึกษา (mentorship) และการกระตุ้นทางปัญญา ในทางกลับกันความเหนื่อยหน่ายอาจเกิดขึ้นได้หากไม่สามารถเปลี่ยนปัจจัยลบที่นำเข้ามา ได้แก่ ความเครียด ความขัดแย้งภายในและความต้องการด้านเวลาและพลังงาน (Dunn et al., 2008)

1.3.2 กริดอิน และ คณะ (Girdin et al., 1996 อ้างใน Nuallaong, 2013) ได้เสนอวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย 3 ขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเหนื่อยหน่ายตามรายการตรวจสอบอาการตามเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อพบอาการอย่างน้อย 2 อาการในขั้นตอนใดก็ตาม วงจรนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งมีประโยชน์สำหรับนักวิจัยที่สามารถวินิจฉัยและติดตามคะแนนความเหนื่อยหน่ายได้ วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดนี้มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) *การกระตุ้นความเครียด (stress arousal)* เป็นขั้นตอนของการตอบสนองทางสรีรวิทยาและทางจิตวิทยา อาการที่พบ ได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวล ความดันโลหิตสูง นอนก่ดพื้น นอนไม่หลับ และหลงลืม รวมทั้ง ใจสั้น หัวใจเต้นผิดปกติ การหมกมุ่นกับปัญหา ปวดศีรษะ ปัญหาเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน

2) *การรักษาพลังงาน (energy conservation)* ถ้าการปรับตัวเกี่ยวกับความเครียดล้มเหลว ทำให้เกิดผลลัพธ์ต่างๆ ตามมา ได้แก่ มีความล่าช้าที่มากเกินไป การเลื่อนเวลาออกไป ช่วง

วันหยุดหรือไม่ไปทำงานที่มากขึ้น ปัญหาทางเพศ ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (tiredness) ที่เกิดขึ้นในตอนเช้า การถอนตัวออกจากเพื่อนและครอบครัว การมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) เพิ่มขึ้น เกิดความขุ่นเคืองใจ การใช้สารเสพติด (นิโคติน คาเฟอีน แอลกอฮอล์ สารเสพติด) เพิ่มขึ้น การไม่ยินดียินร้าย (apathy) มากเกินไป และการขาดหรือสูญเสียด้านจิตวิญญาณ

3) *ความอ่อนล้า (exhaustion)* บุคคลที่มีอาการถึงขั้นนี้แล้ว จะตระหนักถึงการดำเนินชีวิตที่มีความผิดปกติไป อาจมีความเศร้าหรืออาการซึมเศร้า มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง มีความเหนื่อยล้าด้านจิตใจและด้านร่างกายเรื้อรัง ปวดศีรษะเรื้อรังหรือไมเกรน ความปรารถนาที่จะหนีออกไปจากสังคม ครอบครัวและเพื่อน และมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.3.3 กอร์กิน (Gorkin, 2004 อ้างใน Nuallaong, 2013) ได้เสนอวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการตรวจสอบตนเองของบุคคลที่มีอาการของความเหนื่อยหน่ายในมุมมองที่มีต่อตนเองในสถานการณ์ที่คุ้นเคย วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดนี้มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) *ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (physical, mental, and emotional exhaustion)* รู้สึกอ่อนล้าอย่างมากหลังจากทำงานหนักในแต่ละวัน

2) *การทำให้ขายหน้าและเกิดความสงสัย (shame and doubt)* ประสบการณ์ของความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงการยอมรับทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

3) *การมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการและมีความหยาบกระด้าง (cynicism and callousness)* ความคลุมเครือที่เกิดอย่างเรื้อรัง ซึ่งความประจบประแจงนี้จะเป็นสิ่งรบกวนการตอบสนองของบุคคลต่อผู้อื่น

4) *ความล้มเหลว ความสิ้นหวัง และการเกิดภาวะวิกฤต (failure, helplessness, and crisis)* การเผชิญปัญหาจะช่วยลดความหงุดหงิด แต่บุคคลอาจมีอาการซึมเศร้าซึ่งต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านการแพทย์

1.3.4 เฟรดเอนเบอร์เกอร์ และ นอร์ท (Freudenberger & North, 2006 อ้างใน Nuallaong, 2013) ได้เสนอวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย 12 ขั้นตอน เพื่อแสดงรายละเอียดพลวัตทางจิตของกระบวนการเกิดเหนื่อยหน่าย ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ วงจรนี้ไม่ได้เป็นวงจรที่เกิดขึ้นจริงๆ แต่เป็นวงจรที่แสดงความคาดหวังว่าเมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้น จะสามารถใช้อธิบายตั้งแต่กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจนกระทั่งมีความเหนื่อยหน่ายปรากฏให้เห็น วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดนี้มี 12 ขั้นตอน ได้แก่

1) *การบังคับเพื่อพิสูจน์ตัวเอง (compulsion to prove oneself)* บุคคลจะมีภาพลักษณ์ในอุดมคติของตนเองและทำงานหนัก เพื่อให้เพื่อนร่วมงานตระหนักถึงภาพลักษณ์ดังกล่าว

- 2) *การทำงานหนัก (working harder)* เพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลจะไม่สามารถถูกแทนที่ได้
- 3) *การเพิกเฉยต่อความต้องการ (neglecting their needs)* มีการทุ่มเทให้กับการทำงานที่มากเกินไป แสดงออกถึงลักษณะคนที่ทำงานมากผิดปกติ (workaholic) เช่น อดนอน รับประทานอาหารลดลง ใช้เวลากับครอบครัวและเพื่อนน้อยลง
- 4) *การกำจัดความขัดแย้ง (displacement of conflicts)* บุคคลตระหนักถึงการใช้ชีวิตผิดปกติไปจากเดิม แต่ยังไม่สามารถสังเกตเห็น จะมีอาการทางด้านร่างกายของความเครียดปรากฏให้เห็น เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งปวดหลัง ปัญหาทางเพศ นอนไม่หลับ (sleep disturbance) การสูญเสียความอยากอาหาร และหายใจถี่
- 5) *การปรับเปลี่ยนค่านิยม (revision of values)* เพื่อให้มีการทำงานอย่างหนัก และยกเลิกความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกายและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลรู้สึกถึงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากตนเองโดยการลดอารมณ์ความรู้สึก (blunting emotion)
- 6) *การปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่* การไม่ใส่ใจในการติดต่อทางสังคมกับผู้อื่น แม้ในเรื่องเล็กน้อย การมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) (ขาดความเห็นอกเห็นใจ) แสดงความก้าวร้าวและกล่าวโทษผู้อื่นเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน
- 7) *การถอยหนี (withdrawal)* โดยการแยกตัวเองและลดการติดต่อทางสังคมกับบุคคลอื่น เข้มงวดต่อระเบียบการปฏิบัติงาน อาจใช้สารเสพติดช่วยในการลดความเครียด
- 8) *การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน (obvious behavioral changes)* ผู้อื่นจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากบุคคลที่มีความสดใสร่าเริงและความยึดมั่นผูกพันไปสู่บุคคลที่มีความกลัว ขี้อาย และเฉื่อยชา อันเป็นผลมาจากการทำงานมากเกินไป
- 9) *การลดความเป็นบุคคล (depersonalization)* รู้สึกเหมือนเป็นเครื่องจักรกล สูญเสียการติดต่อกับตัวเอง และไม่ยอมรับในความต้องการของตนเอง
- 10) *ความว่างเปล่าภายใน (inner emptiness)* ความว่างเปล่าภายในขยายอย่างไม่ลดละ เพื่อให้บุคคลพยายามจะเอาชนะสิ่งนี้ โดยทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น กิจกรรมทางเพศ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป และการใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์
- 11) *อาการซึมเศร้า (depression)* กลุ่มอาการซึมเศร้าจะปรากฏให้เห็นในหลายลักษณะ เช่น ความเฉื่อย ความสิ้นหวัง ความอ่อนล้า และการเพิกเฉยต่ออนาคต รวมทั้งการสูญเสียความหมายของชีวิต
- 12) *กลุ่มอาการความเหนื่อยหน่าย (burnout syndrome)* บุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายมีความต้องการที่จะหนีจากสถานการณ์ด้วยการมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลทันที

กล่าวได้ว่า วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายสามารถจำแนกออกได้หลายลักษณะดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำวงจรดังกล่าวไปใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ กล่าวคือ เพื่อใช้ในการประเมิน หรือการบำบัดรักษาความเหนื่อยหน่าย หรือการแบ่งความเหนื่อยหน่ายตามมุมมองของบุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่าย หรือตามมุมมองของบุคลากรด้านการแพทย์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายของ มิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากวงจรนี้ได้กล่าวถึงวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่ายไว้ชัดเจนและนำไปใช้ในการพัฒนาเป็นแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพต่อไป

1.4 อาการแสดงของความเหนื่อยหน่าย (burnout symptoms)

ลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายมี 3 ประการดังนี้ ประการแรก เป็นความรู้สึกที่เพิ่มขึ้นจากความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากแหล่งพลังงานทางด้านอารมณ์ของตนเองหมดไป ประการที่สอง เป็นลักษณะของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายที่แสดงออกมาในด้านอื่น ได้แก่ การพัฒนาความรู้สึกเชิงลบและการพัฒนาทัศนคติที่เหยียดหยาม (cynical attitudes) ต่อผู้รับบริการ ซึ่งปฏิบัติการเชิงลบต่อผู้รับบริการอาจเชื่อมโยงกับประสบการณ์ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งลักษณะทั้งสองประการของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายนี้จะเกี่ยวข้องกัน และประการที่สาม การมีแนวโน้มที่จะประเมินตัวเองในทางลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งบุคคลรู้สึกไม่มีความสุข และไม่พึงพอใจกับความสำเร็จในงาน (Maslach & Jackson, 1981)

ความเหนื่อยหน่ายมีอาการแสดงได้ในหลายลักษณะ (Asociatia Everest et al., 2012; Nuallaong, 2013) ดังนี้

1.4.1 อาการแสดงด้านร่างกาย (physical symptoms) (Asociatia Everest et al., 2012; Nuallaong, 2013) อาการแสดงด้านร่างกายของความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะเหมือนอาการที่เกิดจากความเครียด ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system) อาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะเหมือนอาการแสดงของความวิตกกังวล (anxiety-like symptoms) เช่น มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะชนิด lightheadedness (มึนงง หน้ามืด คล้ายเป็นลม เหมือนยืนแล้วจะล้ม) กระสับกระส่าย การกระตุกซ้ๆ ของระบบประสาท โดยไม่ได้ตั้งใจ (nervous tics) มักเป็นที่ใบหน้า คอ ไหล่ ทำให้เกิดอาการขยับตา กระตุกมุมปาก หน้าผากย่น ยกไหล่ สายหัวไปมา สะบัดคอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาทางเพศ (sexual problems) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความดันโลหิตสูง (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006)

อาการทางกายหรือโรคที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์/จิตใจ (psychosomatic symptoms) สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการมี

ความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) (Jourdain & Chenevert, 2010) ดังนั้น ความเหนื่อยหน่ายทำให้อาการก่อนมีประจำเดือนเพิ่มขึ้น รอบเดือนมาผิดปกติ โรคหอบจาก อารมณ์ (hyperventilation) เป็นแผลพุพอง (ulcers) ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เป็นหวัดบ่อย และนาน และการบาดเจ็บจากพฤติกรรมเสี่ยง ความเหนื่อยหน่ายยังมีลักษณะเหมือนอาการแสดงของ อาการซึมเศร้า (depressive-like symptoms) เช่น อาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) ความอ่อนเพลีย ทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ความอยากอาหารลดลง และหายใจถี่ (Armon, Melamed, Shirom, & Shapira, 2010) ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ บริเวณคอและหลังส่วนล่าง (Peterson et al., 2008)

นอกจากนี้ ความเหนื่อยหน่ายยังทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิดและทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่สำคัญ (Salvagioni et al., 2017) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease หรือ CHD) โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น กลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) โรคความดันโลหิตสูง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ระดับเฮชดีแอล (HDL) ในเลือดต่ำ ระดับแอลดีแอล (LDL) ในเลือดสูง ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และระดับน้ำตาลใน เลือดสูง (110 - 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) (impaired fasting glucose) (Salvagioni et al., 2017) เป็นต้น

1.4.2 อาการแสดงด้านจิตใจ (affective symptoms) (Asociatia Everest et al., 2012; Nuallaong, 2013) อาการนอนไม่หลับ (insomnia) และอาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญที่ถูกระบุว่า เป็นผลกระทบต่อด้านจิตใจจากความเหนื่อยหน่าย (Salvagioni et al., 2017) ความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นอาการ ที่โดดเด่นของความเหนื่อยหน่าย ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเป็นอาการแสดงที่พบได้โดยทั่วไปและ แสดงออกมาในรูปของอารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ ลดลง เกิดความกลัวโดยไม่รู้สาเหตุ การมีใจจดใจจ่อต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ดี พลังงานลดลง ความเครียดและ การยอมแพ้ (strain and prostration) และความผิดปกติทางด้านอารมณ์/จิตใจที่ก่อให้เกิดโรคหรืออาการทาง กาย (Asociatia Everest et al., 2012) ความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ทำให้คุณภาพการ นอนหลับไม่ดี (Melamed et al., 2006) เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวล อารมณ์เสีย (feeling anxious) ก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายโดยไม่มีเหตุผล (irritability) มีความไวต่อการรับรู้มากกว่า ปกติ (being oversensitive) ความสามารถที่จะเข้าใจความรู้สึกคนอื่น (empathy) ลดลง ความโกรธเพิ่มขึ้น และมีความไม่พึงพอใจในงาน (Schaufeli & Enzmann, 1998 อ้างใน Nuallaong, 2013) รวมทั้งความรู้สึกมี อารมณ์ร่วมกับผู้อื่นเหลือน้อยเต็มที่ ความรู้สึกแบกภาระหนักอึ้ง (feeling overburdened) การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้รับบริการ/เพื่อนร่วมงานต่ำ ความรู้สึกขัดใจไม่พอใจ (ungratified) การหมดความสนใจ (disenchantment) การรับรู้งานว่าเป็นภาระหนักหน่วง การเปลี่ยนแปลงการยอมรับงาน เช่น การมีความพึง พอใจในงานในตอนแรก และหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการหมดกำลังใจในการทำงาน ความรู้สึกไร้พลัง

เมื่อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานและการร้องขอจากผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเรื้อรัง การมีอารมณ์เฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกใดๆ (apathy) ซึมเศร้า ภาวะความตรอมใจ (melancholy) การลืม (forgetfulness) และการใช้ยาแก้ปวด แอลกอฮอล์ และยาเสพติด (Asociatia Everest et al., 2012)

ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะแตกต่างกันดังนี้ (Asociatia Everest et al., 2012) กล่าวคือ ความเครียดเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวตามมุมมองของแต่ละบุคคล มีลักษณะของการไม่ว่างและมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์มากขึ้นไปเป็นลักษณะโดดเด่น ในขณะที่ความเหนื่อยหน่ายเป็นสภาพแรกของปัญหาด้านจิตใจที่นำไปสู่ปัญหาด้านร่างกาย ความเครียดที่มากขึ้นไปทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย ความเหนื่อยหน่ายไม่ได้เป็นเพียงความเครียดที่มากขึ้นไปเท่านั้น แต่เป็นการตอบสนองต่อความเครียดของมนุษย์ที่มีความซับซ้อน

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลช่วยจำแนกผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจากผู้ที่ไม่มีความเหนื่อยหน่ายจากความแตกต่างของรูปแบบด้านสุขภาพและปัจจัยการดำเนินชีวิต (Peterson et al. 2008 อ้างใน Nuallaong, 2013) มีหลักฐานสนับสนุนแนวคิดที่ว่าความเหนื่อยหน่าย อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในดัชนีชี้วัดทางชีวภาพอาการอักเสบของเซลล์ (microinflammation biomarkers) (high-sensitivity protein C-reactive protein [hs-CRP] และ fibrinogen) โดยขึ้นอยู่กับเพศ กล่าวคือ ในเพศหญิง ความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ ในขณะที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีชี้วัดนั้น ส่วนในเพศชาย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีชี้วัดดังกล่าว แต่ความเหนื่อยหน่ายหรือความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีชี้วัด (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, & Melamed, 2005)

1.4.3 อาการแสดงด้านการตระหนักรู้ หรือการรู้คิด (cognitive symptoms) (Nuallaong, 2013) พบทั้งในระดับบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (helplessness) เป็นอาการแสดงที่สำคัญด้านการตระหนักรู้ของความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2011) ในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal level) ความเหนื่อยหน่ายแสดงให้เห็นหลายลักษณะ เช่น การดูถูกเหยียดหยาม ถากถาง (cynical) และการกีดกันคนอื่น (dehumanizing) การมีลักษณะต่อต้าน (negativism) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การตระหนักรู้ในเรื่องการรู้จักเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่นมีน้อย (lessened cognitive empathy) การกระทำริยาซ้ำๆ หรือพูดซ้ำๆ (stereotyping) การมองหรือพูดถึงผู้อื่นในเชิงลบ (labeling in derogatory ways) การตำหนิ ความโอ้อวดและความตรงไปตรงมา (grandiosity and righteousness) ความเป็นปฏิกิริยา ความสงสัยกังขา การชัดโทษ (projection) ความหวาดระแวง ความรู้สึกจากไม่ได้รับการชื่นชมและไม่ไว้วางใจ (Schaufeli & Enzmann, 1998 อ้างใน Nuallaong, 2013) นอกจากนี้ ในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาการแสดงที่พบได้แก่ ความเชื่อที่ไม่มี

เหตุผล (irrational beliefs) ความต้องการการพึ่งพา การหลีกเลี่ยงปัญหา และการไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ohue et al., 2011)

1.4.4 อาการแสดงด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) (Nuallaong, 2013) ในระยะปลายของความเครียดเรื้อรัง พบการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในระดับบุคคล การพึ่งพาผู้อื่นและการหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย (Ohue et al., 2011) บุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมีแนวโน้มที่จะไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) การขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง (impulsivity) การผัดวันประกันพรุ่ง การเพิกเฉย/ไม่สนใจต่อกิจกรรมสร้างสรรค์/สันตนาการ คีฬาหรือเครื่องคิมแอลกอฮอล์เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว (Peterson et al., 2008) ความอ่อนล้าทางอารมณ์และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกขององค์กร (Chiu & Tsai, 2006) เพื่อนร่วมงานอาจพบบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมีการระเบิดอารมณ์อย่างรุนแรง มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเพื่อนร่วมงาน ตอบสนองต่อผู้อื่นเหมือนเป็นเครื่องจักรกล มีความอิจฉาริษยา และเกิดการแบ่งแยก (Schaufeli & Enzmann, 1998 อ้างใน Nuallaong, 2013) ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลงและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดได้ง่าย (Williams, Manwell, Konrad, & Linzer, 2007) ผลผลิตการทำงานลดลง มีความเชื่องช้า ด้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง มีภาวะพึ่งพาหัวหน้า ใฝ่คุณาพิกาบ่อยครั้ง เข้มงวดต่อการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น ไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องต่างๆ และบริหารจัดการเวลาได้ไม่ดี (Zhong et al., 2009)

1.4.5 อาการแสดงด้านแรงจูงใจ (motivational symptoms) (Nuallaong, 2013) เมื่อบุคคลตระหนักถึงสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นตามความคาดหวัง บุคคลจะรู้สึกสูญเสียความปรารถนาและความกระตือรือร้นไปด้วย ทำให้มีแรงจูงใจลดลง แรงจูงใจที่ลดลงนี้ยังทำให้เกิดความท้อแท้ การลาออกจากงาน ความผิดหวัง ความเบื่อหน่าย การทำให้หมดกำลังใจ (demoralization) และทำให้ความพึงพอใจในชีวิตและงานลดลง (Tokuda et al., 2009)

1.4.6 อาการแสดงด้านบุคลิกภาพมีความเบี่ยงเบน (depersonalization) (Asociatia Everest et al., 2012) ลักษณะที่พบ ได้แก่ มีลักษณะเชิงลบ ถูกเหยียดหยาม ถากถาง และการกีดกันคนอื่น ความขัดแย้งทางทัศนคติ ความอดทนต่อความคับข้องใจและความกังวลใจ (nervousness) ต่ำ ความผูกพันในงานต่ำ การหมดกำลังใจ และความสามารถติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพลดลง

กล่าวได้ว่า อาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายจะปรากฏให้เห็นได้ในหลายรูปแบบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม การจูงใจ และบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความเหนื่อยหน่ายอาจปรากฏอาการแสดงให้เห็นในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆ ด้านพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล การปรับตัว และการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล

1.5 ผลกระทบของความเหนื่อยหน่าย

ผลกระทบที่เกิดจากความเหนื่อยหน่ายมีหลายประการ (Miller, 2011) ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบต่อพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1) ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน (*job dissatisfaction*) สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีจำนวนมากต่อพยาบาลที่ไม่สามารถจัดการภาระงาน (*workloads*) ได้ จะนำไปสู่ความเหนื่อยล้า รวมทั้งความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแล ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดต่อความไม่พอใจในงาน (Miller, 2011)

2) ทำให้เกิดการบีบคั้นทางจริยธรรม/ความทุกข์จากประเด็นทางศีลธรรม (*moral distress*) มีรายงานการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายมีสาเหตุมาจากการมีความเครียดในด้านจริยธรรม ซึ่งเป็นปัญหาด้านจริยธรรมที่สัมพันธ์กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าตนเองได้ให้การพยาบาลดีไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ทั้งยังสอดคล้องกับน้ำเสียงของพยาบาลที่ได้อธิบายถึงผลกระทบของความขัดแย้งต่อจริยธรรม (Gustafsson, Eriksson, Strandberg, & Norberg, 2010) การศึกษาดังกล่าวมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลต้องการโอกาสการมีส่วนร่วมในคุณค่า การรับรู้ในเรื่องความเครียดด้านจิตใจ และปัญหาด้านจริยธรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงานเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายและความรู้สึกที่เป็นปัญหาด้านจริยธรรม (Gustafsson et al., 2010)

3) การลาออกจากงาน (*turnover*) พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอัตราการลาออกจากงานสูง ความเหนื่อยล้าสัมพันธ์กับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาล ซึ่งเป็นตัวทำนายของการลาออกจากงาน (Aiken et al., 2002)

1.5.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล มักเป็นผลลัพธ์ทางด้านลบ สามารถประเมินได้หลายลักษณะ เช่น อัตราตายและความปลอดภัยในผู้ป่วย (Miller, 2011) รวมทั้งผู้ป่วยตกเตียง การติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ และความคาดเคลื่อนทางยา (Asociatia Everest et al., 2012; Nantsupawat et al., 2016) เป็นต้น การศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล การรายงานคุณภาพการดูแลของพยาบาลและผลลัพธ์ในผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยพบว่า พยาบาลรายงานคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลางหรือควรปรับปรุงร้อยละ 16 โดยมีการรายงานผู้ป่วยตกเตียงร้อยละ 5 ความคาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 11 และการติดเชื้อร้อยละ 14 ตามลำดับ (Nantsupawat et al., 2016) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นการให้บริการด่านหน้า ซึ่งมีภาระงานมากและมีการเพิ่มระยะเวลาในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุข้างต้นนี้ทำให้พยาบาลหมดพลังในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย ทำให้ไม่ได้คำนึงถึงผู้รับบริการ และ/หรือ ความรู้สึกที่จะทำงานหรือผลลัพธ์จากการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดผลที่ตามมา เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานของพยาบาลลดลง อันเนื่องมาจากความ

สมบูรณ์ของทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ลดลง นำไปสู่การทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งยังมีผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Nantsupawat et al., 2016)

กล่าวได้ว่า ความเหนื่อยหน่ายทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อพยาบาล โดยส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับพยาบาลนี้เปรียบเสมือนระลอกคลื่นที่กระจายออกไป แล้วจะไปกระทบต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และองค์กรในลำดับต่อมา ผลดังกล่าวล้วนเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ

1.6 กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) เพื่อป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่าย

กลไกการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่ายของบุคคล จำแนกได้ 4 วิธี คือ การเผชิญปัญหาที่เน้นที่ปัญหาและอารมณ์ การตระหนักรู้ด้วยตนเองและความฉลาดทางอารมณ์ วิธีชีวิตและรูปแบบการเผชิญปัญหา และการนิเทศติดตามทางคลินิก (Fearon & Nicol, 2011) ในแต่ละวิธีมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.6.1 การเผชิญปัญหาที่เน้นที่ปัญหาและอารมณ์ (problem-focused and emotion-focused coping) (Fearon & Nicol, 2011) ประกอบด้วย

1) การเผชิญปัญหาที่เน้นที่ปัญหา (Fearon & Nicol, 2011) หมายถึง การปรับวิธีการทำงานและเป็นการเผชิญปัญหาโดยตรงที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับต่ำและนำไปใช้ในการจัดการปัญหา การเผชิญปัญหานี้นำไปใช้ป็นวิธีในการเผชิญปัญหาเพื่อจัดการความเครียดในพยาบาลด้วย เช่น ทักษะการบริหารเวลา (time management skills) ทักษะด้านองค์กร (organizational skills) การแสวงหาคำแนะนำ (seeking advice) และการนิเทศติดตามทางคลินิก เป็นต้น หลักสำคัญของการเผชิญปัญหาด้วยวิธีนี้คือการควบคุมสถานการณ์ ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเผชิญปัญหา จะมีผลกระทบต่อการรับรู้ของบุคคลว่าควบคุมสถานการณ์นั้นได้หรือไม่ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมนั้นอยู่ภายนอกตนเอง บุคคลนั้นก็จะได้รับผลกระทบจากความเครียด ยังไม่มีรายงานที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาที่เน้นที่ปัญหากับการเกิดความเหนื่อยหน่ายในระดับต่ำ แต่มีรายงานว่าทำให้เกิดความเครียดลดลง แม้ว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียด แต่ความเหนื่อยหน่ายมีรูปแบบที่แตกต่างจากรูปแบบปกติของความเครียด กล่าวคือความเหนื่อยหน่ายจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในการทำงานและปรากฏขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำงานนั้นๆ ลดลง ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายและความหมายของการทำงาน

2) การเผชิญปัญหาที่เน้นที่อารมณ์ (Fearon & Nicol, 2011) หมายถึง การมุ่งควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์โดยตรงต่อปัญหา การเผชิญปัญหาวิธีนี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับของความเครียดและความเหนื่อยหน่าย อย่างไรก็ตาม อัตราความเครียดและความเหนื่อยหน่ายถูกนำไปวัดเทียบกับรูปแบบด้านลบของกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เน้นที่อารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาที่เน้น

อารมณ์เชิงลบ เช่น การต่อต้าน (hostility) การปรารถนาที่เกิดจากตนเอง (self-delusion, wishful thinking) การหลีกเลี่ยง (avoidance) และการหลบหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นๆ (escapism) เป็นต้น ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาที่เน้นอารมณ์เชิงบวก เช่น การสะท้อนความรู้สึก (reflection) การสนทนาเพื่อการรักษา ได้แก่ การให้คำปรึกษา และ ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy) และการนิเทศติดตามทางคลินิก เป็นต้น สำหรับการสะท้อนความรู้สึกเป็นการปฏิบัติที่ผสมผสานระหว่างอารมณ์และเหตุผล ที่นำไปสู่กระบวนการพัฒนาการความตระหนักรู้ด้วยตนเอง (self-awareness) การสะท้อนความรู้สึกช่วยให้แต่ละบุคคลเกิดการหยั่งรู้และเข้าใจ และเกิดคำถามและค้นหาคำตอบด้วยตนเอง นำไปสู่การแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้ การปฏิบัติและพฤติกรรมที่เป็นของตนเอง (Horton-Deutsch & Sherwood, 2008)

1.6.2 การตระหนักรู้ด้วยตนเองและความฉลาดทางอารมณ์ (self-awareness and emotional intelligence) การตระหนักรู้ด้วยตนเองเป็นแนวคิดสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของกระบวนการเข้าใจและการจัดการอารมณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น ทฤษฎีทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลต้องเข้าไปสัมผัสกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นำไปสู่ความรู้สึกเกี่ยวกับทางด้านอารมณ์และการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี

1.6.3 วิถีชีวิตและรูปแบบการเผชิญปัญหา (lifestyle and coping styles) (Fearon & Nicol, 2011) โดยทั่วไปการส่งเสริมวิถีชีวิตให้เกิดความผาสุก ปราศจากความเหนื่อยหน่ายมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับ การกินอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการลดความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ความฉลาดทางอารมณ์และการมีวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความผาสุกมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และบุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับสูงจะเป็นผู้ที่มีการผสมผสานวิธีการเผชิญปัญหาที่เน้นอารมณ์เชิงบวก เช่น การสะท้อนความรู้สึก และกลวิธีที่เน้นการจัดการปัญหา (ได้แก่ การบริหารเวลา และทักษะด้านองค์กร) ส่วนบุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับต่ำไม่มีรายงานการใช้วิถีในการเผชิญปัญหา (Pau, Croucher, Sohanpal, Muirhead, & Seymour, 2004)

1.6.4 การนิเทศติดตามทางคลินิก (Fearon & Nicol, 2011) เป็นความสัมพันธ์ในวิชาชีพที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ ที่สะท้อนการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรด้วยทักษะการนิเทศติดตามของผู้นิเทศ บุคลากรที่ได้รับการนิเทศติดตามทางคลินิกที่ดีจะมีระดับความเหนื่อยหน่ายต่ำ เนื่องจากการแนะนำแนวทางการปฏิบัติงานและการสนับสนุน โดยสถานที่ทำงานช่วยให้ความรู้ที่มอบคุณค่า และสามารถกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหา และแก้ไขปัญหา รวมทั้งลดความรู้สึกในการควบคุมการทำงาน (Jones & Cutcliffe, 2009)

กล่าวได้ว่า บุคคลสามารถสร้างกลไกการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่ายได้ 2 ระดับคือ 1) ระดับบุคคล มุ่งเน้นไปที่การปรับระบบการทำงานของตนเอง การควบคุมการ

ตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และการตระหนักรู้ด้วยตนเองซึ่งเป็นความฉลาดของบุคคล รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการปรับวิถีชีวิตของตนเองให้มีความสมดุลทั้งในเรื่องอาหาร การพักผ่อน และการทำงาน และ 2) ระดับหน่วยงานหรือองค์กร มุ่งเน้นไปที่การนิเทศติดตามทางคลินิกโดยหัวหน้า หรือผู้มีประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และมีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

1.7 แนวความคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด (Shirom-Melamed)

1.7.1 แนวความคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด

แนวความคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด มีรากฐานมาจากทฤษฎีการธำรงรักษาทรัพยากร (Conservation of Resources Theory : COR) ที่ให้ความสำคัญกับแหล่งพลัง (Shirom, 2002; Shirom & Melamed, 2006) กล่าวคือ ทฤษฎีนี้มีสาระสำคัญคือ บุคคลมีแรงจูงใจขั้นพื้นฐานในการได้รับ การเก็บรักษาและการปกป้องทรัพยากร อันได้แก่ สิ่งของ สังคม และแหล่งพลังที่ตนเองให้ความสำคัญ นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้ยังครอบคลุมไปถึงแนวความคิดความเครียด เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจว่า ความเครียดเรื้อรังจะพัฒนาเป็นความเหนื่อยหน่ายอย่างไร (Halbesleben JRB & Buckley MR, 2004)

แนวความคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด ได้มองความเหนื่อยหน่ายว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความอ่อนล้าทางร่างกาย อารมณ์และการตระหนักรู้ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียการปรับตัวในการเผชิญปัญหาของบุคคล และผลที่เกิดตามมาคือ ความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน แนวคิดนี้เองที่นำมาใช้สร้างเป็นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด (Shirom-Melamed Burnout Measure : SMBM) (Shirom, 2005)

การนำแหล่งพลังมาใช้เป็นโครงสร้างแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด มีเหตุผลสำคัญ 3 ประการคือ 1) รูปแบบของพลังงานเป็นกระบวนการของบุคคล และในทางทฤษฎีเชื่อว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกัน ทฤษฎีการรักษาททรัพยากรที่มีค่ามีสมมติฐานว่าแหล่งทรัพยากรของบุคคลจะมีผลกระทบต่อบุคคลแต่ละคนและจะคงอยู่เหมือนกับสระน้ำ และเมื่อบุคคลหนึ่งขาดแหล่งทรัพยากรดังกล่าวก็จะทำให้บุคคลอื่นขาดแหล่งทรัพยากรไปด้วย 2) รูปแบบกระบวนการพลังงานของบุคคลที่รวมอยู่ในแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัด เป็นชุดที่สอดคล้องกันซึ่งไม่ซ้อนทับกับแนวความคิดพฤติกรรมทางวิทยาศาสตร์ เช่น การมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) และความรู้สึกแยกตนเอง (detachment) หรือปัญหาด้านมโนภาพแห่งตน (self-concept) เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และ 3) แนวความคิดของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-เมลามัดมีความชัดเจน และแตกต่างจากความเครียดที่มีการวิพากษ์กันมาก่อนหน้านั้นในเรื่องความเหนื่อยหน่าย รูปแบบการปรับตัวต่อปัญหาของบุคคลอาจช่วยปรับปรุงด้านลบของความ

เหนื่อยหน่าย เช่น การไปให้ห่างจากผู้ใช้บริการและรูปแบบที่เป็นผลกระทบจากความเหนื่อยหน่าย จากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความเหนื่อยหน่าย เช่น การทำงานที่มีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งแนวความคิดนี้ ตรงกันข้ามกับแนวความคิดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช (Shirom, 2002; Shirom & Melamed, 2006)

อาการของความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดนี้ เป็นแสดงอาการที่ผสมผสานกัน ระหว่างความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และ ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness) ซึ่งอาการทั้ง 3 อย่างนี้มีความเกี่ยวข้องกันอย่าง ไกล่ชิด แบบวัดนี้จำแนกความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้าน คือความอ่อนล้าทางร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย (tiredness) และการมีพลังงานในระดับต่ำเพื่อการปฏิบัติภารกิจประจำวัน เช่น การ ตื่นขึ้นมาในตอนเช้าเพื่อไปทำงาน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกอ่อนแออย่างมากที่จะแสดง ความเข้าใจถึงความรู้สึกและอารมณ์ (empathy) ของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน และขาดพลังงานที่ใน การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในที่ทำงาน และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ หมายถึง ความรู้สึก ที่มีการคิดซ้ำและการรับรู้ทางด้านอารมณ์ลดลง (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013)

การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลาแมด เนื่องจากจำแนกความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้านคือ ความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทาง อารมณ์และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ ซึ่งความเหนื่อยหน่ายที่เกี่ยวกับความอ่อนล้าทั้ง 3 ด้าน นี้มีความสอดคล้องกับความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

1.7.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยหน่าย

เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ประเมินความเหนื่อยหน่ายในปัจจุบันมีหลายชนิด สรุปลงได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยหน่าย

ชนิดเครื่องมือ	การจำแนกความเหนื่อยหน่าย	จำนวน ข้อคำถาม	ลักษณะการให้ คะแนนแบบสอบถาม
1. แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ของชิโรม-มิลาแมด (Shirom- Melamed Burnout Measure : SMBM) (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013)	มี 3 ด้าน ได้แก่ 1.1 ความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) 1.2 ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 1.3 ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness)	14 ข้อ	แบบประมาณค่า 7 ระดับ

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ชนิดเครื่องมือ	การจำแนกความเหนื่อยหน่าย	จำนวน ข้อคำถาม	ลักษณะการให้ คะแนนแบบสอบถาม
2. แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ แมสแลช (Maslach Burnout Inventory : MBI) (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013)	มี 3 ด้าน ได้แก่ 2.1 ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion : EE) 2.2 ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (depersonalization : DP) 2.3 ความรู้สึกประสพผลสำเร็จในการ ปฏิบัติงาน (personal accomplishment : PA)	22 ข้อ	แบบประมาณค่า 5 ระดับ
3. แบบวัดความเหนื่อยหน่าย โคเปนเฮเกน (Copenhagen Burnout Inventory : CBI) (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013)	มี 3 ด้าน ได้แก่ 3.1 ความเหนื่อยหน่ายของบุคคล (personal burnout) 3.2 ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน (work burnout) 3.3 ความเหนื่อยหน่ายจากเพื่อน ร่วมงานและผู้รับบริการ (client/customer burnout)	19 ข้อ	แต่ละข้อมีการ กำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 0-25-50-75-100 คะแนน
4. แบบวัดความเหนื่อยหน่ายอัล เดนเบิร์ก (Oldenburg Burnout Inventory : OLBI) (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013)	มี 2 ด้าน ได้แก่ 4.1 ความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์ (exhaustion) 4.2 ความไม่ผูกพันในงาน (disengagement from work)	8 ข้อ	ไม่ได้ระบุ
5. แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ ชาวสเปน (Spanish Burnout Inventory : SBI) (Milićević- Kalašić, 2013)	มี 4 ด้าน ได้แก่ 5.1 ความกระตือรือร้นต่องาน (enthusiasm toward the job) 5.2 ความเหนื่อยหน่ายทางด้านอารมณ์ (psychological exhaustion) 5.3 ความเกียจคร้าน 5.4 ความรู้สึกผิด (guilt)	20 ข้อ	แบบประมาณค่า 7 ระดับ

กล่าวได้ว่า เครื่องมือประเมินความเหนื่อยหน่ายมีหลายชนิด การที่จะเลือกใช้เครื่องมือชนิดใดนั้น ควรพิจารณาถึงทฤษฎีหรือนิยามความเหนื่อยหน่าย สิ่งที่ต้องการวัด และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามัด (Shirom–Melamed Burnout Measure : SMBM) ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสามารถนำไปใช้ประเมินความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

2.1 รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่าย

2.1.1 ความหมายของรูปแบบ

คำว่า “model” ในภาษาอังกฤษ มีนักวิชาการหลายท่านได้แปลเป็นภาษาไทยตรงกับคำว่า โมเดล รูปแบบ แบบจำลอง หรือ ตัวแบบ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้คำว่า “รูปแบบ” ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของรูปแบบแตกต่างกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ทิสนา แจมมณี (2550) ได้ให้ความหมายของ รูปแบบ ว่าหมายถึง รูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย เป็นต้น

รัตนะ บัวสนธิ์ (2552 อ้างใน วาโร เฟิงส์วัสดี, 2553) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ โดยจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้คือ 1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น 2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model” และ 3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

วาโร เฟ็งสวัสต์ (2553) ได้ให้ความหมายของ รูปแบบ ว่าหมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบแผนหรือแผนภาพของสิ่งหนึ่งสิ่งใด นำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ที่สามารถทำให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

2.1.2 วิธีการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบมี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาสภาพปรากฏการณ์ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ การประเมินการสร้างและการพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ และการประเมินการทดลองใช้รูปแบบ (ชัยวิชิต เจริญชนะ, 2560) โดยในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปรากฏการณ์ เพื่อให้ทราบบริบทหรือสภาพของสิ่งที่ศึกษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปของการพัฒนารูปแบบ สภาพปรากฏการณ์ที่สนใจ สามารถศึกษาได้จาก 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย 2) การศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) หรือ พหุกรณี (multi-case study) หรือ บางครั้งอาจมีการนำแนวคิดเชิงพื้นที่มาผสมผสาน เช่น พหุพื้นที่-พหุกรณี (multi-site multi-case study) 3) การศึกษาในลักษณะวิเคราะห์จากเอกสารหลักฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้ว 4) การศึกษาสภาพปรากฏการณ์แบบเทียบ ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลที่ได้มาจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เทคนิคที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การสังเกต การสำรวจ การสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง การระดมสมอง การประชาพิจารณ์ และการวิจัยเอกสาร เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันเล็กน้อย กล่าวคือ การสร้างรูปแบบเป็นลักษณะของตัวแบบที่ได้ถูกคิดค้นขึ้นมาใหม่ โดยที่ไม่เคยปรากฏพบมาก่อน ส่วนการพัฒนารูปแบบเป็นลักษณะของตัวแบบที่เคยปรากฏพบมาก่อน แล้วได้มีการนำไปปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติมส่วนที่เป็นจุดอ่อน หรือข้อจำกัด เพื่อให้เท่าทันต่อสภาพที่เป็นอยู่จริง

สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงในการสร้างและการพัฒนารูปแบบคือ ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่มีความเหมาะสม ถูกต้อง และเพียงพอ เพื่อที่จะได้นำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นรูปแบบที่เรียกว่า รูปแบบสมมุติฐาน หรือ โมเดลสมมุติฐาน (hypothesis model) ซึ่งรูปแบบสมมุติฐานนี้ต้องอาศัยข้อมูลเพื่อกำหนดส่วนประกอบ/ตัวแปร/หลักการ/แนวคิด/ฟังก์ชันต่างๆ พร้อมทั้งสร้างความสัมพันธ์หรือจัดลำดับก่อนหลัง อันจะนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา

เทคนิคที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง การประชาพิจารณ์ การระดมสมอง การวิจัยเอกสาร เทคนิคเดลฟาย (Traditional, EDFR, Computer-based, Conference, ระดมสมอง) แผนที่มโนทัศน์ (concept mapping)

วงล้ออนาคต (Future wheels) การวิเคราะห์ผลกระทบไขว้ (cross-impact analysis) อนาคตภาพ (scenarios) วงจรคุณภาพของ Deming (Plan-Do-Check-Action) วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และมาตรพหุมิติ (multidimensional scaling) เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การประเมินการสร้างและการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับจุดเด่น จุดด้อยและลักษณะของรูปแบบดังกล่าวว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งความพร้อมในการนำไปใช้งาน โดยใช้แนวคิดของ Joint Committee on Standard of Educational Evaluation (1994 อ้างใน ชัยวิจิต ธีรชนะ, 2560) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้านคือ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ (utility) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (feasibility) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (propriety) และมาตรฐานด้านความถูกต้องแม่นยำ (accuracy) แต่เนื่องจากขั้นนี้ยังไม่ได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ บทบาทการประเมินจึงเป็นเพียงการประเมินพื้นฐานเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการนำไปใช้ ส่วนใหญ่จะประยุกต์ใช้เพียงแค่ 2 มาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ เป็นลักษณะของรูปแบบที่สามารถรับประกันถึงการนำไปปฏิบัติได้จริง ประหยัด และเกิดความคุ้มค่าและมาตรฐานด้านความเหมาะสม เป็นลักษณะของรูปแบบที่สามารถรับประกันถึงการได้ดำเนินการตามระเบียบแบบแผน เป็นไปตามหลักจริยธรรม ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง (ชัยวิจิต ธีรชนะ, 2560) เทคนิคที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การระดมสมอง การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง และการประชาพิจารณ์

ขั้นที่ 4 การทดลองใช้รูปแบบ เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา มีหลักการที่สำคัญคือ 1) การเตรียมรูปแบบ ประกอบด้วย แผนการทดลองใช้รูปแบบและคู่มือการนำรูปแบบไปใช้ 2) การกำหนดพื้นที่การทดลองใช้รูปแบบ พิธีกรรมเป้าหมาย การศึกษา บริบท และช่วงเวลาต้องมีความเหมาะสม และ 3) การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีความเป็นตัวแทนที่ดีและเพียงพอ เป็นไปตามหลักการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างของระเบียบวิธีวิจัย

ขั้นที่ 5 การประเมินการทดลองใช้รูปแบบ เพื่อการพิสูจน์ ตรวจสอบ ทดลองใช้ โดยนำแนวคิดการประเมินของ Joint Committee on Standard of Educational Evaluation (1994 อ้างใน ชัยวิจิต ธีรชนะ, 2560) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้านดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในขั้นตอนที่ 3 โดยให้ความหมายเพิ่มเติมอีก 2 มาตรฐานคือ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ เป็นลักษณะของรูปแบบที่สามารถรับประกันถึงการให้สารสนเทศที่มีประโยชน์ มีคุณค่า สามารถสนองตอบต่อผู้ใช้ และมาตรฐานด้านความถูกต้องแม่นยำ เป็นลักษณะของรูปแบบที่สามารถรับประกันถึงสารสนเทศที่ได้มีความครอบคลุมตรงตามลักษณะสิ่งที่ต้องการศึกษา แหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือ เครื่องมือที่ใช้สามารถตรงตามสิ่งที่มุ่งศึกษา และการวิเคราะห์และการนำเสนอผลมีความถูกต้อง เทคนิคที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การระดมสมอง การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง และการประชาพิจารณ์

2.1.3 รูปแบบที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่าย

รูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายได้ให้ความสำคัญใน 3 ระดับ คือ การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับองค์กร (Asociatia Everest et al., 2012; Awa, Plaumann, & Walter, 2010) และการลดความเหนื่อยหน่ายแบบผสมผสาน (Awa et al., 2010) มีรายละเอียด ดังนี้

1) การลดความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคล วิธีของบุคคลในการเผชิญปัญหาเพื่อการป้องกันและการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายควรคำนึงถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล (Korunka, Tement, Zdrehus, & Borza, 2011) ปัจจัยภายในของบุคคลจะขึ้นกับบุคคลแต่ละคนเสมอ ลักษณะของความเหนื่อยหน่ายที่พบในบุคลากรด้านสุขภาพมักขึ้นกับประสบการณ์การเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดในอดีต บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันจึงมีการใช้ชีวิตในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตายนำไปสู่ความคุ้นเคยของบุคคลต่อการเผชิญปัญหาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Asociatia Everest et al., 2012) รายงานการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันความเหนื่อยหน่าย พบว่าวิธีนี้มีการนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายมากถึงร้อยละ 68 (Awa et al., 2010) การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับนี้เป็นการลดความเหนื่อยหน่ายในระยะสั้นๆ หรือมีระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน (Awa et al., 2010)

ปัจจัยภายในของบุคคลที่สำคัญในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายคือ การตระหนักถึงปัญหา เมื่ออาการของความเหนื่อยหน่ายปรากฏขึ้น จะทำให้บุคคลใช้ความรู้พื้นฐานของตนเองไปกระตุ้นปัจจัยภายในของบุคคล บุคคลและองค์กรที่มีลักษณะเป็นเชิงบวกจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแสดงบทบาทที่สำคัญได้ (Asociatia Everest et al., 2012)

ปัจจัยภายนอกของบุคคลเพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่าย เป็นการอาศัยข้อมูลจากภายนอก ประสิทธิภาพการป้องกันความเหนื่อยหน่ายจะขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายคือ การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และการกระทำโดยอ้อมต่ออารมณ์ (Korunka et al., 2011)

วิธีที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม (cognitive – behavioral approach) เพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นแก่บุคคล (Asociatia Everest et al., 2012; Awa et al., 2010) ได้แก่ กลวิธีการเผชิญปัญหาเชิงรุก (active coping strategies) การประเมินผลเชิงบวกและการประเมินตนเอง การคิดเชิงบวก สุขภาพจิตศึกษา (psycho education) การฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเชิงบวก การจัดการความเครียด และการฝึกอบรมเพื่อการผ่อนคลาย การสร้างความยืดหยุ่นตัวที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Asociatia Everest et al., 2012) จิตบำบัด การให้คำปรึกษาการผ่อนคลาย การจัดการสถานการณ์ โดยการออกกำลังกายหรือการฟังดนตรี และการสนับสนุนทางสังคม (Awa et al., 2010) เป็นต้น ตัวอย่างวิธีที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายที่นำมาใช้ในระดับนี้ (Asociatia Everest et al., 2012) ได้แก่

(1) โปรแกรมที่ใช้การสังเคราะห์ด้านจิตใจเป็นฐาน (*program based on psycho-synthesis*) โปรแกรมจะช่วยสำรวจโครงสร้างจิตใจของบุคคล ซึ่งคล้ายกับเป็นจิตใต้สำนึกของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจกับตัวเอง หลักการพื้นฐานการสังเคราะห์ด้านจิตใจคือการพัฒนาส่วนบุคคลและการให้คุณค่าของมนุษย์ การให้คุณค่าต่อชีวิต เป้าหมายและความคาดหวัง (Van Dierendonck, Garssen, & Visser, 2005)

(2) การบริหารเวลา (*time management*) เทคนิคต่างๆ และเครื่องมือขององค์กรสามารถนำมาใช้เพื่อลดความเครียดจากการทำงานที่มีจำนวนมาก งานจำนวนมาก หลักสูตรการจัดการเวลามีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดความสำคัญของงานตามลำดับก่อนหลัง ที่จะช่วยสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับคุณค่าในการทำงานของบุคคล (Asociatia Everest et al., 2012)

(3) โปรแกรมที่ใช้การเจริญสติเป็นฐาน (*mindfulness based program*) (Asociatia Everest et al., 2012; Drummond, 2012) นอกจากเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ลดความเครียดด้วยการใช้การเจริญสติแล้ว (*mindfulness-based stress reduction programs : MBSR*) ยังใช้เพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่ายได้อีกด้วย (Irving, Dobkin, & Park, 2009) เป้าหมายของโปรแกรมคือการเพิ่มความพึงพอใจและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเครียด (Bishop, 2002) การเจริญสตินี้นำไปประยุกต์ใช้ได้หลายลักษณะ ได้แก่ การเจริญสติในระหว่างวันโดยให้ใจจดจ่ออยู่กับการทำงาน การใช้เทคนิคการหายใจ และการทำสมาธิทั้งการเดินและการนั่ง เพื่อการมีใจจดจ่ออยู่กับสิ่งที่เป็ปัจจุบัน

2) การลดความเหนื่อยหน่ายระดับองค์กร จำเป็นต้องมีการจัดการด้านบุคลากรที่ดี กล่าวคือ องค์กรมีโครงสร้างชัดเจน เป็นระบบ มีวิธีในการสื่อสารที่ชัดเจน รวมทั้งมีการประเมินผลงาน การสนับสนุนบุคลากรในด้านการศึกษาและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างต่อการรับข้อเสนอแนะหรือข้อมูลย้อนกลับจากส่วนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายในระดับองค์กร (Asociatia Everest et al., 2012) รายงานการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันความเหนื่อยหน่าย พบว่าวิธีนี้มีการนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายเพียงร้อยละ 8 และการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับนี้เป็นการลดความเหนื่อยหน่ายในระยะยาวหรือมีระยะเวลามากกว่า 12 เดือน (Awa et al., 2010)

วิธีที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับองค์กร เน้นในเรื่องการปรับโครงสร้างกระบวนการทำงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน (*work performance appraisals*) และงานปรับเปลี่ยนการทำงานและการประเมินผลงาน (*work shift readjustments and job evaluation*) (Awa et al., 2010) ตัวอย่างวิธีที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับนี้ ได้แก่

(1) การนิเทศติดตาม (*supervision*) (Asociatia Everest et al., 2012) เป็นการสนับสนุนตนเองจากภายนอกโดยนักจิตวิทยาจากภายนอกด้วยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการกำกับติดตาม

ประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกอบรม เช่น การพูดคุยกับบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ความรู้ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ความเชื่อมั่น การจัดการ และการบรรเทาอาการ (Pross, 2006)

(2) การเรียนรู้แบบผสมผสานระหว่างกลุ่มเพื่อนร่วมงาน (*intersion*) เป็นวิธีการเรียนรู้แบบผสมผสานระหว่างกลุ่มเพื่อนร่วมงานที่ได้รับการแนะนำโดยผู้นำกลุ่มที่มีประสบการณ์ เพื่อปรับปรุงการทำงานของบุคคลแต่ละคนและเพื่อปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้การจัดสถานที่สำหรับบุคลากรเพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และความรู้สึกผ่านกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (*selfhelp aid groups*) จะมีประโยชน์ในการจัดการความเหนื่อยหน่าย (Asociatia Everest et al., 2012)

(3) การสนับสนุนของกลุ่มในเพื่อนร่วมงานที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (*supporting group among colleagues*) (Asociatia Everest et al., 2012) ช่วยให้เกิดความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ความเชื่อมั่น การจัดการ และการบรรเทาอาการ (Kretova et al. 2007 อ้างใน Asociatia Everest et al., 2012)

(4) โปรแกรมจิตบำบัด (*psychotherapeutic action programs*) เป็นการฝึกอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่อนคลาย การจัดการความเครียด การบำบัดด้วยความรู้ความเข้าใจ (*cognitive therapy*) และโปรแกรม *reinsertion* เป็นต้น โปรแกรมเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคล (Asociatia Everest et al., 2012)

(5) สุขภาพจิตศึกษา (*psycho-education*) เป็นการให้ข้อมูลที่ทันสมัยถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ตรงกับตามสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย ซึ่งเมื่อกล่าวถึงการป้องกันความเหนื่อยหน่าย จำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงสุขภาพจิตศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย (Asociatia Everest et al., 2012)

(6) การสอนวิธีเชิงบวกที่เน้นอารมณ์ (*teaching of positive strategies focused on the emotions*) (Asociatia Everest et al., 2012) มีความหมายเหมือนกับการสะท้อนอารมณ์ (*reflection*) ซึ่งก็คือการพัฒนาความตระหนักรู้ด้วยตนเอง การบูรณาการความรู้สึกและเหตุผล การทำความเข้าใจตนเอง การถามตัวเอง การสำรวจมุมมองต่อทางเลือกตามความคิดของตนเอง รวมทั้งการแสดงออกด้านความรู้สึก การกระทำและพฤติกรรม โดยการให้คำปรึกษา การใช้ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (*Cognitive Behavioral Therapy : CBT*) และการนิเทศทางคลินิก ส่วนการสอนวิธีการจัดการโดยวิธีเชิงลบ (เพิ่มความเหนื่อยหน่าย หรือความเครียด) ได้แก่ การต่อต้าน (*hostility*) การปรารถนาที่เกิดจากตนเอง (*self-delusion, wishful thinking*) การหลบหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นๆ (*escapism*) รวมทั้งการดูแลตนเอง (*self-care*) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหลังเลิกงาน หรือการเปลี่ยนชุดทำงาน เป็นต้น) (Fearon & Nicol, 2011)

(7) การดูแลตนเอง (Asociatia Everest et al., 2012) เป็นวิธีการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะกำหนดข้อจำกัดด้านเวลาและพลังงานของตนเอง หลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมมากเกินไป การมีส่วนร่วมในการใช้เวลาร่วมกับบุคคลอื่น การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน การค้นหาวิธีแก้ปัญหาโดยทันที

การเป็นส่วนหนึ่งของการอบรมหรือการฝึกอบรมเรื่องความเหนื่อยหน่าย การรักษาสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและอาชีพ การแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่นๆ เช่น เวลาวางสำหรับตนเอง ครอบครัวยุติ การผ่อนคลายและการทำกิจกรรมที่บ้าน เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดจากการทำงาน รวมทั้งการหา กิจกรรมที่จรรโลงด้านจิตใจและส่งเสริมด้านร่างกายจากการทำงาน (Spinetta et al., 2000)

3) การลดความเหนื่อยหน่ายแบบผสมผสาน เป็นการลดความเหนื่อยหน่ายที่นำเอาทั้งวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลและระดับองค์การมาผสมผสานร่วมกัน (Awa et al., 2010) รายงานการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันความเหนื่อยหน่าย พบว่าวิธีนี้มีมีการนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 24 และการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับนี้เป็นการลดความเหนื่อยหน่ายในระยะยาวหรือมีระยะเวลามากกว่า 12 เดือน (Awa et al., 2010)

2.1.4 ระยะเวลาในการลดความเหนื่อยหน่าย

รายงานการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันความเหนื่อยหน่าย พบว่าระยะเวลาที่จัดการแทรกแซงเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 2.5 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 68 มีระยะเวลาที่จัดการแทรกแซงเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่า 6 เดือน โดยมีการประเมินผลการจัดการแทรกแซง 3 ครั้งคือ ก่อน ระหว่าง และหลังการจัดการแทรกแซง ตามลำดับ (Awa et al., 2010)

จากรูปแบบหรือวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับรูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ระยะเวลาในการลดความเหนื่อยหน่าย และผลการลดความเหนื่อยหน่าย สรุปได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สรุปวิธี ระยะเวลา และผลการลดความเหนื่อยหน่าย

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการลดความเหนื่อยหน่าย	ระยะเวลา	ผลการลดความเหนื่อยหน่ายหลังการจัดการกระทำ	
				ทันที	6 เดือน
กัลยา เดชนันทรินทร์, (2537)	พยาบาลจำนวน 16 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่ม ละ 8 คน	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบ กลุ่ม	5 สัปดาห์	-ความเหนื่อยหน่าย รวมทั้ง 3 ด้าน ↓*	-
ภิญญา วงษ์นภแก้ว ทอง, (2545)	พยาบาล 21 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม	1. โปรแกรมการให้คำปรึกษา กลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง 2. โปรแกรมการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซ์ฟ	4 สัปดาห์	-ความเหนื่อยหน่าย ↓* (กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม)	-ความเหนื่อย หน่ายของกลุ่ม ทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่าง กับกลุ่ม ควบคุม* (1 เดือน หลังการทดลอง)

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการลดความเหนื่อยหน่าย	ระยะเวลา	ผลการลดความเหนื่อยหน่ายหลังการจัดการกระทำ	
				ทันที	6 เดือน
Mackenzie et al. (2006)	พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 30 คน	โปรแกรมการลดความเครียดโดยวิธีการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction : MBSR)	4 สัปดาห์	EE ↓*, DP ↑*, PA ↔	-
Gunusen, & Ustun, (2010)	พยาบาล จำนวน 108 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 36 คน คือ กลุ่มการฝึกการปรับตัวกลุ่มสนับสนุนและกลุ่มควบคุม	1. การฝึกการปรับตัว (coping training) 2. กลุ่มสนับสนุน (support groups)	ไม่ระบุ	EE ↓ DP ↔ , PA ↔	EE ↑ DP ↔ , PA ↔
Kravits et al. (2010)	พยาบาล จำนวน 248 คน	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational program) เป็นกิจกรรมการให้ความรู้	3 เดือน	EE ↓*, DP ↓*, PA ↑	-
Redhead et al, (2011)	qualified nurse และ unqualified nurse จำนวน 42 คน	โปรแกรมการฝึกด้านจิตสังคม (Psychosocial interventions : PSI) เป็นกิจกรรมการให้ความรู้	8 เดือน	Qualified nursing: EE ↓, DP ↓*, PA ↑ Unqualified nursing: EE ↔ , DP ↔, PA ↔	-
Goodman & Schorling (2012)	แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 93 คน	หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่ใช้ลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติ (Mindfulness Based Stress Reduction : MBSR)	ระบุไม่ชัดเจน	EE ↓*, DP ↓*, PA ↑	-
Asuero et al. (2014)	บุคลากรด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ (แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรอื่น) จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้วิธีการเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based psychoeducational) ประกอบด้วย การให้ความรู้การป้องกันความเหนื่อยหน่าย การฝึกการเจริญสติ การเล่าประสบการณ์การทำงาน การอภิปราย และการฝึกการเจริญสติตามวิถีทัศน์ที่บ้าน	8 สัปดาห์	ความเหนื่อยหน่ายโดยรวม ↓* EE ↓*, DP ↓* , PA ↑*	-

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการลดความเหนื่อยหน่าย	ระยะเวลา	ผลการลดความเหนื่อยหน่ายหลังการจัดการกระทำ	
				ทันที	6 เดือน
Magtibay et al. (2017)	พยาบาล จำนวน 50 คน	การฝึกอบรมการจัดการความเครียดและความยืดหยุ่นตัว (Stress Management and Resiliency Training) ในรูปแบบการเรียนรู้ในห้องเรียน จากเว็บไซต์ จำนวน 12 โมดูล (มีทั้งหมด 24 บทเรียน)	8 สัปดาห์	ความเหนื่อยหน่าย (Copenhagen Burnout Inventory) 1. ความเหนื่อยหน่ายของบุคคล (personal burnout) 8 wks = ↓* 12 wks = ↓* 2. ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน (work burnout) 8 wks = ↓* 12 wks = ↓* 3. ความเหนื่อยหน่ายที่ได้รับจากผู้รับบริการ (client/customer burnout) 8 wks = ↓* 12 wks = ↓*	1. ความเหนื่อยหน่ายของบุคคล ↓* 2. ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน ↓* 3. ความเหนื่อยหน่ายที่ได้รับจากผู้รับบริการ ↓*
Wei et al. (2017)	พยาบาล จำนวน 120 คน	1. การแทรกแซงแบบกระตุ้น (active intervention) ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การกระตุ้นให้พูดเกี่ยวกับปัญหาและความเครียดและการช่วยเหลือโดยพิจารณาถึงระบบการจัดเวร และการประชุมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 2. การจัดการตามปกติ (regular management) เป็นการฝึกอบรมในเรื่องทักษะการสื่อสาร การลดความขัดแย้ง การประเมินประสิทธิภาพ การควบคุมอารมณ์ และ ทักษะการทำงาน	6 เดือน	EE ↓*, DP ↓*	-

หมายเหตุ

↑* เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant increase/improvement) ($p < 0.05$)

↑ เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (no significant increase/improvement) ($p > 0.05$)

↓* ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant decrease/worsening) ($p < 0.05$)

↓ ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (no significant decrease/worsening) ($p > 0.05$)

↔ ไม่เปลี่ยนแปลง (unchanged/no difference)

Emotional Exhaustion : EE = ความเหนื่อยหน่ายความอ่อนล้าทางอารมณ์

Depersonalization : DP = ความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล

Personal accomplishment : PA = ความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

2.2 รูปแบบการป้องกันความเหนื่อยหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงรูปแบบการป้องกันความเหนื่อยหน่ายที่นำมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพอย่างเฉพาะเจาะจงแต่ได้มีผู้เสนอแนวทางในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายที่นำไปใช้กับแพทย์และบุคลากรการแพทย์ ในรูปแบบของมิติการป้องกันความเหนื่อยหน่าย (the burnout prevention matrix) ซึ่งเน้นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) กล่าวคือ เป็นการป้องกันความเหนื่อยหน่ายตั้งแต่ในระยะแรกที่เริ่มแสดงอาการของความเหนื่อยหน่ายเพื่อป้องกันไม่ให้อาการนั้นดำเนินไปจนเข้าสู่ระยะรุนแรง และการป้องกันในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) กล่าวคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่รุนแรง หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจากความเหนื่อยหน่ายที่ได้แสดงอาการชัดเจน และกำลังได้รับการบำบัดรักษาอยู่ (Drummond, 2012)

ผู้วิจัยจึงได้นำมิติของการป้องกันความเหนื่อยหน่ายนี้ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังภาพที่ 2.1

	การลดความเครียดและความเหนื่อยหน่าย	การเสริมพลัง
บุคคล	<p>ส่วนที่ 1</p> <p>กิจกรรมที่บุคคลใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของตนเอง</p>	<p>ส่วนที่ 2</p> <p>กิจกรรมที่บุคคลใช้เสริมพลังให้ตนเอง</p>
องค์กร	<p>ส่วนที่ 3</p> <p>กิจกรรมที่องค์กรใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของบุคลากร</p>	<p>ส่วนที่ 4</p> <p>กิจกรรมที่องค์กรใช้เสริมพลังให้บุคลากร</p>

ภาพที่ 2.1 แนวทางในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ที่มา ดัดแปลงจาก มิติของการป้องกันความเหนื่อยหน่าย (Drummond, 2012)

มิติของการป้องกันความเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วยตาราง 4 ส่วน (Drummond, 2012) มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นกิจกรรมที่บุคคลนำไปใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายให้กับตนเอง กิจกรรมในส่วนที่ 1 นี้ช่วยลดความเครียดได้รวดเร็ว มีวิธีการที่สำคัญดังนี้

1) การเจริญสติเพื่อบรรเทาความเครียด (*mindfulness based stress relief: MBSR*) เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การทำสมาธิ และการเจริญสติ เป็นต้น

2) การเขียนบันทึกประจำวันเพื่อให้เกิดความตระหนักในตนเอง เนื้อหาของการเขียนบันทึกประจำวัน จะเล่าถึงชีวิตประจำวันและความรู้สึกที่สะท้อนประสบการณ์ ความตั้งใจเป้าหมาย/ความปรารถนา

3) การรู้จักชื่นชมและให้รางวัลกับตนเองเมื่อทำงานประสบผลสำเร็จ ตั้งแต่งานชิ้นเล็กๆ ไปจนถึงงานชิ้นใหญ่ๆ

4) การใช้ภาวะผู้นำ การมอบหมายงาน และทักษะกระบวนการจัดการผู้ป่วย ดังนี้
(1) การเรียนรู้และการฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะความฉลาดทางอารมณ์
(2) การฝึกตนเองในการเผชิญกับอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียด เพื่อให้การจัดการดังกล่าวมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

(3) การใช้ทักษะการเป็นผู้นำแบบมีส่วนร่วม โดยใช้คำถามปลายเปิดในการถามแทนการใช้คำสั่ง

(4) การเรียนรู้ที่จะขอและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในทีม

(5) การมอบหมายงานและการติดตามการทำงาน

(6) การใช้การแก้ปัญหาแบบกลุ่มและกระบวนการในการพัฒนาทักษะ

(7) การประชุมทีมการทำงานแบบรายเดือน เพื่อปรับปรุงระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดย

ก) การจัดทำรายการปัญหา หรือประเด็นที่ต้องการแก้ไข โดยให้ทุกคนในทีมสามารถนำปัญหาที่พบมากำหนดเป็นรายการปัญหาได้

ข) การนำกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อระดมความคิดในการแก้ปัญหา

ค) การเลือกปัญหาที่มีความสำคัญเพื่อนำมาแก้ไขก่อน

ง) การกำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา

จ) การกำหนดผู้รับผิดชอบต่อแผนปฏิบัติการที่กำหนดขึ้น

ฉ) การติดตามแผนปฏิบัติการในการประชุมครั้งต่อไป

ช) การทำงานควรใช้กระบวนการพัฒนาอย่างน้อยหนึ่งขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่ได้บันทึกไว้

5) การจัดการทำงานอย่างเป็นระบบ เช่น การสร้างระบบการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ การสร้างระบบการติดตามตรวจสอบ การสร้างระบบการรายงานผลการทดสอบผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติ และการมอบหมายการจัดการระบบทั้งหมดให้กับบุคคลอื่น โดยคงตัวเองเป็นผู้นำในการรักษาระบบ

6) การกำหนดวิสัยทัศน์ และอาชีพของตนเอง เช่น

(1) การสร้างวิสัยทัศน์การทำงานในอุดมคติของตนเอง

(2) การจำลองสถานการณ์การทำงานที่เหมาะสมในอุดมคติของตนเอง โดยการตั้งคำถามเพื่อถามตนเองเกี่ยวกับงาน ในประเด็นดังนี้

ก) ท่านอยากทำงานกับคนใช้วันละกี่ชั่วโมง และทำหัตถการอะไร

ข) ท่านอยากให้อะไรมาเป็นโครงสร้างและวัฒนธรรมของกลุ่ม

ค) ท่านอยากไปเที่ยวที่ไหนและอยากทำอะไรในวันหยุด

ง) ท่านได้รับค่าจ้างเท่าไร และได้รับสวัสดิการอะไรบ้าง

(3) การระดมความคิด การจัดลำดับความสำคัญ และการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อปรับวิธีการทำงานหรือโครงสร้างการทำงาน โดยคำนึงถึงการผสมผสานระหว่างการทำงานทั้งผู้ป่วย วิธีการทำงาน และความคิดในอุดมคติ

(4) การผสมผสานการดำเนินการตามขั้นตอนการทำงานในปัจจุบันร่วมกับขั้นตอนการทำงานในอุดมคติ

(5) การพิจารณาเปลี่ยนแปลงงานหรือโครงสร้างการทำงาน เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของบุคลากร

(6) การพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้ป่วยหรือปัญหาโดยใช้ระบบการส่งต่อ (ส่งไปให้โรงพยาบาลอื่น หรือ ชุมชน)

6) การรักษาความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลสำคัญที่อยู่รอบตัว ถือเป็นแหล่งพลังของชีวิตที่ทำให้เกิดความผาสุก หากความสัมพันธ์หลักกำลังประสบกับปัญหาความขัดแย้งหรือไม่สามารถสร้างความสมดุลต่อความรับผิดชอบในครอบครัว จะทำให้กลายเป็นความเหน็ดเหนื่อยและความเหนื่อยหน่ายในที่สุด แนวทางปฏิบัติมีดังนี้ การนัดหมายหรือการสังสรรค์กับบุคคลสำคัญตามปกติ และการปรึกษาปัญหาครอบครัวกับผู้ที่เราไว้วางใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

7) การวางแผนการดำเนินชีวิตรายสัปดาห์ เช่น การวางแผนและกำหนดเวลาการทำกิจกรรมต่างๆ ของตนเองเป็นรายสัปดาห์ การทราบรายละเอียดของกิจกรรมและเวลาที่จะทำในแต่ละสัปดาห์ และการปฏิบัติตามกำหนดเวลาการทำกิจกรรมต่างๆ ของตนเองตลอดเวลา เนื่องจากการกำหนดเวลาการทำกิจกรรมต่างๆ นี้ จะช่วยให้สามารถเริ่มต้นวางแผนชีวิตของตนเองในช่วงเวลาทำงานได้อย่างมั่นใจ

8) การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว เช่น การจัดทำแผนประจำปีของตนเอง ใ้ไว้ทุกไตรมาสในแต่ละปี การทบทวนแผนรายไตรมาสในเดือนสุดท้ายของแต่ละไตรมาส การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามการปรับปรุงโครงการหรือระบบงานต่างๆ การกำหนดและการติดตามเป้าหมายด้านการเงินหรือเป้าหมายการทำงาน และการวางแผนและการจูงใจกิจกรรมการฝึกอบรม การประชุมต่างๆ โดยใช้วันหยุดส่วนตัว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เป็นกิจกรรมที่บุคคลนำไปใช้ในการเสริมพลังให้แก่ตนเอง มีวิธีการที่สำคัญดังนี้

1) การกำหนดขอบเขตระหว่างการทำงานและภาระที่บ้าน เป็นการสร้างขอบเขตจะช่วยให้ตนเองออกมาจากการทำงาน เช่น การอาบน้ำและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นสิ่งแรกๆ ที่ควรทำเมื่อกลับถึงบ้าน การฟังเพลง การกำหนดลมหายใจผ่อนคลาย และการเดินเล่น เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้ทิ้งบทบาทของตนเองไปชั่วขณะ ก่อนจะกลับมาทำหน้าที่อีกครั้ง

2) การกำหนดช่วงเวลาของชีวิตส่วนตัวในแต่ละสัปดาห์ เช่น การประยุกต์การจัดตารางเวลาการทำงานมาใช้ในการจัดตารางเวลาของการดำเนินชีวิต รวมทั้งการรู้จักปฏิเสธอย่างนุ่มนวล

3) การกำหนดและการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายของตนเอง

4) การวางแผนเรื่องอาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และคุณภาพ การเตรียมอาหารไปรับประทานที่ทำงาน และการกำหนดรายการอาหารที่จะซื้อและไม่ซื้ออาหารในขณะที่หิว

5) การจัดลำดับความสำคัญของตารางเวลา และเวลาการลงมือปฏิบัติสำหรับสัมพันธภาพที่สำคัญของตนเอง เช่น การมีเวลาส่วนตัวกับครอบครัว คนรัก และเพื่อนฝูง

6) การจัดลำดับความสำคัญ การกำหนดตารางเวลา และการลงมือปฏิบัติตามกิจกรรมยามว่างของตนเอง ชมรม และองค์กร โดย การจัดลำดับความสำคัญกิจกรรมและการกำหนดตารางเวลาในด้านต่างๆ เช่น ด้านการพักผ่อน ด้านจิตวิญญาณ

7) การบันทึกความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 เป็นกิจกรรมที่องค์กรนำไปใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายให้กับบุคลากร มีวิธีการที่สำคัญดังนี้

1) ความยึดมั่นผูกพันของผู้นำองค์กรต่อความผาสุกของบุคลากร

2) ความมุ่งมั่นของพันธกิจองค์กรต่อความผาสุกและความพึงพอใจของบุคลากร เช่น การมีแผนสำหรับการดูแลสุขภาพ ความผาสุกและความพึงพอใจของและบุคลากร

3) การกำหนดโครงการสร้างความผาสุกขององค์กร

4) การเดินสำรวจของกิจการเกี่ยวกับความผาสุกของบุคลากร

5) การสื่อสารโปรแกรมการลดความเครียดและความผาสุกอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้จดหมายข่าว สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์

6) การสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรและข้อเสนอแนะในการพัฒนาความ
ผาสุกอย่างสม่ำเสมอ

7) การใช้กิจกรรม “กล่องคำแนะนำ” และการแก้ไขโดยใช้แนวความคิดจากการ
ปฏิบัติตามคำแนะนำ

8) การจัดโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อสร้างทักษะต่างๆ แก่บุคลากร เช่น ทักษะทีมผู้นำ
ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประชุม ทักษะการชี้แนะ ทักษะการจัดการความเครียดและการป้องกันความ
เหนื่อยหน่าย ทักษะการจัดการการเปลี่ยนแปลง และทักษะการแก้ปัญหาและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นต้น

9) การจัดการระบบสนับสนุนการทำงานแก่บุคลากร ได้แก่ การจัดระบบการ
ให้บริการผู้ป่วยโรคที่สำคัญ การจัดระบบการทดสอบและการรายงานผลการทดสอบของผู้ป่วย
เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการและขั้นตอนกระบวนการให้บริการต่างๆ การจัดระบบการรับ
ผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และการจัดระบบการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นต้น

10) การสนับสนุนความยืดหยุ่นชั่วโมงทำงานเต็มเวลาและชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา

11) การสร้างระบบพี่เลี้ยง เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ตรวจสอบติดตาม และ
ประเมินผลการทำงานบุคลากรที่จบใหม่

12) การฝึกทักษะการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ไม่ดี/ข้อผิดพลาด ได้แก่ วิธีการถ่ายทอด
ผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว และการแสดงการพุดเสียดใจที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

ส่วนที่ 4 เป็นกิจกรรมที่องค์กรนำไปใช้ในการเสริมพลังให้แก่บุคลากร มีวิธีการที่สำคัญดังนี้

1) การทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว

2) การจัดโปรแกรมที่น่าสนใจในหน่วยงาน ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด
และการป้องกันความเหนื่อยหน่าย โปรแกรมการฝึกการเจริญสติ การทำสมาธิ โปรแกรมการออกกำลังกาย
เพื่อลดความเครียด เช่น โยคะ ไทเก๊ก เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกายในสถานที่ทำงาน

3) การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมที่จัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม / งานเลี้ยง / กิจกรรม
การกุศลในสถานที่ต่างๆ

4) การจัดทัศนศึกษาออกสถานที่

5) การสร้างและสนับสนุนวัฒนธรรมความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

กล่าวโดยสรุปรูปแบบการลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่าย มี 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การ
ลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่าย ระดับบุคคล ระดับองค์กร และแบบผสมผสาน สำหรับรูปแบบการ
ลดและการป้องกันความเหนื่อยหน่ายแบบผสมผสาน เป็นการนำรูปแบบการลดและการป้องกันความเหนื่อย
หน่ายของสองแบบแรกมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ซึ่งแต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน การที่จะ
เลือกใช้รูปแบบใดในการลดความเหนื่อยหน่ายนั้นควรพิจารณาในเรื่อง 1) ช่วงเวลาที่ต้องการให้ความ

เหนื่อยหน่ายลดลงและคงอยู่ 2) วิธีหรือเทคนิคที่จะนำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การใช้เทคนิคเดียว หรือการใช้หลายๆ เทคนิคร่วมกันเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย และ 3) บุคคลที่จะนำเทคนิคการลดความเหนื่อยหน่ายไปใช้ ควรมีความรู้ความเข้าใจในเทคนิคนั้นๆ เป็นต้น

2.3 กิจกรรมในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่ปรากฏว่ามีการรวบรวมกิจกรรมที่ใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้สรุปกิจกรรมที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล แบ่งเป็น 3 กิจกรรมดังนี้

2.3.1 การเจริญสติ หรือ การฝึกสติ (mindfulness)

สติเป็นการรู้อารมณ์ของตนเอง เมื่อบุคคลมีสติรับรู้อารมณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาสู่จิต อารมณ์จะไม่สามารถครอบงำจิตของบุคคลได้ สติเป็นสิ่งที่สามารถฝึกให้มีได้ เกิดจากการฝึกระลึกรู้อารมณ์ตนเองบ่อยๆ จนจิตจดจำสภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามา เช่น ความรัก ความโกรธ ความโลภ และความหลง เป็นต้น สติจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต และทำงานอย่างมีความสุข รวมทั้งความสามารถแก้ปัญหาได้ (ดวงพร ธรรมะ, 2558)

การเจริญสติหรือการฝึกสติ ช่วยทำให้บุคคลเข้าใจตนเองได้มากขึ้น เช่น รู้ว่าจิตใจตนเองกำลังขุ่นมัว หรือรู้ว่าตัวเองกำลังทุกข์ เมื่อบุคคลรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และจัดการตนเองให้เข้ากับความเป็นจริงได้อย่างมีสติ ช่วยให้บุคคลมองปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น รู้จักปล่อยวางและยอมรับที่จะอยู่กับสิ่งต่างๆ รอบตัวได้อย่างกลมกลืนสอดคล้อง จิตใจเกิดความสงบ ไม่เรียกร้องและไม่อึดอัด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

การเจริญสติหรือการฝึกสติ เป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถฝึกทำได้ วิธีการฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติที่นิยมทำกันในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติในชีวิตประจำวันตามปกติ และ 2) การฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติด้วยรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะ มีหลายวิธี เช่น การเจริญสติหรือการฝึกสติด้วยรูปแบบการเดินจงกรม การรู้ลมหายใจ การยกมือเป็นจังหวะ และการใช้คำบริกรรม (สุรวัดน์ เสรีวิวัฒนา, 2553) เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่ฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติด้วยรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะนี้ จะมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการฝึกด้วยรูปแบบการเดินจงกรม การรู้ลมหายใจ การยกมือเป็นจังหวะ และการใช้คำบริกรรมมาก่อน

ในที่นี้จะกล่าวถึงการเจริญสติหรือการฝึกสติในชีวิตประจำวันตามปกติ เพราะผู้ฝึกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองได้ การฝึกทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และสามารถทำได้บ่อยครั้งตามที่ผู้ฝึกต้องการ รวมทั้งผู้ที่ไม่เคยฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติ หรือไม่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเจริญสติหรือการฝึกสติมาก่อนก็สามารถปฏิบัติตามได้ การเจริญสติหรือการฝึกสติ

ในชีวิตประจำวัน เป็นเสมือนการนำความรู้การฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติไปใช้ในชีวิตจริง ประกอบด้วย 1) การสังเกตความรู้สึกสภาวะทางกายของบุคคลที่กำลังปรากฏอยู่ หรือเรียกว่า คุกกาย และ 2) การสังเกตความรู้สึกสภาวะทางใจของบุคคลที่กำลังปรากฏอยู่ หรือเรียกว่า คุกจิต การฝึกด้วยวิธีการนี้ ให้ได้ผลดีต้องฝึกสังเกตความรู้สึกทั้งสภาวะทางกายและทางใจไปพร้อมๆ กัน ดังนั้น ถ้าผู้ฝึกรู้สึกว่ สภาวะทางกายปรากฏอยู่ชัด ก็ให้หัดสังเกตความรู้สึกสภาวะทางกายไป หรือ ถ้าผู้ฝึกรู้สึกว่ สภาวะ ทางใจปรากฏอยู่ชัด ก็ให้สังเกตความรู้สึกสภาวะทางใจ เป็นต้น (สุรวัดน์ เสรวิวัฒนา, 2553)

แนวทางการฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติในชีวิตประจำวัน

การฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติในชีวิตประจำวันมีแนวทาง (สุรวัดน์ เสรวิวัฒนา, 2553) ดังนี้

1) ผู้ฝึกสามารถทำการฝึกการเจริญสติหรือการฝึกสติในชีวิตประจำวันได้ โดยควร ฝึกทุกวัน จัดเป็นตารางเวลาที่แน่นอน และควรเป็นช่วงเวลาเช้าและก่อนนอน ครั้งละ 10-20 นาทีจึงจะได้ผลดี

2) บุคคลแต่ละคนมีกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันหลายอย่างทั้งกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมการทำงาน การอยู่ในอิริยาบถต่างๆ เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน เป็นต้น รวมทั้งมีการรับรู้จาก ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัสด้วยกาย ส่วนในทางใจก็จะมีความรู้สึกล โกรธ หลง หดหู่ ฟุ้งซ่าน ยินดี พอใจ ไม่ยินดี ไม่พอใจ ฯลฯ เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลง ไปตามสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม หรือเกิดมีสภาวะของร่างกาย และจิตใจปรากฏอยู่ตลอดเวลา

การฝึกด้วยวิธีการนี้ ขณะผู้ฝึกทำกิจกรรมโดยอยู่ที่ตาม ให้ผู้ฝึกสังเกตหรือรู้สึกถึง สภาวะของร่างกายและสภาวะของจิตใจสลับกันไป ขึ้นอยู่กับว่าขณะที่สังเกตนั้นผู้ฝึกรู้สึกถึงสภาวะของ ร่างกายหรือจิตใจได้ชัด เมื่อมีสภาวะใดก็ตามกำลังปรากฏเป็นสิ่งที่ถูกสังเกตหรือรู้สึกอยู่ ก็ให้สังเกตหรือ รู้สึกอยู่ด้วยจิตที่สบายๆ ไม่ต้องเพ่งจ้องกาย ไม่ต้องเพ่งจ้องจิต ไม่ต้องฝืนบังคับจิตใจ ไม่ต้องพยายามที่ จะสังเกตหรือรู้สึกให้ได้ตลอดเวลา แต่ให้สังเกตหรือรู้สึกได้บ้าง เผลอหลงลืมไปบ้าง แล้วเกิดจิตที่มีสติ รู้สึกตัวขึ้นมาเอง จะกลับมาสังเกตหรือรู้สึกได้ใหม่ว่า มีร่างกายกำลังทำกิจกรรมนั้นอยู่

2.3.2 การทำสมาธิ (meditation)

สมาธิ คือ อากาที่ใจหยุดนิ่ง ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว ใจสงบรวมเป็นหนึ่ง ความบริสุทธิ์ผ่องใสผุดขึ้นในใจ (พระมหาสมชาย ฐานวุฑโฒ, 2555)

การทำสมาธิ เป็นการเรียนรู้ที่ช่วยให้จิตใจมีความสงบ ซึ่งความสงบนี้เป็น วิถีธรรมชาติที่สามารถช่วยลดอาการปวดและความไม่สุขสบาย หลักของการทำสมาธิคือการเอาใจ ไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การทำสมาธิ นำไปใช้ลดอาการที่แสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อันเป็นผลมาจากความเครียด เช่น

อาการเฉยเมยไร้อารมณ์ (apathy) ความรู้สึกแยกตนเอง (detachment) และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพในบุคคลที่มีความเครียดและความเหนื่อยหน่าย (Hevezi, 2016) เป็นต้น

แนวทางการทำสมาธิ

การทำสมาธิสามารถทำได้หลายวิธีตามความถนัดและความชอบของแต่ละบุคคล ในที่นี้จะกล่าวถึงการทำสมาธิอย่างง่ายที่ใช้วิธีการนับลมหายใจและยุติการคิดเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติได้ง่ายในบุคคลทุกเพศทุกวัย ได้ผลเร็ว โดยมีแนวการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ฝึกหยุดความคิดด้วยการตามรู้ลมหายใจ

เป็นการฝึกรับรู้ลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูก ลักษณะเหมือนกับการเอาหลังมือมารองลมหายใจ แต่ที่ปลายจมูกจะมีประสาทรับรู้ความรู้สึกน้อยกว่าและเบากว่าเดิม บุคคลที่จะรับรู้ได้ จำเป็นต้องหยุดความคิดทั้งหมด

เริ่มแรก นั่งในท่าที่สบาย โดยการนั่งกับพื้นหรือนั่งบนเก้าอี้ หลังขาเอามือประสานไว้บริเวณท้องหรือวางแขนไว้บนขา แล้วหายใจเข้าออกยาวสัก 4-5 รอบ มุ่งความสนใจไปรับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก เมื่อหาพบแล้วให้สังเกตว่าความรู้สึกข้างไหนชัดกว่า แล้วสังเกตลมหายใจข้างที่ชัดกว่านั้นเพียงข้างเดียวไปเรื่อยๆ ด้วยการหายใจตามปกติ โดยไม่ต้องนับหรือใช้ถ้อยคำใด

ขั้นตอนที่ 2 ฝึกจัดการกับความคิดที่สอดแทรกเพื่อให้จิตสงบ

เมื่อเริ่มรับรู้ลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูกขณะหลับตาได้แล้ว จะพบว่าความคิดหยุดลงได้เพียงชั่วคราวแล้วจะกลับมาอีก เพราะบุคคลมีสิ่งสะสมอยู่ในจิตได้สำนึกมากมาย ดังนั้นขั้นต่อไปจึงเป็นการฝึกลมหายใจอย่างต่อเนื่อง โดยไม่สนใจเสียงและสิ่งรบกวนจากภายนอก วิธีการฝึกคือ ถ้าผลลคิดเรื่องอื่นก็ขอแสร้งตัวแล้วกลับไปรับรู้ลมหายใจใหม่ ด้วยการหายใจเข้าออกยาวๆ สัก 2 ครั้ง แล้วเฝ้าดูลมหายใจต่อเหมือนเดิมให้ได้สัก 3-4 นาที ซึ่งในช่วงเริ่มแรกการหยุดความคิดขึ้นเป็นระยะถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่สิ่งที่คุณทำได้คือไม่คิดตามเมื่อรู้ตัวว่ามีความคิดเกิดขึ้น ฝึกเช่นนี้ไปเรื่อยๆ แล้วจะสามารถปล่อยความคิดในจิตได้สำนึกออกไปจนเบาบางลงและทำให้เรารู้ลมหายใจต่อเนื่องมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกจัดการกับความง่วงจนจิตสงบและผ่อนคลาย

เมื่อมีสมาธิแล้วควรนั่งสมาธิให้ได้อย่างน้อย 8-10 นาที แต่บางคนเมื่อทำสมาธิได้แล้วจะเกิดความง่วงเข้ามาแทรก สามารถแก้ไขด้วยการยืดตัวตรง หายใจเข้าออกลึกๆ สัก 4-5 ครั้ง หรือจินตนาการเป็นหลอดไฟที่สว่างจ้าสักพัก แล้วกลับไปรับรู้ลมหายใจให้ต่อเนื่อง หากง่วงจริงๆ ก็สามารถเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น ลูกขี้ยืน เดิน ดื่มน้ำ หรือล้างหน้า แล้วกลับมานั่งสมาธิต่อได้

2.3.3 การผ่อนคลาย (relaxation)

การผ่อนคลายเป็นทักษะที่บุคคลอาจใช้เวลาพอสมควรในการทำ การเริ่มต้นการทำ การผ่อนคลายด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม จะใช้เวลา 5-15 นาทีต่อวัน และทำให้ได้นานอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน บุคคลที่ฝึกฝนการทำ การผ่อนคลายจะทำให้เกิดความเคยชิน ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นและรู้สึกดี บุคคลจะมีวิธีการผ่อนคลายที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สามารถจำแนกการผ่อนคลาย 2 วิธี ดังนี้

1) การผ่อนคลายโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เป็นวิธีการผ่อนคลายที่บุคคลทำแล้วมีความสุขและสนุกสนาน ได้แก่ การฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี การดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ การเดินรำลึลาศ การทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่างๆ การปลูกต้นไม้ ทำสวน การเล่นกับสัตว์เลี้ยง การจัดห้อง ตกแต่งบ้าน การอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ เขียนบทกลอน การสะสมแสตมป์ พระเครื่อง หรือเครื่องประดับ การถ่ายรูปการจัดอัลบั้ม การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การท่องอินเทอร์เน็ต การพูดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ การไปซื้อของ การนอนหลับพักผ่อน และการไปท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ เป็นต้น ("Relaxation," 2015; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) รวมทั้งการออกกำลังกาย ควรเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจและมีความสุขสนุกสนาน การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งช่วยปรับปรุงอารมณ์ของบุคคลและมีสุขภาพที่ดี ("Relaxation," 2015) ตัวอย่างการออกกำลังกาย เช่น ยืดเส้นยืดสาย เต้นแอโรบิก รำมวยจีน โยคะ ไทชิ เดิน จักรยาน และว่ายน้ำ รวมทั้งการทำสมาธิที่บ้าน เป็นต้น ("Relaxation," 2015; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) เป็นการนำ เทคนิคหรือวิธีการต่างๆ มาใช้ในการทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ผ่อนคลาย ไม่มีความตึงตัว การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ซึ่งจะมีผลในการลดการคิดฟุ้งซ่าน ความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยให้จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, 2542) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ถูกนำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่ายและได้ผลดี (กัญญา วงษ์นกแก้วทอง, 2545)

แนวทางการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แนวทางการฝึกสรุปได้ 7 ขั้นตอน (Cormier, 1979 อ้างถึงใน กัญญา วงษ์นกแก้วทอง, 2545) ดังนี้

(1) การใช้คำพูด (verbal set) เป็นการอธิบายให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึง ผลดี ผลเสียของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น ผู้ให้การฝึกอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่า “กระบวนการนี้ถ้าฝึกอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้คุณมีการผ่อนคลายมากขึ้น หรือจะ

ช่วยให้คุณหลับสบายมากยิ่งขึ้น” หรืออาจบอกว่า “วิธีการนี้เป็นการเรียนรู้ที่จะเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ จนตลอดร่างกายของคุณ จะทำให้คุณตระหนักถึงความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และจากการเรียนรู้นี้ คุณสามารถสอนให้ตัวคุณเข้าถึงการผ่อนคลายได้”

ผู้ให้การฝึกอธิบายให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงผลดี ผลเสียของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ถ้าจะให้ได้ผลดีนั้น ผู้รับการฝึกควรจะมีทักษะและต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ให้การฝึกควรชี้แจงให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงความรู้สึกบางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความรู้สึกแปลกใหม่อย่างไม่เคยได้รับมาก่อน เช่น ความรู้สึกสบายรู้สึกเหมือนล่องลอยอยู่จนทำให้รู้สึกกลัวการฝึกก็ได้ และต่อจากนั้นเป็นการชี้แจงตอบคำถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ของผู้รับการฝึก

(2) การแนะนำเกี่ยวกับเสื้อผ้าและเครื่องประดับ (*instruction about dress*)

ก่อนที่จะเริ่มการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้รับการฝึกจะได้รับแนะนำถึงการสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมโดยไม่หลวมหรือรัดแน่นเกินไป และชุดที่ใช้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในขณะที่ฝึก เช่น ถ้าผู้รับการฝึกสวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ ควรแนะนำให้ถอดออกเพื่อไม่ทำให้เกิดการรบกวนในขณะที่หลับตา

(3) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฝึก (*creation of a comfortable environment*) การเลือกสถานที่ที่เหมาะสมถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความสำเร็จในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้รับการฝึกควรเลือกสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบปราศจากเสียงรบกวนต่างๆ เช่น เสียงโทรทัศน์ เสียงพูดคุยกันนอกห้อง เลือกใช้เก้าอี้ที่มีความอ่อนนุ่มเพื่อให้ผู้รับการฝึกเกิดความสบายยิ่งขึ้น ถ้าไม่สามารถหาเก้าอี้ลักษณะดังกล่าวได้ อาจใช้เก้าอี้บุวมที่มีพนักพิง เพื่อให้ผู้รับการฝึกสามารถพิงหลังและปล่อยแขนลงได้อย่างสบายๆ

(4) การสาธิตการผ่อนคลาย (*counselor modeling of the relaxation exercise*)

ผู้ให้การฝึกสาธิตการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับการฝึก โดยทำก่อนที่จะเริ่มการฝึกผู้ให้การฝึกจะสาธิตการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่แขนทั้งสองข้าง ดังนี้ หงายมือข้างใดข้างหนึ่งแล้วเหยียดนิ้วทั้ง 5 นิ้ว จากนั้นค่อยๆ กำมือให้แน่นแล้วคลายมือออกซ้ำๆ พร้อมทั้งเหยียดนิ้วอย่างเต็มที่ การสาธิตเป็นตัวอย่างเช่นนี้จะทำทุกส่วนของร่างกายและกระทำก่อนที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มอื่นๆ ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยายามให้ผู้รับการฝึกพิจารณาเปรียบเทียบกับความแตกต่างระหว่างขณะที่เกร็งและขณะที่ผ่อนคลายว่าแตกต่างกันอย่างไร

(5) การแนะนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ (*instruction for muscle relaxation*) ช่วยให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้และเข้าใจถึงกลุ่มกล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกาย จำนวน 10 กลุ่ม รวมทั้งฝึกการเกร็งและการคลายกล้ามเนื้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนี้

ก) มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย

ข) มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกันกับ ก)

ค) หน้าผาก โดยเล็กนิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดนิ้วแล้วคลาย
 ง) ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ข่นจมูกแล้วคลาย
 จ) ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่น แล้วคลาย

ฉ) คอ โดยก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
 ช) ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลายยกไหล่สูงแล้วคลาย
 ซ) หน้าท้อง และก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
 ญ) เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขา
 กระดกปลายเท้าแล้วคลาย

ณ) เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกันกับข้อ 9)
 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มีดังนี้

ก) ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะเวลาที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง 3-5 วินาที ผ่อนคลาย 10-15 วินาที เป็นต้น

ข) เวลาคำมือ ระวังอย่าให้เจ็บจิกเนื้อตัวเอง
 ค) ควรฝึกประมาณ 8-12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
 ง) เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้โดย
 โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน

จ) อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลา น้อยลง และสะดวกมากขึ้น

(6) การประเมินภายหลังการฝึก (post-training assessment) ภายหลังที่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ผู้ให้การฝึกควรสอบถามถึงความรู้สึก ปัญหา และข้อ สงสัยของผู้รับการฝึก เพื่อช่วยให้ผู้รับการฝึกเกิดแรงจูงใจทางบวก

(7) การนำไปปฏิบัติต่อบ้านและการติดตามผล (homework and follow-up) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้ให้การฝึกควรเสนอแบบฟอร์มของการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้รับการฝึกทุกคนนำไปศึกษาถึงทักษะ และปฏิบัติเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในการฝึก

กล่าวได้ว่า การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย เป็น กิจกรรมที่เหมาะสมที่นำมาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เพราะเป็นกิจกรรมที่ไม่ง่าย และไม่ยากจนเกินไป สามารถนำไปปฏิบัติด้วยตนเองและประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

3. โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ประกอบด้วยเนื้อหา

3.1 วิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน (รายงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2561, 2561) มีวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล ดังนี้

3.1.1 วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาล..... ให้บริการสุขภาพมีมาตรฐาน เป็นผู้นำโรงพยาบาลชุมชน ในการสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อสุขภาพที่ดี ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ”

โดยได้ให้คำจำกัดความของวิสัยทัศน์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติที่ตรงกัน ดังนี้

- 1) ให้บริการสุขภาพมีมาตรฐาน หมายถึง การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย
- 2) เป็นผู้นำโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด..... หมายถึง การเป็นผู้นำด้านภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) เครือข่ายเพื่อสุขภาพที่ดี หมายถึง สุขภาพดีทั้งผู้รับบริการ บุคลากรและในชุมชน
- 4) ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากร และสนับสนุนการจัดบริการที่เพียงพอ พร้อมใช้ โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้

3.1.2 พันธกิจ ได้แก่

- 1) ให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
- 2) ส่งเสริมให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ
- 3) มีระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ

3.2 ขอบเขตหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในสายการสนับสนุนของกองการสาธารณสุขภูมิภาค กรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขเทียบเท่าระดับแผนก มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ โรงพยาบาลชุมชนมี 4 ขนาด ได้แก่ โรงพยาบาล

ชุมชนขนาด 10-30 เตียง ขนาด 60 เตียง ขนาด 90 เตียง และขนาด 120 เตียง ตามลำดับ โครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลชุมชน มี 5 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) ฝ่ายบริหารทั่วไป 2) กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ 3) กลุ่มงานเทคนิคบริการ 4) กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และ 5) กลุ่มการพยาบาล (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2558) ปัจจุบันได้ปรับโครงสร้างใหม่ มี 12 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) กลุ่มบริหารงานทั่วไป 2) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 3) กลุ่มงานทันตกรรม 4) กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 5) งานการแพทย์ 6) กลุ่มงานโภชนศาสตร์ 7) กลุ่มงานรังสีวิทยา 8) กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 9) กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ 10) กลุ่มงานปฐมนุรักษ์และองค์กรร่วม 11) กลุ่มงานการพยาบาล และ 12) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรงพยาบาลชุมชนมีขอบเขตหน้าที่ 4 ประการ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2543 อ้างใน คมคาย พระเอก, 2544) ดังนี้

3.2.1 ให้บริการด้านสาธารณสุขแบบผสมผสาน ได้แก่

- 1) ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น การบริการอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานทันตสาธารณสุข และงานเภสัชกรรมชุมชน ให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยเน้นครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบเป็นเป้าหมายหลัก
- 2) ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค เช่น การบริการงานสุขภิบาล งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกันโรค และงานเฝ้าระวังโรค เป็นต้น
- 3) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น งานรักษาพยาบาลทั่วไป งานรักษาในหน่วยงานสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานรักษาพยาบาลทางวิทย์ งานชันสูตรสาธารณสุข งานเภสัชกรรม และงานทันตบำบัด เป็นต้น ให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยครอบคลุมประชาชนทั้งอำเภอ
- 4) ให้บริการตามระบบรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจรักษาต่อ โดยดำเนินการสำหรับบริการทุกประเภท ไม่จำกัดเพียงเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

3.2.2 ให้บริการด้านวิชาการ ได้แก่

- 1) ให้การฝึกอบรมและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ นักศึกษาทางด้านสาธารณสุข หลักสูตรต่างๆ อาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป
- 2) ให้การนิเทศงานวิชาการแพทย์และสาธารณสุข แก่สถานบริการระดับรองลงไป
- 3) ให้การศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาการทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข
- 4) ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข แก่หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

3.2.3 ให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบท ได้แก่

- 1) ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล
- 2) ให้การสนับสนุนดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตอำเภอ ในด้านวิชาการ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และด้านอื่นๆ ที่สามารถสนับสนุนได้
- 3) สนับสนุนองค์การระดับหมู่บ้าน ตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล
- 4) ให้การสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาชนบทในเขตอำเภอ

3.2.4 หน้าที่อื่นๆ ได้แก่

- 1) ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถเชื่อมโยงหน่วยงานอื่นทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดได้
- 2) สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขระดับเดียวกันและระดับรอง นอกเหนือจากวิชาการ เช่น วัสดุอุปกรณ์ กำลังคน เท่าที่จะสามารถสนับสนุนได้โดยไม่ขัดกับระเบียบของทางราชการ
- 3) หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานระดับสูง หรือเป็นงานที่ทำร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

กล่าวได้ว่า ขอบเขตหน้าที่ที่สำคัญของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ การให้บริการด้านสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการให้บริการด้านวิชาการ ด้านสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบท และหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากสภากงักับบัญชาที่อยู่ในระดับเหนือขึ้นไป

3.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ส่วนใหญ่มี 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปฏิบัติการ และระดับชำนาญการ พยาบาลในแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนี้

3.3.1 พยาบาลระดับปฏิบัติการ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่
 - (1) ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย
 - (2) ปฏิบัติการพยาบาล โดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลองค์รวม เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับมาดูแลตนเอง

ได้อย่างถูกต้อง โดยเริ่มตั้งแต่ การคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลพร้อมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา

(3) เฝ้าระวัง วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และให้การดูแลเบื้องต้นพร้อมทั้งดำเนินการปรึกษาพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์ หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนตามมา

(4) ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษา รวมถึงทีมสุขภาพทุกระดับ

(5) เตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ในการรักษาพยาบาล

(6) ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุดหรือปฏิบัติตามกิจกรรมที่หัวหน้าทีมมอบหมาย

(7) ร่วมประชุมในทีมการพยาบาลหรือทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของการดูแลและการวางแผนจำหน่าย นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(8) มีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพของพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลและคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

(9) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยและการบำบัดอาการภายใต้การแนะนำของพยาบาลหัวหน้าทีม หัวหน้าหอผู้ป่วย

(10) การบันทึกข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับจนจำหน่าย ครอบคลุมองค์รวม และผลการปฏิบัติตามแผนการรักษา แผนการพยาบาล การตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดความปลอดภัย สุขสบายและมีประสิทธิภาพ

2) ด้านการวางแผน ได้แก่

(1) ร่วมวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ตามขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย

(2) ร่วมวางแผนและดำเนินการบริหารจัดการ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดตามขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย

(3) ร่วมวางแผนและดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน โครงการ งานที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน

3) ด้านการประสานงาน ได้แก่

(1) ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนด

(2) ประสานการใช้แหล่งประโยชน์ และการทำงานร่วมกันทั้งภายใน นอกทีมงานหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการดำเนินงานตามเป้าหมายของหน่วยงาน

(3) ชี้แจง ให้รายละเอียดข้อมูล ข้อเท็จจริง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมมือในการดำเนินการรักษาพยาบาล หรือการดำเนินงานตามที่รับมอบหมาย

4) ด้านการบริการ ได้แก่

(1) สอน สาธิต และให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้ใช้บริการชุมชน เครือข่ายบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

(2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในทีมการพยาบาล

(3) มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(4) ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

3.3.2 พยาบาลระดับชำนาญการ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

(1) ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก ตามมาตรฐาน จริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย

(2) ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลองค์รวม เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ การคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน การวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลที่ใช้ประสบการณ์ และความชำนาญสูงพร้อมทั้งกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมงานและติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา

(3) เฝ้าระวัง วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติของผู้ป่วยทั่วไปและภาวะวิกฤตและเมื่อมีภาวะฉุกเฉินให้การช่วยชีวิตโดยใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่จะ

ช่วยชีวิตได้อย่างถูกต้องจับเวลา กรณีสถานการณ์ฉุกเฉินหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน สามารถทราบความต้องการ รวมถึงการจัดเตรียมเครื่องมือและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งหมดได้อย่างเหมาะสม

(4) จัดระบบการนำแผนการรักษา การพยาบาลไปปฏิบัติ และสามารถประเมินสิ่งที่ควรละเว้นหรือเพิ่มเติมจากแผนการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักสวัสดิภาพของผู้ป่วย

(5) เป็นผู้นำในการประชุมทีมการพยาบาลหรือทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของการดูแลและการวางแผนจำหน่าย นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(6) จัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โดยติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วย รวมทั้งกำกับ ควบคุมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ให้ปราศจากการแพร่กระจายเชื้อ

(7) จัดระบบการให้ยาผู้ป่วยตั้งแต่ การตรวจสอบคำสั่งการรักษา การตรวจสอบยา การวางแผนให้ยาและติดตามเฝ้าระวังผล อาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (critical point) ของยาแต่ละชนิด รวมทั้งตัดสินใจประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาเมื่อมีอาการผิดปกติจากการให้ยาช่วยเหลือบรรเทาอาการข้างเคียงจากยา

(8) ร่วมดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ภายใต้คำแนะนำ นิเทศ ควบคุม กำกับของหัวหน้าหอผู้ป่วย

(9) วางแผนจำหน่าย (discharge planning) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(10) ติดตามและดำเนินการควบคุมคุณภาพของพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลและคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

(11) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยและการบำบัดอาการภายใต้การแนะนำ ปรีกษาของพยาบาลหัวหน้าทีม หัวหน้าหอผู้ป่วย

(12) บันทึกทางการพยาบาลตรงตามปัญหาความต้องการ การประเมินแรกรับ ประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ การประเมินซ้ำต่อเนื่อง สาเหตุปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลการปฏิบัติตามแผนการรักษา แผนการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่องถูกต้อง พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดความปลอดภัย สุขสบายและมีประสิทธิภาพ

2) ด้านการวางแผน ได้แก่

(1) วางแผน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน แผนบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพของงาน ที่มีความยาก โดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์

และความชำนาญสูง ในการวิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางแก้ปัญหา พัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

(2) ร่วมวางแผนบริหารอัตรากำลัง พัฒนาคณาจารย์ในหน่วยงาน และแผนการศึกษาฝึกอบรมในคลินิกแก่นักศึกษาพยาบาล และผู้อบรมหลักสูตรเฉพาะสาขาต่างๆ ตามภารกิจของหน่วยงาน หอผู้ป่วย

(3) ร่วมวางแผน นิเทศแก่นุคลากรพยาบาลและบุคลากร สาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกหน่วยงาน โดยต้องใช้ความรู้และประสบการณ์และความชำนาญสูง ในการเชื่อมโยงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องในการนิเทศงาน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติ และระบบ บริการพยาบาลในหน่วยงาน หอผู้ป่วยและเครือข่ายให้มีคุณภาพ

(4) ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนบริหารจัดการระบบวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือพิเศษเพื่อการ บำบัดรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยซับซ้อน ตามขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้ระบบเครื่องมือมี คุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้และคุ้มค่างู่มทุน

(5) วางแผนร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดำเนินการประเมินผล สัมฤทธิ์ของแผนงาน โครงการงานที่ได้รับมอบหมายในหอผู้ป่วย หน่วยงาน

(6) สอน แนะนำ พยาบาลผู้ปฏิบัติ ในการวิเคราะห์ปัญหาการ ปฏิบัติงาน และวางแผนแก้ปัญหา แผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หน่วยงาน

3) ด้านการประสานงาน ได้แก่

(1) ประสานการทำงาน ชี้แจง ให้รายละเอียดข้อมูล แนวทางปฏิบัติ ข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดยาก เพื่อความเข้าใจ สร้างความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงาน หน่วยงานอื่น และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(2) ประสานการทำงาน โดยให้ความคิดเห็น คำแนะนำ กับผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก มีความ หลากหลายของบุคคลและทีมงานผู้เกี่ยวข้อง

(3) ประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย

4) ด้านการบริการ ได้แก่

(1) ร่วมจัดทำและให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการจัดทำสื่อให้ความรู้ คู่มือ วิธีปฏิบัติงานมาตรฐานการพยาบาล ตำรา เอกสารวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วย และเผยแพร่ เพื่อการเรียนรู้เป็นแหล่งประ โยชน์แก่ผู้ร่วมงาน สมาชิกในทีม

(2) สอน สาธิต ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัวในปัญหาด้านสุขภาพที่ยุ่ยาก

(3) ร่วมดำเนินการกิจกรรมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และโครงการวิจัยของหน่วยงานตามขอบเขตงานที่รับมอบหมาย และร่วมจัดทำคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานที่สำคัญของหอผู้ป่วย

(4) ร่วมดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการสารสนเทศ ออกแบบระบบและดำเนินการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญด้านการพยาบาล เพื่อสร้างและให้บริการสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน บุคคล หน่วยงาน ระบบบริการที่เกี่ยวข้อง และประกอบการกำหนดนโยบายของผู้บริหาร

(5) สอน ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่า หรือผู้ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน

(6) สอน แนะนำพยาบาลผู้ปฏิบัติในการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน และวางแผนแก้ปัญหา แผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หน่วยงาน

กล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ทั้งระดับปฏิบัติการ และระดับชำนาญการ มีบทบาทหน้าที่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ ซึ่งรายละเอียดของบทบาทหน้าที่ในแต่ละด้านจะมีความแตกต่างกันออกไปภายใต้การให้บริการพยาบาลที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล

3.4 กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ง่าย กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยในที่น่าสนใจ ได้แก่

3.4.1 การผ่อนคลายด้วยกิจกรรมต่างๆ พยาบาลจะมีวิธีการผ่อนคลายที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข เช่น การดูซีดีภาพยนตร์ การฟังเพลงที่ชอบ การนอนหลับพักผ่อน และการไปท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นต้น

3.4.2 การจัดการชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงานของตนเอง ได้แก่ การจัดสรรเวลาพักผ่อนหลังจากการทำงาน การจัดสรรเวลาให้กับตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วย รวมทั้งการเรียงลำดับความสำคัญในการทำงาน (Drummond, 2012)

3.4.3 การสนับสนุนทางสังคมของเพื่อนร่วมงาน พยาบาลมีการปฏิบัติงานร่วมกันมานาน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นทั้งในด้านการทำงานหรือด้านส่วนตัว พยาบาลมักแสดงความเห็นอกเห็นใจให้กำลังใจ และการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ

3.4.4 การอยู่ร่วมกันฉันท์พี่น้อง พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุการทำงานมาก และปฏิบัติงานร่วมกันมานาน จึงมีความคุ้นเคย รักใคร่ และสนิทสนมกันเป็นอย่างดี ทำให้มีการอยู่ร่วมกันอย่างฉันท์พี่น้อง กล่าวโดยสรุป กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในนำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่ายส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังตัวอย่างงานวิจัยที่น่าเสนอในหัวข้อที่ 4

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในต่างประเทศ

มีผู้ทำการศึกษา โดยประยุกต์ใช้วิธีหรือวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายที่มีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น

แม็คเคนซี พูลิน และ ซีดแมน-คาร์ลสัน (Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006) ศึกษาการลดความเครียดโดยวิธีการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction : MBSR) ในพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการลดความเครียดโดยวิธีการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการแทรกแซง ผลการศึกษาพบว่า 1) ตอนเริ่มโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 2) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความสำเร็จในการปฏิบัติงานมากกว่ากลุ่มควบคุม

กุนูเซน และ อัสตัน (Gunusen & Ustun, 2010) ศึกษาการฝึกการปรับตัว (coping training) และการจัดการแทรกแซงโดยกลุ่มสนับสนุนเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศตุรกี จำนวน 227 คน สุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่มๆ ละ 36 คน แบ่งเป็น 1) กลุ่มการฝึกการปรับตัว (coping group) 2) กลุ่มการจัดการแทรกแซงโดยกลุ่มสนับสนุน (support group) ที่แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 12 คน และ 3) กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการแทรกแซงใดๆ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังจัดการแทรกแซงพบว่าความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลงทันที และเมื่อ 6 เดือนพบว่าความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีคะแนนเพิ่มขึ้น และ 2) ภายหลังจัดการแทรกแซงพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล และด้านความรู้สึกลดความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

กราวิทส์ แม็คคอลลิสเตอร์-เบรค เกรนท์ และ คิริค (Kravits, McAllister-Black, Grant, & Kirk, 2010) ศึกษาเรื่องวิธีการดูแลตนเองของพยาบาลที่แทรกแซงด้วยวิธีสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational intervention) สำหรับการลดความเครียดและป้องกันความเหนื่อยหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในแผนกดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (oncology) จำนวน 248 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational program) ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีร้อยละ 45.0 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มเป็นร้อยละ 55.0 2) คะแนนความเหนื่อยหน่ายความอ่อนล้าทางอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีร้อยละ 37.0 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหลือร้อยละ 27.0 และ 3) คะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสูง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหลือร้อยละ 10.0

เร็ดเฮ็ด และคณะ (Redhead et al., 2011) ศึกษาผลลัพธ์ โปรแกรมการฝึกด้านจิตสังคม (psychosocial interventions : PSI) ในด้านความรู้ ทักษะคิดและระดับความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลแผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบแบ่งชั้นตามลักษณะพยาบาล (qualified/unqualified) ติ๊กผู้ป่วย อายุ การปฏิบัติหน้าที่กลางวัน/กลางคืน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 79 คน สุ่มพยาบาลในกลุ่ม qualified nurse เข้าร่วมกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วม โปรแกรมการฝึกด้านจิตสังคมและกลุ่มควบคุม 9 คน รวมทั้งสุ่มพยาบาลในกลุ่ม unqualified nurse เข้าร่วมกลุ่มทดลอง 10 คนเข้าร่วม โปรแกรมการฝึกด้านจิตสังคมและกลุ่มควบคุม 11 คน โดยกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้รับการแทรกแซงใดๆ ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลในกลุ่ม qualified nurse ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ทักษะคิด และระดับของความเหนื่อยหน่าย หลังเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และทักษะคิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงไปทางบวก โดยพบว่าด้านความรู้สึกลดความสำเร็จในการปฏิบัติงานมีคะแนนเพิ่มขึ้น และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลมีคะแนนลดลง แต่มีเพียงด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลที่มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) พยาบาลใน

กลุ่ม unqualified nurse ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ทักษะคิด และระดับของความเหนื่อยหน่าย หลังเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และทักษะคิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อะเชอโร และคณะ (Asuero et al., 2014) ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกโปรแกรม สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในด้านการลดความเหนื่อยหน่าย ความแปรปรวนทางอารมณ์ การเพิ่มความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และการพัฒนาการเจริญสติ กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นจำนวน 68 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 43 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้วิธีการเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based psychoeducational) ผลการศึกษาพบว่า 1) ความเหนื่อยหน่าย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกความเหนื่อยหน่ายรายด้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง คะแนนด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลลดลง และคะแนนด้านความรู้สึกประสพผลสำเร็จในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2) ความแปรปรวนของอารมณ์ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความแปรปรวนด้านอารมณ์ลดลง (ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ความเครียด และความอ่อนล้าทางอารมณ์ (fatigue)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 3) ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้าน compassionate care และ 4) การเจริญสติ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการเจริญสติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เว่ย และคณะ (Wei et al., 2017) ทำการประเมินการแทรกแซงแบบกระตุ้น (active intervention) ว่าสามารถลดความเหนื่อยหน่ายในงาน และส่งเสริมการทำงานของกลุ่มพยาบาลแผนกฉุกเฉินได้หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่สุ่มมาจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล 3 แห่ง ในประเทศจีน จำนวน 102 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทั้งการแทรกแซงแบบกระตุ้น (active intervention) และการจัดการตามปกติ (regular management) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับการแทรกแซง ในกลุ่มทดลองพบว่าการจัดการแบบบูรณาการ (comprehensive management) ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ได้แก่ กัลยา เดชนันท์รัตน์ (2537) ศึกษาเรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลหัวเฉียว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการแทรกแซง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดจากงานพยาบาลหลังการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และ 4) กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในงานหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง (2545) ศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมซีพีที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจากหอผู้ป่วย 4 หอ โรงพยาบาลชลบุรี สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 7 คน รวมทั้งหมด 21 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมซีพี ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุมมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และ 3) กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานในระยะติดตามผลหลังได้รับ โปรแกรม 4 สัปดาห์แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กล่าวโดยสรุป วิธีการลดความเหนื่อยหน่ายที่นำมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการนำวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายมาใช้ร่วมตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไป และให้ผลลัพธ์ในเชิงบวก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ทบทวนและฝึกปฏิบัติตามวิธีหรือเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ในการปรับตัวและการเผชิญปัญหา การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การทำสมาธิ การฝึกการเจริญสติ และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งรายละเอียดวิธีดำเนินงานวิจัยจะได้นำเสนอตามลำดับในบทที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ได้นำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่อง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 32 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ติดผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีจำนวนทั้งหมด 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1.2.1 เป็นพยาบาลประจำการติดผู้ป่วยใน ยกเว้นหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน

1.2.2 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์หรือเทียบเท่าพยาบาลศาสตร์

1.2.3 ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการ

ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการได้ ไปราชการต่างจังหวัด หรือมีวันหยุดต่อเนื่องกันหลายวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นแบบแผนกิจกรรมที่นำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องแนวคิดความเหนื่อยหน่าย และการลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2) การฝึกปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ

และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิธีที่สนใจและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 1) และ 2) สอนโดยผู้วิจัยและการเปิดวิดีโอทัศนจำนวน 6 เรื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตาม ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง และ 3) การปฏิบัติภารกิจจิต การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง นาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกผลการปฏิบัติในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม มี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาล การเกิดความขัดแย้งกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล หัวหน้าคิกผู้ป่วยใน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

ข้อมูลการปฏิบัติงาน ได้แก่ จำนวนครั้งของการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวร และสมาชิกทีมการพยาบาล จำนวนวันที่ได้หยุดพัก จำนวนช่วงเวลาที่ได้ปฏิบัติงาน และจำนวนการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ คิกผู้ป่วยในย้อนหลัง 1 ปี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 (ใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยได้เรียบเรียงและแปลด้วยตนเองในปี พ.ศ. 2561 จากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามาต (Shirom-Melamed Burnout Measure : SMBM) (Shirom, 2005) แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้องและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับ แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีการธำรงรักษาทรัพยากร (conservation of resources theory : COR) ประกอบด้วยความเหนื่อยหน่าย 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ 2) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 3) ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามต้นฉบับมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

7 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินเป็นประจำ
6 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินบ่อย
5 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินค่อนข้างบ่อย
4 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินเป็นบางครั้ง
3 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินไม่ค่อยบ่อย
2 คะแนน	หมายถึง	แทบจะไม่เคยมีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยมีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปรับคำตอบจากแบบประมาณค่า 7 ระดับเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ตอบได้ง่ายขึ้นและสอดคล้องตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพไทย เมื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยปรับเกณฑ์การให้คะแนนใหม่ ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินเป็นประจำ	(ร้อยละ 81-100)
4 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินบ่อยครั้ง	(ร้อยละ 61-80)
3 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมินบางครั้ง	(ร้อยละ 41-60)
2 คะแนน	หมายถึง	แทบจะไม่ค่อยมีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน	(ร้อยละ 21-40)
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีหรือแทบไม่มีความรู้สึกตามที่ระบุในรายการประเมิน	(ร้อยละ 0-20)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน และความเหนื่อยหน่ายโดยรวม คำนวณได้จากการรวมคะแนนของแต่ละข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อ (Bilgel, Bayram, Ozdemir, Dogan, & Ekin, 2012) แล้วนำคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่คำนวณได้ มาแปลความหมายโดยใช้ค่าเฉลี่ยกลาง (mid-point) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบวัดความเหนื่อยหน่ายนี้ นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการใช้รูปแบบ และครั้งที่ 2 หลังการใช้รูปแบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับว่ามีระดับความเหนื่อยหน่ายแตกต่างกันหรือไม่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างเฉพาะหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น เนื่องจาก 1) ก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายประเมินความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมและความเหนื่อยหน่ายรายด้าน 3 ด้านอยู่ในระดับน้อย จึงใช้แบบวัดนี้เป็นเครื่องมือในการช่วยยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความเหนื่อยหน่าย หรือมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยจริง และ 2) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพราะผลการวิจัยไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายแล้ว จะทำให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย เครื่องมือนี้จะช่วยให้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในเชิงลึกเพิ่มขึ้น

แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายนี้ ใช้กรอบแนวคิดวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่ายของมิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับประกอบด้วยวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่าย 5 ขั้น คือ 1) ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ 2) ขั้นตื่น (the awakening) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ 3) ขั้นภาวะไฟตก (the brownout) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ 4) ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 5) ขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon) มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการให้เลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี อาการตามแบบประเมิน การให้คะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีอาการตามแบบประเมิน และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการตามแบบประเมิน วิเคราะห์คะแนนโดยการหาความถี่และร้อยละของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน

2.2 การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีวิธีพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เพื่อนำมากำหนดเป็นขอบเขต โครงสร้างของรูปแบบดังกล่าว และแนวทางการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วยเรื่อง การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2) ศึกษาสภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละเวร จำนวนผู้ป่วย จำนวนวันที่ได้หยุดพักในแต่ละเดือน และสภาพการทำงานด้านการพยาบาล เป็นต้น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

3) ศึกษาลักษณะองค์กรและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง แล้วนำคำตอบที่ได้ มาจัดเรียงตามลำดับความสำคัญ โดยพิจารณาถึงความซ้ำของคำตอบ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

4) นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1) 2) และ 3) มาพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

5) ยกร่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งแนวทางการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเนื้อหาการสอน 1 เรื่องคือ แนวคิดความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่ายโดยใช้เพาเวอร์พอย ร่วมกับการให้กลุ่มตัวอย่างดูและปฏิบัติตามวิดีโอที่สืบค้นมาจากอินเทอร์เน็ตจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยเรื่อง การเจริญสติ จำนวน 3 เรื่อง การทำสมาธิจำนวน 2 เรื่อง และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจำนวน 1 เรื่อง เนื่องจากการนำวิดีโอที่สืบค้นมาช่วยสอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เบื่อและสนใจเนื้อหามากกว่า แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน หรือจบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็น ดังนี้

+1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

0 หมายถึง ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

-1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Item

Objective Congruence : IOC) ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาใช้ได้ หรือนำข้อคำถามนั้นไปใช้ต่อได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง โดยผู้วิจัยนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนจะนำไปใช้ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

ค่า IOC ของขงร่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ระหว่าง 0.4 – 1 และประเด็นที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.4 จำนวน 1 ประเด็น ได้แก่ แนวทางแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายด้านการตระหนักรู้

สำหรับค่า IOC ของวิดิทัศน์ มีค่าระหว่าง 0.8 - 1 มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านได้เสนอแนะให้ตัดวิดิทัศน์เรื่องการทำสมาธิออก 1 เรื่อง โดยให้ความเห็นว่าวิดิทัศน์นี้มีเนื้อหายาว (17.41 นาที) เยิ่นเย้อ มีการเกริ่นนำที่ยาวและน้ำเสียงผู้บรรยายไม่ค่อยนุ่มนวล ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นดังกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและให้คงวิดิทัศน์เรื่องนี้ไว้เช่นเดิม เนื่องจากเป็นวิดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแนะนำวิธีการทำสมาธิสำหรับผู้เริ่มต้น ได้แก่ วิธีการจูงใจตนเองให้อยากทำสมาธิ การเตรียมตัวและสิ่งแวดล้อมในการทำสมาธิ และหลักการทำสมาธิเบื้องต้น

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามมี 3 ส่วน มีการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

(1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพ

(2) คัดเลือกปัจจัยหรือตัวแปรที่สอดคล้องกับการวิจัยนี้ มากำหนดเป็นข้อมูลส่วนบุคคลในแบบสอบถาม แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและดูความเหมาะสม

(3) นำข้อคำถาม ซึ่งอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเตรียมส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วดำเนินการเช่นเดียวกับหัวข้อ 2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ในข้อ 5)

(4) ค่า IOC ของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่ระหว่าง 0.8 – 1 แต่อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอให้มีการปรับปรุงแก้ไขโดยการแยกข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (4.1) ข้อมูลส่วนบุคคล มีการปรับปรุงภาษาในข้อคำถามให้มีความชัดเจน และมีการเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหามากขึ้น และ (4.2) ข้อมูลการปฏิบัติงาน โดยให้นำออกไปจากแบบสอบถาม แล้วศึกษาข้อมูลนี้จากตารางการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างย้อนหลังเป็นเวลา 1 ปี (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ)

2) ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามเมด (SMBM) (Shirom, 2005)

(1) เขียนจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงเจ้าของเครื่องมือ เพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ และเมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

(2) นำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

(3) ดำเนินการเช่นเดียวกับหัวข้อ 2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ในข้อ 5)

ค่า IOC ของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายอยู่ระหว่าง 0.4 – 1 ข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.4 จำนวน 1 ข้อ ได้มีการแก้ไขข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย

แบบวัดความเหนื่อยหน่ายข้อที่	ผลการพิจารณา
2 3 4 9 11 12 และ 13	ใช้ได้
1 5 7 8 10 และ 14	ปรับปรุงและแก้ไขภาษา
6	ปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจน

(4) นำข้อคำถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน โรงพยาบาลฝักไ้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสุรินทร์ และ โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้เครื่องมือในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีจำนวน 6 คน 8 คน 7 คน และ 10 คน ตามลำดับ

หาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและรายด้านของแบบวัดความเหนื่อยหน่าย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94 และได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย เท่ากับ 0.93 ความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.82 และ ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ

3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีวิวัฒนาการเครื่องมือ ดังนี้

(1) ทบทวนเอกสารเรื่องวงจรการเกิดความเหนื่อยหน่ายของมิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) เพื่อนำมากำหนดเป็นขอบเขต โครงสร้างของแบบประเมิน

(2) ร่างข้อคำถามที่สอดคล้องกับระยะของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 5 ชั้น แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

(3) ดำเนินการเช่นเดียวกับส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในข้อ (3) และ ข้อ (4) ค่า IOC ของแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ระหว่าง 0.4-1 ข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.4 จำนวน 1 ข้อ ได้มีการแก้ไขข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย

แบบวัดความเหนื่อยหน่ายข้อที่	ผลการพิจารณา
1 2 4 5 6 7 9 11 13 15 16 และ 17	ใช้ได้
8 10 12 และ 14	ปรับปรุงและแก้ไขภาษา
3	ปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจน

หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson : K.R. 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านจริยธรรม ดังนี้

3.1 ทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.2 เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชแล้ว ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและการตอบแบบสอบถามได้

3.3 รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคลได้ รวมทั้งการถอนตัวเมื่อต้องการได้

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

4.1 ระยะเวลาเตรียมการ ดำเนินการโดย

4.1.1 ทำหนังสือขออนุญาตจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน

4.1.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง

4.1.3 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมและนัดหมายวันเวลากับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดังกล่าว จำนวน 10 คน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยโดยตรง เพื่อการตอบข้อสงสัยอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการตัดสินใจที่จะตอบแบบสอบถามโดยอิสระ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถามจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ให้ข้อมูล (information sheet for research participant) และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) เพื่อลงนาม แล้วนำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยส่งคืนแก่ผู้วิจัย

4.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

ในขณะนี้ ผู้วิจัยได้คัดแปลงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ ชัยวิชิต เจริญชนะ (2560) เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการศึกษาสภาพปัญหา ขั้นการพัฒนารูปแบบ ขั้นการนำรูปแบบไปใช้ และขั้นการประเมินผลการใช้รูปแบบ ดังนี้

4.2.1 ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการดังนี้

1) การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 ครั้งที่ 2 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2561 เพื่อหาสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและแนวทางแก้ไข แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุมกลุ่มทั้ง 2 ครั้ง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังที่กลุ่มเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษามีข้อเสนอแนะให้มีการจัดการประชุมกลุ่มอีกครั้ง เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการประชุมกลุ่มในครั้งที่ 2 เพิ่มเติมเนื่องจากประเด็นปัญหาที่ได้ยังไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงจัดการประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 ขึ้นในวันที่ 3 ธันวาคม 2561 ซึ่งทำให้ได้สาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและแนวทางแก้ไขปัญหาดังที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

2) การประเมินความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย จำนวน 14 ข้อ (ก่อนการใช้รูปแบบฯ) ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

3) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไข

4.2.2 ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

(สัปดาห์ที่ 1-2) ดำเนินการดังนี้

1) การใช้ข้อมูลที่ได้จากขั้นที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

2) การนำข้อมูลจากขั้นที่ 2 ข้อ 1) และการสรุปกิจกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ลดความเหนื่อยหน่ายที่มีผู้ศึกษาไว้ ดังตารางที่ 3.1 โดยคัดเลือกกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางบวกเท่านั้น มาจัดทำร่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ 3.1 กิจกรรมการลดความเหนื่อยหน่าย จำแนกตามผลการวิจัย

การลดความเหนื่อยหน่าย	ผลการวิจัย	
	ผู้วิจัย	ผลลัพธ์
1. กิจกรรมที่บุคคลใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของตนเอง	Asuero et al. (2014)	ความเหนื่อยหน่ายโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
	Hevezi (2016)	ลดความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กิจกรรมที่บุคคลใช้เสริมพลังให้ตนเอง	ภิญญา วงษ์นงแก้วทอง (2545)	ความเหนื่อยหน่ายลดลง
3. กิจกรรมที่องค์กรใช้ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของบุคลากร	ภิญญา วงษ์นงแก้วทอง (2545)	ความเหนื่อยหน่ายลดลง
4. กิจกรรมที่องค์กรใช้เสริมพลังให้บุคลากร	Asuero et al. (2014)	ความเหนื่อยหน่ายโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
	Hevezi (2016)	ลดความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) การนำร่างรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ไปจัดกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายให้กับพยาบาลวิชาชีพ

4.2.3 ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (สัปดาห์ที่ 2-10) ดำเนินการดังนี้

1) การจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1.1) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย มีเนื้อหาหลักประกอบด้วยเรื่องแนวคิดความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ 1.2) การฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย โดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตนเองตามวิถีทัศนจนเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง กิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรมนี้ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการสอนโดยผู้วิจัยร่วมกับการเปิดวิดิทัศน์จำนวน 6 เรื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตามวิถีทัศนที่นำมาใช้สอนนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 หัวข้อ 2.2.1 แบ่งการจัดกิจกรรมเป็น 2 รุ่น คือ รุ่นที่ 1 วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2561 และรุ่นที่ 2 วันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2561 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันในครั้งเดียวได้ (สัปดาห์ที่ 2-3)

การดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายที่จัดให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ยึดตามคู่มือรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (ดูรายละเอียดภาคผนวก จ) ซึ่งระบุวัตถุประสงค์ วิธีการจัดกิจกรรมและกำหนดการจัดกิจกรรมรวมทั้งเวลาในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย

2) การให้กลุ่มตัวอย่างทดลองฝึกปฏิบัติตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบดังกล่าว และมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะขณะฝึกปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 3-4)

3) การให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกรเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นนาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย (สัปดาห์ที่ 5-10)

4.2.4 ขั้นที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 10) ดำเนินการดังนี้

1) การประเมินความเหนื่อยหน่ายและระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง โดยใช้ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย จำนวน 14 ข้อ และแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย จำนวน 17 ข้อ (หลังการใช้รูปแบบฯ) ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาทีต่อคน (สัปดาห์ที่ 10)

2) การรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายและแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3) การปรับปรุงรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองให้ใช้ได้จริงและมีความสอดคล้องกับลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย สรุปได้ดังภาพที่ 3.1

ระยะเตรียมการ
<p>-ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>-ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>-ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง</p>
ระยะการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย
ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 1)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 ครั้ง เพื่อค้นหาสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไข 2. ประเมินความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (ก่อนการใช้รูปแบบฯ) 3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไข
ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 1-2)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ข้อมูลที่ได้จากขั้นที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นข้อมูลพื้นฐาน แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ออกเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย 2. จัดทำร่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ข้อมูลจากขั้นที่ 2 ข้อ 1 และการคัดเลือกกิจกรรมสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข 3. นำร่างรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ไปจัดกิจกรรมเพื่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ (สัปดาห์ที่ 2 – 10)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามวิดิทัศน์ 6 เรื่อง เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย 1 ครั้ง (นาน 3 ชั่วโมง) (สัปดาห์ที่ 2-3) 2. ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองฝึกปฏิบัติตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น นาน 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3-4) 3. ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น นาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย (สัปดาห์ที่ 5-10)
ขั้นที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 10)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเหนื่อยหน่ายและระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง โดยใช้ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย (หลังการใช้รูปแบบฯ) (สัปดาห์ที่ 10) 2. รวบรวมข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ 3. ปรับปรุงรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองให้ใช้ได้จริงและมีความสอดคล้องกับลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน

5.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

5.3.1 ข้อมูลสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน ได้จากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน พร้อมทำการจดบันทึกด้วยตนเอง เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาความเหนื่อยหน่ายและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (สัปดาห์ที่ 1)

5.3.2 ข้อมูลความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายที่แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามด (SMBM) (Shirom, 2005) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน 2 ครั้งคือ ก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1) และหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 10) ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

5.3.3 ข้อมูลการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 1-2) ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง (1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง) โดย

1) การประชุมครั้งที่ 1 เป็นการระดมสมองเพื่อให้ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

2) การประชุมครั้งที่ 2 เป็นการระดมสมองเพื่อให้ได้ข้อสรุปรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้

3) การประชุมครั้งที่ 3 เป็นการระดมสมองกับพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นมาจากการประชุมสองครั้งแรก เพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นโดยใช้ประเด็นในการประชุมจากครั้งที่ 2 เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 2 เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ได้มีข้อเสนอแนะให้จัดประชุมอีกหนึ่งครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มากขึ้นสำหรับใช้เป็นข้อสรุปในการพัฒนาแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

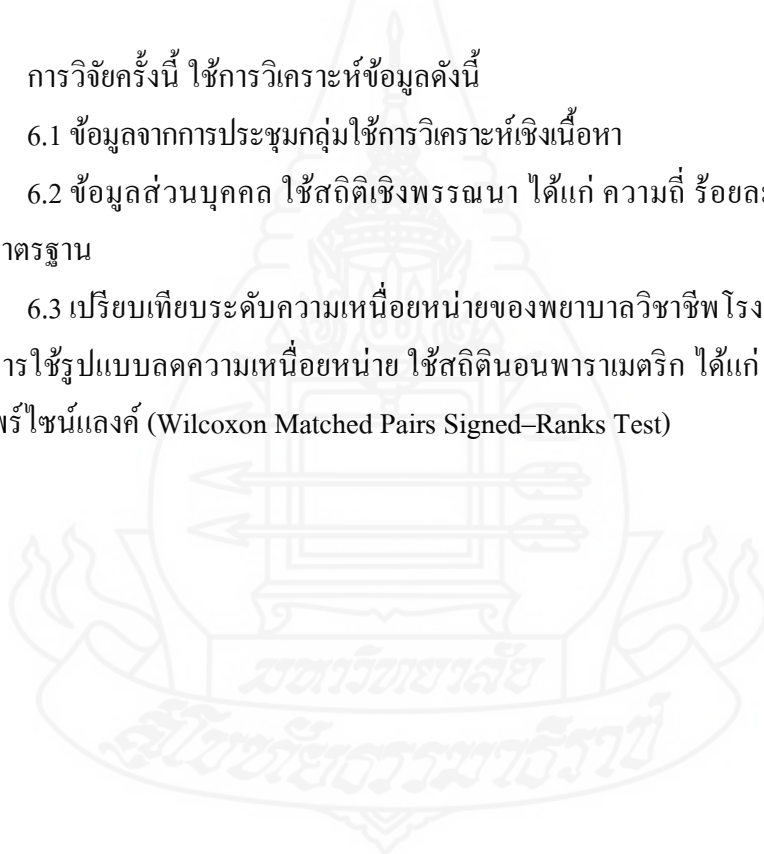
5.3.4 ข้อมูลการนำรูปแบบไปใช้ และการประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 2-8) โดย

- 1) ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย 1 ครั้ง นาน 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 2-3)
- 2) กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3-4)
- 3) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5-10)
- 4) นำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบความถูกต้องและประมวลผลด้วยวิธีการทางสถิติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 6.1 ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
- 6.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 6.3 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ใช้สถิตินอนพารามेटริก ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซันแมชแพร์ไซน์แลงค์ (Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

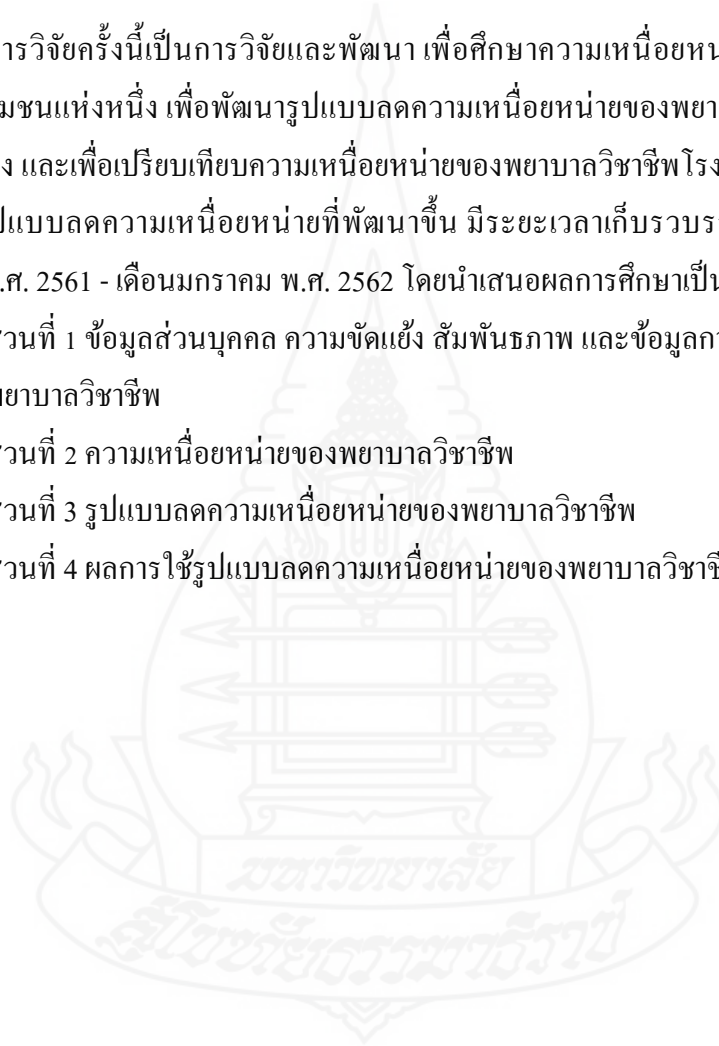
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง และเพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยนำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง สัมพันธภาพ และข้อมูลการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ



**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง สัมพันธภาพ และข้อมูลการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ของพยาบาลวิชาชีพ**

ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง สัมพันธภาพ และข้อมูลการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ของพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพ	จำนวน (10 คน)	ร้อยละ (100.0)
1. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	1	10.0
31-40 ปี	2	20.0
มากกว่า 40 ปี	7	70.0
ค่าเฉลี่ย = 41.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.37 ปี ค่าต่ำสุด = 28 ปี ค่าสูงสุด = 47 ปี		
มัธยฐาน = 43.5 ปี ควอร์ไทล์ที่ 1 = 36.0 ปี ควอร์ไทล์ที่ 2 = 43.5 ปี ควอร์ไทล์ที่ 3 = 46.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ = 5 ปี		
รวม	10	100.0
2. สถานภาพสมรส		
โสด	2	20.0
คู่	7	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	1	10.0
รวม	10	100.0
3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 10 ปี	2	20.0
11-20 ปี	3	30.0
มากกว่า 20 ปี	5	50.0
ค่าเฉลี่ย = 18.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.95 ปี ค่าต่ำสุด = 6 ปี ค่าสูงสุด = 25 ปี		
มัธยฐาน = 20.5 ปี ควอร์ไทล์ที่ 1 = 12.0 ปี ควอร์ไทล์ที่ 2 = 20.5 ปี ควอร์ไทล์ที่ 3 = 25.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ = 6.5 ปี		
รวม	10	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพ	จำนวน (10 คน)	ร้อยละ (100.0)
4. การมีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
4.1 ไม่เกิดความขัดแย้ง	8	80.0
4.2 เกิดความขัดแย้ง 1-2 ครั้ง ในเรื่อง	2	20.0
1) การแลกเปลี่ยนในวันหยุดสำคัญต่างๆ	(1)	(10.0)
2) การรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน	(1)	(10.0)
รวม	10	100.0
5. การมีความขัดแย้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
5.1 ไม่เกิดความขัดแย้ง	6	60.0
5.2 เกิดความขัดแย้ง 1-2 ครั้ง ในเรื่อง	4	40.0
1) การติดตามยาของผู้ป่วยจากเภสัชกร	(1)	(10.0)
2) การเข้าใจคาดเคลื่อนในคำสั่งการรักษาของแพทย์	(1)	(10.0)
3) การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด	(2)	(20.0)
รวม	10	100.0
6. โดยภาพรวม การมีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
6.1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง	6	60.0
1) การทำหัตถการผู้ป่วย	(1)	(10.0)
2) การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	(3)	(30.0)
3) การทำงานเป็นทีม	(1)	(10.0)
4) การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความรักใคร่กัน	(1)	(10.0)
6.2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง	4	40.0
1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) ร่วมกัน	(1)	(10.0)
2) การมีความคิดเห็นที่ตรงกัน	(1)	(10.0)
3) ความร่วมมือในการปฏิบัติงานพยาบาล	(1)	(10.0)
4) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด	(1)	(10.0)
รวม	10	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพ	จำนวน (10 คน)	ร้อยละ (100.0)
7. โดยภาพรวม การมีสัมพันธภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
7.1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง	4	40.0
1) การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	(2)	(20.0)
2) การประสานงานกับแผนกกายภาพบำบัด	(1)	(10.0)
3) ความสามารถในการทำงานร่วมกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง	(1)	(10.0)
7.2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง	6	60.0
1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) ร่วมกัน	(2)	(20.0)
2) การตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน	(1)	(10.0)
3) การทำงานร่วมกัน	(1)	(10.0)
4) การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	(1)	(10.0)
5) การสื่อสาร	(1)	(10.0)
รวม	10	100.0
8. โดยภาพรวม การมีสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
8.1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง	7	70.0
1) การปฏิบัติงานทุกอย่างร่วมกันในตึกผู้ป่วยใน	(2)	(20.0)
2) การประสานงานให้ผู้ป่วยที่ต้องการทำหัตถการต่อกลับบ้าน	(1)	(10.0)
3) การให้คำปรึกษา	(1)	(10.0)
4) การปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายและไม่มีอคติกับหัวหน้าตึก	(1)	(10.0)
5) การมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย	(2)	(20.0)
8.2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง	3	30.0
1) การปฏิบัติงานตามคำสั่ง	(1)	(10.0)
2) ความคิดเห็นในการทำงาน	(1)	(10.0)
3) การทำงานร่วมกัน	(1)	(10.0)
รวม	10	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 70.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 50.0) ไม่มีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.0) ไม่มีความขัดแย้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 60.0) โดยภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีมาก (ร้อยละ 60.0) โดยภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีมาก (ร้อยละ 40.0) และ โดยภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีมาก (ร้อยละ 70.0)



ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาล วิชาชีพ	การปฏิบัติงานในรอบ 1 ปี (ครั้งต่อคนต่อเดือน) (n=10)													
	การปฏิบัติงาน ในหน้าที่ หัวหน้าเวร		การปฏิบัติงาน ในหน้าที่ สมาชิกทีมการ พยาบาล		จำนวนวันที่ ได้หยุดพัก		การ ปฏิบัติงาน ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง		การปฏิบัติงาน เวรเช้า		การปฏิบัติงาน เวรบ่าย		การ ปฏิบัติงาน เวรดึก	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
พ 1	13.9	4.12	11.1	4.74	5.3 ^b	1.14	5.5	2.02	9.2	5.08	10.3	3.39	5.3 ^a	1.87
พ 2	17.0 ^b	4.22	7.1 ^a	3.53	5.3 ^b	1.16	6.5 ^b	2.32	9.3	4.29	8.2	2.79	6.7 ^b	2.35
พ 3	11.9	6.69	12.8	6.26	4.7 ^a	1.07	5.5	1.88	11.0 ^b	5.31	8.2	2.82	5.7	1.97
พ 4	12.1	5.85	11.5	5.04	5.0	1.35	5.4 ^a	2.11	9.9	5.20	8.3	2.87	5.4	2.15
พ 5	8.2	6.83	16.3	6.49	4.8	1.34	6.0	2.17	9.9	5.18	8.6	2.88	6.0	2.13
พ 6	9.2	5.10	13.3	6.94	5.1	0.90	6.1	2.61	8.5	4.38	7.8 ^a	3.42	6.2	2.59
พ 7	7.8	5.20	14.8	7.41	5.3 ^b	0.97	5.8	3.04	9.0	4.63	7.8 ^a	3.61	5.8	2.80
พ 8	2.9	3.00	21.6	4.06	4.8	1.03	6.3	1.44	7.8 ^a	1.40	10.2	1.12	6.6	1.24
พ 9	1.0	1.04	23.6	1.73	4.8	1.06	6.5 ^b	0.80	7.8 ^a	1.80	10.1	0.90	6.7 ^b	1.07
พ 10	0.3 ^a	0.78	23.9 ^b	2.11	4.7	1.16	6.3	1.00	8.0	1.13	10.6 ^b	1.17	6.3	0.62

หมายเหตุ พ 1 ถึง พ 10 หมายถึง พยาบาลคนที่ 1 ถึง พยาบาลคนที่ 10

^a ค่าต่ำสุด

^b ค่าสูงสุด

จากตารางที่ 4.2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.3 - 17.0 ครั้งต่อคนต่อเดือน การปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 7.1 - 23.9 ครั้งต่อคนต่อเดือน วันที่ได้หยุดพักมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.7 - 5.3 ครั้งต่อคนต่อเดือน การปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.4 - 6.5 ครั้งต่อคนต่อเดือน การปฏิบัติงานเวรเช้ามามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 7.8 - 11.0 ครั้งต่อคนต่อเดือน การปฏิบัติงานเวรบ่ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 7.8 - 10.6 ครั้งต่อคนต่อเดือน และการปฏิบัติงานเวรดึกมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.3 - 6.7 ครั้งต่อคนต่อเดือน ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มีประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่ ดังตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่

ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่
ก. ระดับบุคคล	
1.ความเหนื่อยหน่าย	
1.1 ด้านร่างกาย	} การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ } -บรรเทา } -ฝึกตามวิถีทัศน์ } -นำไปปฏิบัติ } ด้วยตนเอง } พร้อมบันทึกการ
1) ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ	
2) รู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเป็นบางครั้ง	
1.2 ด้านอารมณ์	
3) เบื่อและหงุดหงิดบางครั้ง	
1.3 ด้านการตระหนักรู้	} การเจริญสติ หรือ การฝึกสติ } การทำสมาธิ
1) การมีความรู้สึกต่อต้านบางครั้ง (เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ทำ หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน) แต่ให้ความร่วมมือ	
ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ	
1. ด้านงาน	
1.1 มีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก เช่น การรับ ใหม่และการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวนมากในเวรเช้า ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้วเสร็จในเวรและการเขียนรายงานผู้ป่วยไม่ทัน เป็นต้น	ปฏิบัติตามแนวทางการเรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเสริมตามที่โรงพยาบาลกำหนด ซึ่งได้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีการเรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเช้าและเวรดึก เมื่อมีจำนวนรวมผู้ป่วยทั้งหมดที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล 30 คนขึ้นไป

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่ายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่
1.2 มีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา ประมาณ 15-20 นาที เนื่องจากมีภาระงานมาก ดังนี้ 1) รับใหม่ผู้ป่วยจำนวนมากจากตึกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน มีการให้การพยาบาลและทำหัตถการแก่ผู้ป่วยรับใหม่และเขียนรายงานผู้ป่วยรับใหม่ 2) จัดเตรียมยา ได้แก่ ยาฉีด และยารับประทานจำนวนมาก	กำหนดข้อปฏิบัติร่วมกัน โดยให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันเพิ่มเป็น 30-40 นาที
2. ด้านองค์กร	
2.1 ส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรม ไม่มีแผนการพัฒนา อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการพัฒนาย่างไม่ ยุติธรรมและผู้ไปอบรมมักเป็นคนเดิม	จัดทำแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้เป็นธรรม โดยให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลประจำจังหวัด แล้วแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับแผนการพัฒนาดังกล่าว

จากตารางที่ 4.3 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพเกิดจาก ความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด และ 3) ด้านการตระหนักรู้ ได้แก่ รู้สึกต่อต้านบางครั้งแต่ให้ความร่วมมือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านงาน ได้แก่ การมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก การมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา และการมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และ 2) ด้านองค์กร ได้แก่ การส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่มีดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพฝึกการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิธีทัศน์ แล้วนำไปปฏิบัติและบันทึกด้วยตนเอง 2) ปฏิบัติตามแนวทางการเรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเสริมตามที่โรงพยาบาลกำหนด 3) กำหนดข้อปฏิบัติร่วมกันเกี่ยวกับเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันเพิ่มเวลาเป็น 30-40 นาที และ 4) จัดทำแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นธรรม แล้วแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับแผนการพัฒนาดังกล่าว

ส่วนที่ 3 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง การพัฒนารูปแบบดังกล่าวนี้ มีการประยุกต์ใช้แนวคิดต่างๆ ประกอบด้วย 1) แนวคิดการพัฒนารูปแบบของ ชัยวิชิต เขียรชนะ (2560) 2) แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามด 3) แนวคิดการประเมินความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามด (Shirom–Melamed Burnout Measure : SMBM) (Shirom, 2005) 4) แนวคิดการประเมินระยะความเหนื่อยหน่ายของมิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) และ 5) แนวคิดการลดความเหนื่อยหน่ายจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (ภิญญา วงษ์นงแก้วทอง, 2545) การเจริญสติ (Asuero et al., 2014) และการทำสมาธิ (Hevezi, 2016) สำหรับสาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขที่รวบรวมได้จากรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ทั้งรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ ดังตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพเดิมกับรูปแบบใหม่

ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ก. บุคคล		
1. ความเหนื่อยหน่าย		
1.1 ด้านร่างกาย		
1) ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ	-การนวด -การรับประทานยาแก้ปวด	-การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^า
2) รู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเป็นบางครั้ง	-การพักผ่อน	-การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^า
1.2 ด้านอารมณ์		
1) เบื่อและหงุดหงิด	-การแยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง -การผ่อนคลายโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น	-การเจริญสติ ^บ -การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^า

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความเหนื่อยหน่าย	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.3 ด้านการตระหนักรู้		
1) มีความรู้สึกต่อต้านบางครั้ง (เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ทำ หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน) แต่ให้ความร่วมมือ	-การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น	-การทำสมาธิ ^c -การเจริญสติ ^b
ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		
1. ด้านงาน		
1.1 มีปริมาณงานในควมรับผิดชอบมาก	-การเรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเสริม ^d	-การเรียกพยาบาลขึ้นเวรเสริมเหมือนรูปแบบเดิม ^d
1.2 มีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันน้อยไม่เต็มเวลาเนื่องจากมีภาระงานมาก จากสาเหตุ การรับใหม่ผู้ป่วยจำนวนมาก และการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย	-แบ่งกันไปซื้ออาหารกลางวันมารับประทาน -การรับประทานอาหารกลางวันให้เสร็จภายใน 15 - 20 นาที	-การขยายเวลาพักรับประทานอาหารเป็น 30 - 40 นาที
2. ด้านองค์กร		
2.1 ส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม	-ไม่มีการวางแผนเกี่ยวกับการอบรมประจำปีของพยาบาลวิชาชีพ -หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน หรือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะให้ผู้ใดไปอบรม	-การประสานงานการวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นธรรมและเป็นรูปธรรม -แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับแผนการจัดอบรม

หมายเหตุ ^a การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามแนวคิดของ ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง (2545)

^b การเจริญสติตามแนวคิดของ อะเชอโร และคณะ (Asuero et al., 2014)

^c การทำสมาธิตามแนวคิดของ เฮเวซี (Hevezi, 2016)

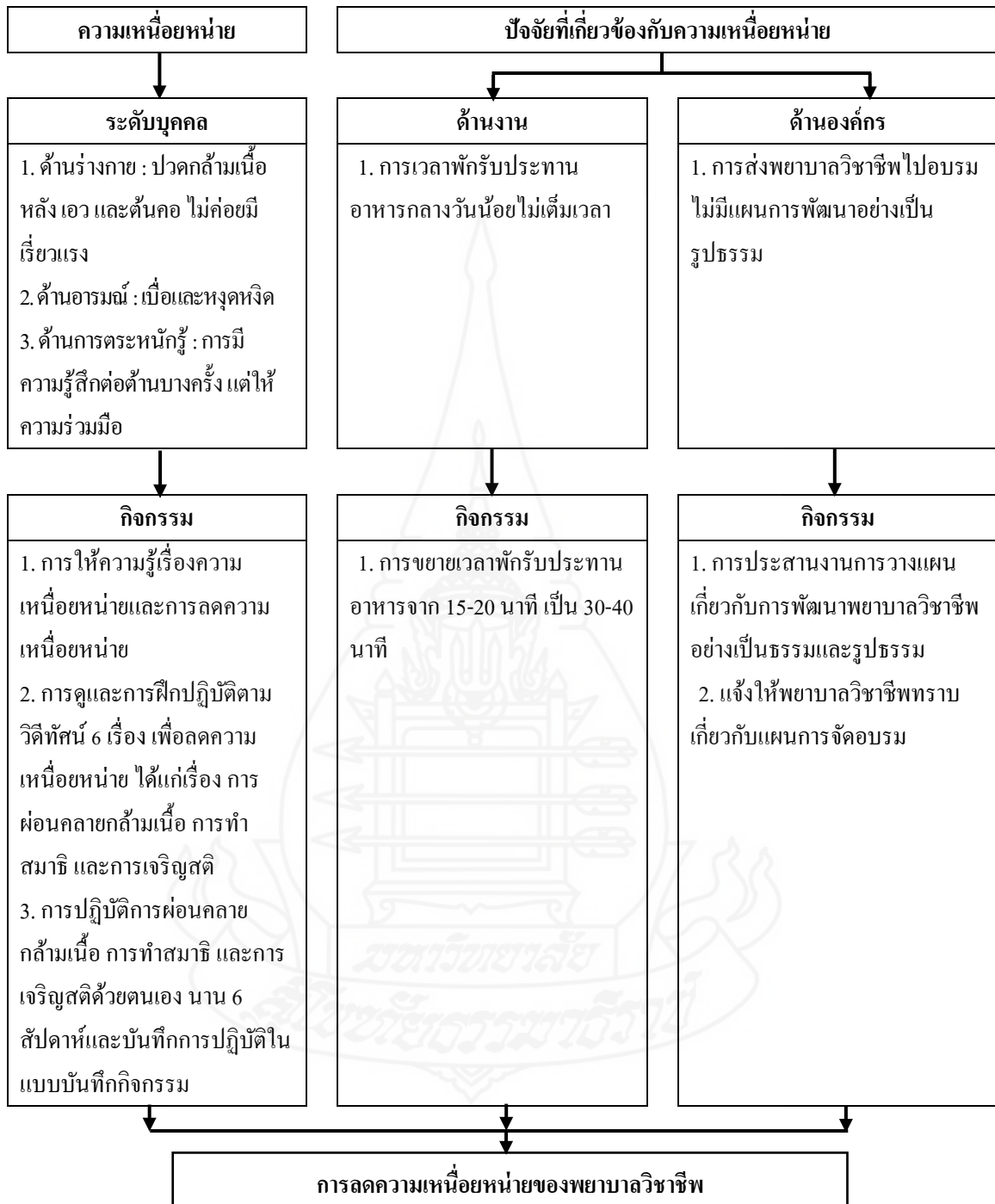
^d หน่วยงานมีการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้เรียบร้อยแล้วก่อนเริ่มทำการวิจัย

จากตารางที่ 4.4 พบว่า รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพรูปแบบเดิมไม่มีแนวทางแก้ไขที่ครอบคลุมปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ส่วนรูปแบบใหม่มีแนวทางแก้ไขที่ครอบคลุมปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดกลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล การลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น ดังแสดงเป็นภาพที่ 4.1 ต่อไปนี้





ภาพที่ 4.1 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 4 ผลของการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 4.5 และระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายรายข้อ รายด้าน และ โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ						Z	p
	ก่อนการใช้รูปแบบ (10 คน)			หลังการใช้รูปแบบ (10 คน)				
	\bar{X}	(S.D.)	ระดับ	\bar{X}	(S.D.)	ระดับ		
1. ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย	2.3	(0.75)	น้อย	1.3	(0.42)	น้อยที่สุด	-2.81	.003*
1.1 รู้สึกเหน็ดเหนื่อย	3.3	(0.82)	ปานกลาง	1.8	(0.79)	น้อย	-2.72	.004*
1.2 รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกายเป็นอย่างมาก	2.4	(1.17)	น้อย	1.3	(0.48)	น้อยที่สุด	-2.23	.013*
1.3 รู้สึกเหนื่อยหน่าย	2.3	(0.82)	น้อย	1.2	(0.42)	น้อยที่สุด	-2.60	.005*
1.4 รู้สึกเบื่อหน่าย	2.1	(0.99)	น้อย	1.3	(0.48)	น้อยที่สุด	-2.33	.010*
1.5 รู้สึกเหมือนหมดพลังงาน	2.0	(1.05)	น้อย	1.2	(0.42)	น้อยที่สุด	-1.93	.027*
1.6 ไม่มีแรงที่จะไปทำงานในตอนเช้า	1.8	(0.63)	น้อย	1.2	(0.42)	น้อยที่สุด	-1.90	.029*
2. ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	1.7	(0.59)	น้อย	1.2	(0.28)	น้อยที่สุด	-2.03	.021*
2.1 รู้สึกว่าฉันไม่สามารถไต่ความต้องการของเพื่อนร่วมงานและผู้ให้บริการ	2.0	(0.67)	น้อย	1.3	(0.48)	น้อยที่สุด	-2.07	.019*
2.2 รู้สึกว่าฉันไม่สามารถรองรับอารมณ์ของเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้	1.7	(0.95)	น้อย	1.3	(0.48)	น้อยที่สุด	-1.30	.097
2.3 รู้สึกว่าฉันไม่สามารถความเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้	1.3	(0.48)	น้อยที่สุด	1.0	(0)	น้อยที่สุด	-1.73	.042*

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่าย	ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ						Z	p
	ก่อนการใช้รูปแบบ (10 คน)			หลังการใช้รูปแบบ (10 คน)				
	\bar{X}	(S.D.)	ระดับ	\bar{X}	(S.D.)	ระดับ		
3. ด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้	1.7	(0.53)	น้อย	1.4	(0.37)	น้อยที่สุด	-1.36	.088
3.1 มีความลำบากในการคิดกับสิ่งที่ซับซ้อน	1.8	(0.79)	น้อย	1.4	(0.52)	น้อยที่สุด	-1.41	.079
3.2 รู้สึกว่า ความคิดของฉันเชิงซ้ำ	1.7	(0.95)	น้อย	1.4	(0.52)	น้อยที่สุด	-1.13	.129
3.3 ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน	1.6	(0.70)	น้อย	1.5	(0.53)	น้อยที่สุด	-0.45	.328
3.4 รู้สึกว่า ฉันคิดอะไรไม่ชัดเจน	1.6	(0.70)	น้อย	1.5	(0.97)	น้อยที่สุด	-0.37	.357
3.5 รู้สึกว่า ขณะที่คิดอะไรก็ตาม ฉันไม่ได้จดจ่อกับสิ่งที่คิด	1.6	(0.52)	น้อย	1.2	(0.42)	น้อยที่สุด	-1.63	.051
โดยรวม	1.9	(0.60)	น้อย	1.3	(0.33)	น้อยที่สุด	-2.67	.004*

หมายเหตุ *p < .05

จากตาราง 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม รายด้าน และรายข้อส่วนใหญ่หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และรายข้อในด้านนี้ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย

ระยะของความเหนื่อยหน่าย	จำนวน (10 คน)	ร้อยละ (100.0)
ขั้นฮันนีมูน	1	10.0
ขั้นคืน	-	-
ขั้นภาวะไฟตก	-	-
ขั้นความเหนื่อยหน่าย	-	-
ขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์	9	90.0
รวม	10	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคน (9 คน) มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ กล่าวคือ หลังจากพักผ่อนและผ่อนคลายอย่างเต็มที่ บุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายจะเริ่มต้นกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงมากขึ้นในเรื่องความคาดหวังในงาน แรงบันดาลใจและเป้าหมาย แต่มีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คนมีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นฮันนีมูน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในอุดมคติ กล่าวคือ บุคคลจะมีแรงจูงใจสูงและกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสมถูกต้องและมีความรู้สึกปีติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร

บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ได้นำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ตามลำดับดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

1.1.3 เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 32 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ติดผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 10 คน มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) เป็นพยาบาลประจำการติดผู้ป่วยใน (2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์หรือเทียบเท่าพยาบาลศาสตร์ และ (3) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการได้ ไปราชการต่างจังหวัด หรือมีวันลาหยุดต่อเนื่องกันหลายวัน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นแบบแผนกิจกรรมที่นำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่ายกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องแนวคิดความเหนื่อยหน่าย และการลดความ

เหนื่อยหน่าย ได้แก่ การเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2) การฝึกปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิถีทัศนังใจและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 1) และ 2) สอนโดยผู้วิจัยและการเปิดวิถีทัศนังใจจำนวน 6 เรื่องให้กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตาม ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง และ 3) การปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง นาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกผลการปฏิบัติในแบบบันทึกการทำกิจกรรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และส่วนที่ 3 แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย

3) ระยะเวลาพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน โดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผ่านคณะกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ปรับปรุงแก้ไข และนำไปประเมินเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบวัดความเหนื่อยหน่ายและแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ร่วมกับการใช้การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 ครั้ง แล้วนำไปสรุปสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและแนวทางแก้ไข เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากขั้นที่ 1 กิจกรรมการลดความเหนื่อยหน่ายที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานจัดทำร่างรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่ายให้กับกลุ่มตัวอย่าง สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างทดลองฝึกปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาขณะฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามที่กำหนดนาน 6 สัปดาห์ และบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย

ขั้นที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น

โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายและแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสรุปผลการประเมินการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

4) การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ) และแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่าย (วัดเฉพาะหลังการใช้รูปแบบ) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในจำนวน 10 คน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจกแบบสอบถามให้ทำด้วยตนเอง (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปและบันทึกข้อมูลจากการประชุมกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง สรุปปัญหาและแนวทางพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เมื่อสิ้นสุดการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพนาน 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายและแบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับก่อนใช้รูปแบบ แล้วนำข้อมูลที่ได้อำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

5) การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่ม ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(2) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ใช้การทดสอบวิลคอกซันแมชแพร์ไชน์แลงก์ (Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test)

1.3 ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลทั่วไป ความขัดแย้ง และสัมพันธภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 70.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 50.0) ไม่มีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.0) ไม่มีความขัดแย้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 60.0) โดยภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน การมีสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีสัมพันธภาพที่ดีระดับปานกลาง ถึง ระดับดีมาก

1.3.2 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 1) ความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลมี 3 ด้าน ดังนี้ 1.1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ 1.2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด และ 1.3) ด้านการตระหนักรู้ ได้แก่ รู้สึกต่อต้านเป็นบางครั้ง (เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ทำ หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน) แต่ให้ความร่วมมือ และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างมี 2 ด้าน ดังนี้ 2.1) ด้านงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก การมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา และการมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และ 2.2) ด้านองค์กร ได้แก่ การส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

1.3.3 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดกลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สามารถวัดได้ตามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลาเมด ซึ่งการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร

1.3.4 การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย พบว่า

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม รายด้านและรายข้อส่วนใหญ่หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และรายข้อในด้านนี้ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

2) พยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคน (9 คน) มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟิสิกซ์ กล่าวคือ หลังจากพักผ่อนและผ่อนคลายอย่างเต็มที่ พยาบาลวิชาชีพที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายจะเริ่มคืนกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงมากขึ้นในเรื่องความคาดหวังในงาน แรงบันดาลใจ และเป้าหมาย แต่มีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คนมีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นอันนิมูน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในอุดมคติ กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพจะมีแรงจูงใจสูงและกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสมถูกต้องและมีความรู้สึกปีติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร

2. อภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย มี 3 ข้อดังนี้

2.1 ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

การวิจัยนี้พบความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดต้นคอ และรู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเป็นบางครั้ง ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิดบางครั้งและด้านการตระหนักรู้ ได้แก่ มีความรู้สึกต่อต้านบางครั้ง (เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ทำ หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน) แต่ให้ความร่วมมือ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1.1 ลักษณะงานการให้บริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนหลายรายและหลายประเภทตลอดเวลา ผู้ป่วยแต่ละรายมีความคาดหวังสูงต่อบริการพยาบาลที่จะได้รับ เป็นแรงกดดันต่อการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล นำไปสู่การมีอาการความเหนื่อยหน่าย ด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด รวมทั้งการให้การพยาบาลบางอย่าง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การยกผู้ป่วย และการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีอาการความเหนื่อยหน่ายด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย ตามลำดับ

2.1.2 การปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรและสมาชิกทีมการพยาบาล การศึกษาข้อมูล ตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 0.3 – 17.0 ครั้งต่อคนต่อเดือน (ภาคผนวก จ) เนื่องจากหัวหน้าเวรมีหน้าที่หลักในการประสานงานด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย หัวหน้าเวรจึงต้องทราบอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยทุกรายที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลที่ติดผู้ป่วยใน เพื่อให้มีการวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง รวมทั้งยังมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้าตึกเกี่ยวกับเรื่องการบริหารจัดการภายในตึกผู้ป่วยในให้เกิดความเรียบร้อย ดังนั้นหัวหน้าเวรต้องมีความรอบรู้ในด้านการพยาบาลและการแพทย์ การบริหารการพยาบาล และการติดต่อประสาน หากหัวหน้าเวรมีทักษะและความรอบรู้ในเรื่องดังกล่าวไม่เพียงพอ ก็จะนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านได้

ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างรายที่หนึ่ง เช่น “หัวหน้าเวร จะต้องดูแลครอบคลุมทุกอย่าง ทุกเตียง ทุกระบบ”

กลุ่มตัวอย่างรายที่สอง เช่น “คือมันต้องดูแลทุกอย่างให้ครอบคลุม ต้องรู้ทุกอย่างภายในตึก”

ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 7.1-23.9 ครั้งต่อคนต่อเดือน (ภาคผนวก ก) เนื่องจากสมาชิกทีมการพยาบาลมีหน้าที่หลักในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลที่ติดผู้ป่วยใน ซึ่งมีผู้ป่วยหลายประเภทรวมกัน เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวช กุมารเวช รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้อมากมาย การดูแลและการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ พยาบาลวิชาชีพต้องปรับตัวและมีความรอบรู้ในศาสตร์ด้านการพยาบาลหลายเรื่อง หากพยาบาลวิชาชีพ ไม่สามารถปรับตัวและไม่มีความรอบรู้เพียงพอในศาสตร์ด้านการพยาบาลก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านเช่นกัน

2.1.3 การปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง การศึกษาข้อมูลตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 5.4-6.5 ครั้งต่อคนต่อเดือน (ภาคผนวก ก) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานด้านการพยาบาล-รวมทั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานและผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมเดิมๆ อย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันนานถึง 16 ชั่วโมง จึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดอาการของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านได้ง่าย

ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เช่น “เวลาที่คนไข้เยอะๆ ต้องอึดแรงแทน เวลาราชการเสร็จก็จะโดนผู้บริหารว่าอีก ทำไมต้องอย่างนี้ทำไมต้องอย่างนั้น ทำงานแทนที่เครียดๆ การทำงานเกิน 8 ชั่วโมงคุณจะทำเอาแรงที่โหนมาทำงาน แต่มันก็มีความจำเป็นที่ว่าจะต้องขึ้นเวร เพราะว่าถ้าคนไข้ 30 กว่าคนแล้วมันไม่มีคนขึ้นแล้ว คนขึ้นมันก็ไม่ไหวแล้วมันล้า ผลสุดท้ายก็เหลืออยู่แค่สองคนสามคนที่จะต้องขึ้นเวร งานก็โหลด เราก็เหนื่อย เพราะว่าบางคนไปต่างจังหวัดมาขึ้นเวรไม่ได้ แต่คนไข้ admit เขามาที่หลัง เราก็ไม่รู้สถานการณ์ล่วงหน้า ไม่รู้สถานการณ์ที่แน่นอน”

2.1.4 จำนวนวันที่ได้หยุดพัก การศึกษาข้อมูลตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ได้หยุดพักของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 4.7-5.3 ครั้งต่อคนต่อเดือน (ภาคผนวก ก) จำนวนวันที่ได้หยุดพักมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาการทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 2,772 ราย พบว่า พยาบาลที่มีวันพักอย่างน้อย 8 วัน/เดือนมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่า 0.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีวันพักน้อยกว่า 8 วันต่อเดือน (Wisetborisut et al., 2014)

ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เช่น “การแลกเวร แลกไม่ได้ก็เศร้าใจ ไม่ได้ไปไหน ก็มีส่วใจใหม่ เช่น ถ้าเราแลกแล้วเค้าให้แลก เราก็ดีใจแต่ถ้าเค้าไม่ให้แลกเราก็เศร้าแล้วการแลกเวรเยอะๆ หัวหนักก็ว่าให้อีก แต่เราก็อยากหยุดบ้าง อยากหยุดซัก 3-4 วันติดต่อกัน”

2.1.5 การรับบทบาทใหม่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ติดผู้ป่วยใน ก่อนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ติดผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมดจำนวน 12 คน โดยทำหน้าที่เป็น

หัวหน้าตึก 1 คน และเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 11 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 2 คนเข้ารับบทบาทใหม่ กล่าวคือ หัวหน้าตึก (คนเดิม) ได้เลื่อนเป็นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คนได้เลื่อนเป็นหัวหน้าตึก (คนใหม่) ทำให้มีพยาบาลประจำการเหลืออยู่ 10 คน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลเนื่องมาจาก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (คนเดิม) เกษียณอายุราชการ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลดลงของตึกผู้ป่วยใน ไม่ได้รับการทดแทน ในขณะเดียวกันปริมาณงานที่พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบยังคงมีจำนวนเท่าเดิม และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดอาการของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน

การวิจัยนี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย เพียง 2 ด้าน คือ

1) ด้านงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก การมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน ไม่เต็มเวลา และการมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น การลงข้อมูลผู้ป่วยที่ติดตามดูแลที่บ้านออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น และ 2) ด้านองค์กร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมให้ไปอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานไม่ได้วางแผนและไม่ต่อเนื่อง หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้ไปอบรมมักเป็นคนเดิม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) *พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานมาก* พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รักษาไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวรมีจำนวนน้อย ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจำนวน 4 3 และ 2 คน ตามลำดับ ประกอบกับการปฏิบัติงานในบางเวร เช่น เวรเช้า ผู้ป่วยจากตึกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินที่จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและถูกส่งไปยังตึกผู้ป่วยในมีจำนวนหลายรายพร้อมกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลรักษาตามคำสั่งแพทย์และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่ทัน เป็นต้น รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติหน้าที่ในงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอีกด้วย เช่น การเขียนรายงานผู้ป่วยรับใหม่ การลงข้อมูลการทำผลการผู้ป่วยประจำวันในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการลงข้อมูลผู้ป่วยที่ติดตามดูแลที่บ้านออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เนื่องจากตึกผู้ป่วยในยังไม่มีกรอบหรือฝึกหัดให้บุคลากรอื่น เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เข้ามาช่วยในการปฏิบัติหน้าที่นี้ นอกจากนี้ การที่พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานมากยังมีผลกระทบต่อเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันของพยาบาลวิชาชีพอีกด้วย กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา เพราะต้องทำงานแข่งกับเวลา

ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เช่น “ช่วงตอน 11 โมงถึงเที่ยง หรือบางครั้งถ้ามีคนไข้เยอะ การทำทรีทเม้นท์ (treatment) หรือ การฉีดยาคนไข้จะทำ

ไม่ทัน เนื่องจากจะเหลือพยาบาลอยู่แค่ 2 คน มันก็ต้องรีบ ทำให้เครียดหน่อยสำหรับคนที่เหลืออยู่เนี่ย บางครั้งก็มีรับใหม่เพิ่มเข้ามาอีก”

2) กลุ่มการพยาบาลมีการวางแผนในการส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรมไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีความรู้ดีว่าไม่มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จะมีความเหนื่อยหน่ายในด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง เพราะรู้สึกว่างานที่ปฏิบัติอยู่เป็นงานที่ขาดโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้น ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง มีโอกาสเข้าร่วมประชุม อบรม หรือ กิจกรรมทางวิชาการต่างๆ น้อย รวมทั้งมีโอกาสดูแลได้รับการสนับสนุนให้ลาศึกษาต่อน้อย ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างรายที่หนึ่ง เช่น “พัฒนาความรู้หรือไม่ค่อยมีนะในช่วงนี้”

กลุ่มตัวอย่างรายที่สอง เช่น “ไปอบรมไม่ได้ครบทุกคน คนไปเป็นคนส่วนน้อย ถ้าได้ไปก็คนเดิมๆ หรือผู้บริหารให้ไป”

กลุ่มตัวอย่างรายที่สาม เช่น “ผู้บริหารจะเป็นคนตัดสินใจให้ว่าคนนี้ต้องไปคนนั้นไม่ได้ไป ถ้าไม่มีงานประจำก็ไม่ได้ไป ถ้างานเกี่ยวข้องกับคนไหนคนนั้นก็จะได้ไป ถ้าปีนี้ไม่มีการอบรมที่เกี่ยวข้องกับคนนั้นที่รับผิดชอบงานอยู่ก็จะไม่ได้ไป แล้วก็ไม่ได้มีใครตัวว่าจะต้องได้ไปคนละหนึ่งครั้งต่อปี”

แต่ปัจจัยด้านบุคคลไม่ได้เป็นสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษาวิจัยนี้มีบุคลิกภาพพึงพาตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่นและมีความมั่นใจในตนเอง ดังเช่นตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เช่น “ส่วนมากทุกคนก็เข้มแข็งกัน” หรือ อีกรายหนึ่ง เช่น “หลายคนพึ่งพาตนเองได้ ต้องปล่อยวาง และดูแลตนเอง” เป็นต้น

2.2 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ แม็คคอร์เม็ค และ ค็อตเตอร์ (McCormack & Cotter, 2013) ที่กล่าวว่าความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร ด้วยเหตุผลดังนี้

2.2.1 รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายนี้ พัฒนามาจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทของตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามปัญหาที่พบจริง ประกอบด้วย การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางการตระหนักรู้ ตามแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามัด (Shirom, 2002; Shirom & Melamed, 2006) และการลดปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านงานและด้านองค์กร โดยมีการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเหนื่อยหน่าย เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้มองปัญหาความเหนื่อยหน่ายและการแก้ไขปัญหาปัญหาที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา การลดความเหนื่อยหน่ายมักได้แก้ไขเฉพาะในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย

2.2.2 วิธีการและกิจกรรมที่ใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผ่านวิถีทัศนที่นำมาใช้ให้ความรู้ในการอบรม แล้วให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติตามวิถีทัศนจนสามารถปฏิบัติได้เอง รวมทั้งการให้พยาบาลวิชาชีพนำกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนมีทักษะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายลดลง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้นำไปใช้ได้จริง

2.3 การเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับสมมุติฐานของการวิจัยนี้ คือ ภายหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนมีระดับความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ อะเชอโร และคณะ (Asuero et al., 2014) ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลดังนี้

2.3.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม รายด้านและรายข้อส่วนใหญ่หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้

รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ 1) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพรายข้อส่วนใหญ่หลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.5) จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการใช้รูปแบบฯ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ถึงแม้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบฯ จะอยู่ในระดับที่น้อยแล้วก็ตาม แต่การพัฒนาในรูปแบบฯ นี้เป็นการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาที่รากเหง้าของปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่แท้จริงที่พบในบริบทการทำงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จึงทำให้ความเหนื่อยหน่ายด้านบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายลดลง

2.3.2 วิธีการและกิจกรรมที่ใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.5) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมเหล่านี้มีผลทำให้ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพลดลงได้จริง สอดคล้องผลการศึกษาของ อะเซอร์โร และคณะ (Asuero et al., 2014) ที่พบว่า การเจริญสติหรือการฝึกสติทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของของ เฮเวซี (Hevezi, 2016) ที่พบว่า การทำสมาธิทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายในระยะหลังทดลองน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภิญญา วงษ์นกแก้วทอง (2545) ที่พบว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้กลุ่มทดลองมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.3 การประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคน (9 คน) มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟิสิกซ์ แต่มีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คนมีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นอันนิมุน (ตารางที่ 4.6) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คนมีอาการตามขั้นของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นปรากฏการณ์ฟิสิกซ์ ซึ่งขั้นนี้เป็นภาวะของบุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้น แล้วจะเริ่มคืนกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงมากขึ้นในเรื่องความคาดหวังในงาน แรงบันดาลใจและเป้าหมาย ภายหลังจากที่บุคคลได้รับการพักผ่อนและมีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเคยมีประสบการณ์ความเหนื่อยหน่ายมาก่อน แต่ในเวลาช่วงดังกล่าวความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพได้ลดความรุนแรง และมีความเข้มเข้ลดลงทุกขณะ จนทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถฟื้นตัวจากความเหนื่อยหน่ายและกลับสู่ภาวะปกติของตนเองได้ และมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คน ที่มีระยะของความเหนื่อยหน่ายอยู่ในขั้นอันนิมุน ขั้นนี้เป็นขั้นตอนในอุดมคติ ที่มองว่าบุคคลมีแรงจูงใจสูง มีความกระตือรือร้น และมีความต้องการทำงานอย่าง

เหมาะสม ถูกต้อง รวมทั้งมีความรู้สึกปีติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงาน และองค์กร (Miller & Smith, 1993 อ้างใน Nuallaong, 2013) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในชั้นนี้ยังไม่มี ความเห็น้อยหน้าเกิดขึ้น จากการประเมินระยะของความเห็น้อยหน้าของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบลดความเห็น้อยหน้า พอจะสรุปในภาพรวมได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดีผู้ป่วยใน ไม่มีความเห็น้อยหน้า

2.3.4 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดีปานกลาง ถึง ดีมาก โดยเฉพาะภาพรวมการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสัมพันธภาพที่ดีมาก ร้อยละ 60.0 (ตาราง ที่ 4.1) ด้วยการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความรักใคร่กันเสมือนพี่น้อง นำไปสู่ความผูกพันและ ความเห็นอกเห็นใจกัน ซึ่งพบเป็นลักษณะเด่นที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดีผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ และลักษณะดังกล่าวถือว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบความเห็น้อยหน้าในพยาบาลวิชาชีพได้น้อย (McCormack & Cotter, 2013)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเห็น้อยหน้ารายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้า ทางการตระหนักรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเห็น้อยหน้าของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเห็น้อยหน้าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.5) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเห็น้อยหน้าด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้รายข้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบลดความเห็น้อยหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเห็น้อยหน้าในด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบลดความเห็น้อยหน้าของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันด้วย

2) ระยะเวลาที่ใช้ลดความเห็น้อยหน้าด้วยการเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นาน 6 สัปดาห์ ระยะเวลาดังกล่าวอาจจะยังไม่นานเพียงพอในการ ลดความเห็น้อยหน้าด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงความเห็น้อย หนาด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ เนื่องจากความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ เป็นความรู้สึกที่ มีการคิดซ้ำและการรับรู้ทางด้านอารมณ์ลดลง (McCormack & Cotter, 2013; Milićević-Kalašić, 2013) ซึ่งต้องใช้เวลาสำหรับการเปลี่ยนแปลงนานกว่าความเห็น้อยหน้าด้านอื่นๆ

เพราะการตระหนักรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกมาได้ยาก และเป็นเรื่องเกี่ยวกับ กระบวนการคิดและการรับรู้อารมณ์ของตนเอง ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่เป็นามธรรม การใช้ กระบวนการลดความเห็น้อยหน้าด้วยการเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมองไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเอง และทำให้ตอบแบบ ประเมินความเห็น้อยหน้าด้านการตระหนักรู้ได้ไม่ชัดเจนเหมือนความเห็น้อยหน้าด้านอื่นๆ

3) ความเข้มข้นในการปฏิบัติการเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มากพอ เพราะกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมไม่เท่ากัน กล่าวคือ มีการใช้เวลาตั้งแต่ 5 – 30 นาที หรืออาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่นำมาใช้ลดความเหนื่อยหน่ายเพียง 3 วิธีนี้ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ จึงไม่ได้ทำให้ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกายรายข้อ ส่วนใหญ่ก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับน้อย แต่มีรายข้อเรื่องรู้สึกเหน็ดเหนื่อย มีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.5) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) อายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 70.0) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย คล้ายคลึงกับกับผลการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาท (2532) ที่พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 36–45 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำนึกส่วนบุคคลต่ำกว่าพยาบาลที่มีอายุ 21–30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากมีความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อย (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541)

2) ประสบการณ์ทำงานหรือระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี (ตารางที่ 4.1) พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คมคาย พระเอก (2544) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ ในขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง เนื่องจากพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น สามารถจัดการความเครียด และปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานและระบบบริหารได้ (สิริยา สัมมาวาท, 2532) รวมทั้งมีความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่า (สุขุมลย์ ศาลาโรจน์, 2541)

แต่ภายหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกายรายข้อดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 4.5) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การขยายเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน ก่อนการใช้รูปแบบฯ นี้ พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันประมาณ 15-20 นาที เนื่องจากมีการรับผู้ป่วยเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวนมาก และมีภาระงานให้บริการพยาบาลมาก ส่วนหลังการใช้รูปแบบฯ มีการขยายระยะเวลา

พักรับประทานอาหารเป็น 30–40 นาที ซึ่งนอกจากจะเป็นการแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายด้านงานแล้วยังช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักรับประทานอาหารนานขึ้น ซึ่งการมีเวลาพักรับประทานอาหารที่นานขึ้นนี้ จะช่วยปรับความสมดุลของร่างกายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกายรายชื่อดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย

2) การเจริญสติหรือการฝึกสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการเจริญสติหรือการฝึกสติช่วยทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง จัดการตนเองได้อย่างมีสติ และช่วยให้มองปัญหาในเชิงบวก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ส่วนการทำสมาธิช่วยให้จิตใจมีความสงบ ซึ่งความสงบนี้เป็นวิถีธรรมชาติที่สามารถช่วยลดอาการปวดและความไม่สบาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดการคิดฟุ้งซ่าน ความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยให้จิตใจมีสมาธิ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, 2542) เมื่อพยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว จึงช่วยลดความเหนื่อยหน่ายลงได้

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ โดยเฉพาะความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ที่ลดจากระดับน้อยเป็นระดับน้อยที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรนำเอารูปแบบนี้ไปใช้ เพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

3.1.2 จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลาและมีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมาก เช่น การเขียนรายงานผู้ป่วยรับใหม่ เป็นต้น รวมทั้งมีข้อสังเกตจากงานวิจัยว่า การมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติเพียง 1 คน ทำให้พยาบาลต้องมีการะงานบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาลดภาระงาน

ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลลง โดยสนับสนุนให้มีการอบรมหรือฝึกหัดบุคลากรอื่น ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือให้มีเจ้าหน้าที่สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะ เพื่อเข้ามาสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต รวมทั้งควรเพิ่มเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันเป็น 30-40 นาที

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่ายังไม่มีแผนการอบรมประจำปีด้านการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดทำแผนอบรมประจำปีสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน ดังนั้น ควรทำการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลแห่งนี้เพิ่มเติม เช่น แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกห้องคลอด เป็นต้น รวมทั้งการนำไปวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นที่มีขนาดเตียงแตกต่างกัน เช่น 60 90 และ 120 เตียง เป็นต้น

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ควรทำการวิจัยในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อให้ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่มีความคงตัวและเหมาะสมมากขึ้น หรือ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) เพื่อให้ได้ปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพเชิงลึกมากขึ้น เพราะรูปแบบการวิจัยนี้จะช่วยค้นหารากเหง้าของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.2.3 การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบประเมินระยะของความเหนื่อยหน่ายเฉพาะหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย เพื่ออธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายให้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายโดยรวม รายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินระยะของความเหนื่อยขึ้นมามีอีกหนึ่งเครื่องมือ เพื่อนำมาใช้ยืนยันผลการประเมินความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ความเหนื่อยหน่ายที่ชัดเจนมากขึ้น

บรรณานุกรม



- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระยอง* (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เครียด คลายเครียด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (มติ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 4/2560 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2560 และ มติ ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 5/2560 เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2560)*. สืบค้นจาก <http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/adminis/struck.pdf>
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. นนทบุรี: สื่อตะวันออก.
- กัลยา เดชนันท์รัตน์. (2537). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล* (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ขวัญจิตร ยิ่งवाद. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา* (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- คมคาย พระเอก. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขเขต 6* (ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชัยวิชิต เขียรชนะ. (2560). *การสร้างและการพัฒนาโมเดล/รูปแบบ/แบบจำลอง/ตัวแบบ. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 9(1), 1-11.*
- ดวงพร ธรรมะ. (2558). *การพัฒนาชุดฝึกอบรมด้วยตนเอง เรื่อง การมีสติ (Mindfulness)* (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ทัชชา รัชกาลสุข. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขต 3* (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ทิสนา แจมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธฤตา วงศ์สารรัตน์. (2555). *ปัจจัยทำนายความเหนื่อยหน่ายของครู โรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาน่าน เขต 1* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- ธิดาพร มีกิ่งทอง. (2542). *ปัจจัยประชากร รูปแบบการสื่อสาร กับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของตำรวจจราจร สังกัดกองบังคับการตำรวจจราจร* (นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธิดา เทือกสุบรรณ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช* (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปารยะ อาศนะเสนา. (2556). *สุขอนามัยที่ดีของการนอนหลับ (Sleep Hygiene)*. คลินิก, 29(3), 193-196.
- พระมหาสมชาย ฐานวุฑฺโฒ. (2555). *ศาสตร์แห่งสมาธิ*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- กัญญา วงษ์นงแก้วทอง. (2545). *ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล* (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ขรรรงค์ อิ่มสุวรรณ. (ม.ป.ป.). *ความเครียดมีผลต่อสุขภาพอย่างไร*. สืบค้นจาก <http://www.med-afdc.net/wp-content/uploads/2016/11/ความเครียดมีผลต่อสุขภาพอย่างไร.pdf>
- รายงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2561*. (2561).
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). *การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1-15.
- วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ. (2560). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร* (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2558). *ปฏิทินสาธารณสุข 2558*. ม.ป.ท.
- สำนักงานพยาบาล. (2558). *รายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2557*. นนทบุรี: สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *ทำงานเป็นสุขด้วยสติสมาธิ*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/39752-ทำงานเป็นสุขด้วยสติสมาธิ.html>
- ลิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ* (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุกมลย์ ศาลาโรจน์. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์* (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล. (2542). *เปรียบเทียบเทคนิคการลดความเหนื่อยหน่ายโดยวิธีให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบพัฒนาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม* (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุพัตรา จันทร์ลีลา. (2545). *ปัจจัยส่วนบุคคลของภาวะความเหนื่อยหน่ายของตำรวจจราจรในเขตนครบาล* (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- สุวรรณ เสรีวัฒนา. (2553). *คำบอกเล่ามรณาวาสนกรรม เรื่อง ฝึกสติ-รู้ลึกตัว ธรรมไม่ยาก*. กรุงเทพฯ: สุภา.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., . . . Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *Biomed Res Int*, 2016, 6960184.
- Armon, G., Melamed, S., Shirom, A., & Shapira, I. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol*, 15(4), 399-408.
- Asociatia Everest, The FORMATEMP Training Counselling Professional Orientation and Work Placement Center, INFORJOB, Sinfke Toplum SagligıBařkanlıđı, MoŻesz wiĘcej, & The Institute of Gerontology. (2012). *Handbook on prevention of burnout and control*. Retrieved from http://www.burnoutproject.net/wp-content/uploads/2014/Hand_prev_burnout_control.pdf
- Asuero, A. M., Queralto, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodriguez-Blanco, T., & Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*, 34(1), 4-12.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*, 78(2), 184-190.
- Axisa, C., Nash, L., Kelly, P., & Willcock, S. (2019). Burnout and distress in Australian physician trainees: Evaluation of a wellbeing workshop. *Australas Psychiatry*, 1039856219833793.
- Aydemir O, & Icelli I. (2013). Burnout: Risk Factors. In Bährer-Kohler S (Ed.), *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. Basel Springer.
- Beheshtifar M, & Omidvar AR. (2013). Causes to Create Job Burnout in Organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(6), 107-113.
- Bilgel N, Bayram N, Ozdemir H, Dogan F, & Ekin D. (2012). Work Engagement, Burnout and Vigor among a Group of Medical Residents in Turkey. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 2(3), 220-238.
- Bishop SR. (2002). What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosom Med*, 64, 71-84.

- Buunk, A. P., Zurriaga, R., & Peiro, J. M. (2010). Social comparison as a predictor of changes in burnout among nurses. *Anxiety Stress Coping*, 23(2), 181-194.
- Canadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, I., Canadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 240-249.
- Chennoufi, L., Ellouze, F., Cherif, W., Mersni, M., & M'Rad M, F. (2012). [Stress and burnout among Tunisian teachers]. *Encephale*, 38(6), 480-487.
- Chiu, S. F., & Tsai, M. C. (2006). Relationships among burnout, job involvement, and organizational citizenship behavior. *J Psychol*, 140(6), 517-530.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331.
- Drummond D. (2012). *The Burnout Prevention Matrix*. Retrieved from <https://medschool.ucsd.edu/som/heat/resources/Documents/-%20Burnout%20Prevention%20Matrix-V2.pdf>
- Dunn, L. B., Iglewicz, A., & Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*, 32(1), 44-53.
- Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med*, 43(2), 119-128.
- Fearon, C., & Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nurs Stand*, 26(14), 35-39.
- Freudenberger HJ. (1975). The staff burn out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 12(1), 73-82.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Res Dev Disabil*, 32(3), 1065-1074.
- Gunusen, N. P., & Ustun, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *Int Nurs Rev*, 57(4), 485-492.
- Gustafsson G, Persson B, Eriksson S, Norberg A, & Strandberg G. (2009). Personality traits among burnt out and non-burnt out health-care personnel at the same workplaces: a pilot study. *Int J Ment Health Nurs*, 18(5), 336-348.

- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., & Norberg, A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nurs Ethics*, 17(1), 23-38.
- Halbesleben JRB, & Buckley MR. (2004). Burnout in Organizational Life. *J Manage*, 30(6), 859-879.
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *J Holist Nurs*, 34(4), 343-350.
- Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *J Nurs Manag*, 16(8), 946-954.
- Hu, H. X., Liu, L. T., Zhao, F. J., Yao, Y. Y., Gao, Y. X., & Wang, G. R. (2015). Factors Related to Job Burnout Among Community Nurses in Changchun, China. *J Nurs Res*, 23(3), 172-180.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*, 15(2), 61-66.
- Jones, A. C., & Cutcliffe, J. R. (2009). Listening as a method of addressing psychological distress. *J Nurs Manag*, 17(3), 352-358.
- Jourdain, G., & Chenevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 709-722.
- Kalicinska, M., Chylinska, J., & Wilczek-Rozyczka, E. (2012). Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland. *Int J Nurs Pract*, 18(6), 595-603.
- Korunka C, Tement S, Zdrehus C, & Borza A. (2011). *Burnout: Definition, recognition and prevention approaches. Project BOIT.*
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res*, 23(3), 130-138.
- Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *ISRN Nurs*, 2012, 402157.
- Lee, H. F., Yen, M., Fetzer, S., & Chien, T. W. (2015). Predictors of Burnout Among Nurses in Taiwan. *Community Ment Health J*, 51(6), 733-737.
- Lieberman, H. R. (2007). Cognitive methods for assessing mental energy. *Nutr Neurosci*, 10(5-6), 229-242.
- Mackenzie CS, Poulin PA, & Seidman-Carlson R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*, 19(2), 105-109.

- Maslach C, & Goldberg J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Appl Prev Psychol*, 7(1), 63-74.
- Maslach C, & Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behaviour*, 2, 99-133.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*, 93(3), 498-512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.
- McCormack N, & Cotter C. (2013). *Managing Burnout in the Workplace*. Witney: Chandos Publishing.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, 132(3), 327-353.
- Milićević-Kalašić A. (2013). Burnout Examination. In Bährer-Kohler S (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 169-184). Basel: Springer.
- Miller JF. (2011). Burnout and Its Impact on Good Work in Nursing. *Journal of Radiology Nursing*, 30(4), 146-149.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *J Nurs Scholarsh*, 48(1), 83-90.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Hoog, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326.
- Nuallaong W. (2013). Burnout Symptoms and Cycles of Burnout: The Comparison with Psychiatric Disorders and Aspects of Approaches. In Bährer-Kohler S (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working*. Basel: Springer.
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Jpn J Nurs Sci*, 8(1), 76-86.
- Pau, A. K., Croucher, R., Sohanpal, R., Muirhead, V., & Seymour, K. (2004). Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates--a qualitative study. *Br Dent J*, 197(4), 205-209.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*, 62(1), 84-95.

- Popa, F., Arafat, R., Purcarea, V. L., Lala, A., Popa-Velea, O., & Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*, 3(4), 449-453.
- Popa, F., Raed, A., Purcarea, V. L., Lala, A., & Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *J Med Life*, 3(3), 207-215.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Dillingh, G. S., van de Wiel, H. B., van der Heijden, F. M., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Med Educ*, 42(7), 721-728.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*, 16(1), 1-9.
- Redhead, K., Bradshaw, T., Braynion, P., & Doyle, M. (2011). An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(1), 59-66.
- Relaxation*. (2015). Retrieved from www.primarycarecoalition.org/wp-content/uploads/2015/11/Relaxation.pdf
- Rezaei, S., Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Soroush, A., & Nouri, B. (2018). Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Gonzalez, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e0185781.
- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *Int J Nurs Stud*, 37(2), 95-99.
- Shirom A. (2002). Job-related burnout: A review. In Quick JC & Tetrick LE (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 245-265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shirom A. (2005). Burnout and Vigor Scales. Retrieved from <http://www.shirom.org/arie/index.html#>
- Shirom A, & Melamed S. (2006). A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals. *Int J Stress Manag*, 13(2), 176-200.
- Spinetta, J. J., Jankovic, M., Ben Arush, M. W., Eden, T., Epelman, C., Greenberg, M. L., . . . Masera, G. (2000). Guidelines for the recognition, prevention, and remediation of burnout in health care

- professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Med Pediatr Oncol*, 35(2), 122-125.
- Tay WY, Earnest A, Tan SY, & Ng MJM. (2014). Prevalence of Burnout Among Nurses in a Community Hospital in Singapore: A Cross-sectional Study. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 13(2), 93-99.
- Toker, S., & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*, 97(3), 699-710.
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 344-362.
- Tokuda, Y., Hayano, K., Ozaki, M., Bito, S., Yanai, H., & Koizumi, S. (2009). The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health*, 47(2), 166-172.
- van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2014). Burnout of registered nurses in South Africa. *J Nurs Manag*, 22(5), 630-642.
- Van Dierendonck D, Garssen B, & Visser A. (2005). Burnout prevention through personal growth. *Int J Stress Manag*, 12(1), 62-77.
- Wei, R., Ji, H., Li, J., & Zhang, L. (2017). Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *J Emerg Nurs*, 43(2), 145-149.
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*, 32(3), 203-212.
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occup Med (Lond)*, 64(4), 279-286.
- Wu, H., Liu, L., Sun, W., Zhao, X., Wang, J., & Wang, L. (2014). Factors related to burnout among Chinese female hospital nurses: cross-sectional survey in Liaoning Province of China. *J Nurs Manag*, 22(5), 621-629.
- Zhong, J., You, J., Gan, Y., Zhang, Y., Lu, C., & Wang, H. (2009). Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychol Rep*, 105(3 Pt 2), 1248-1254.



ภาคผนวก

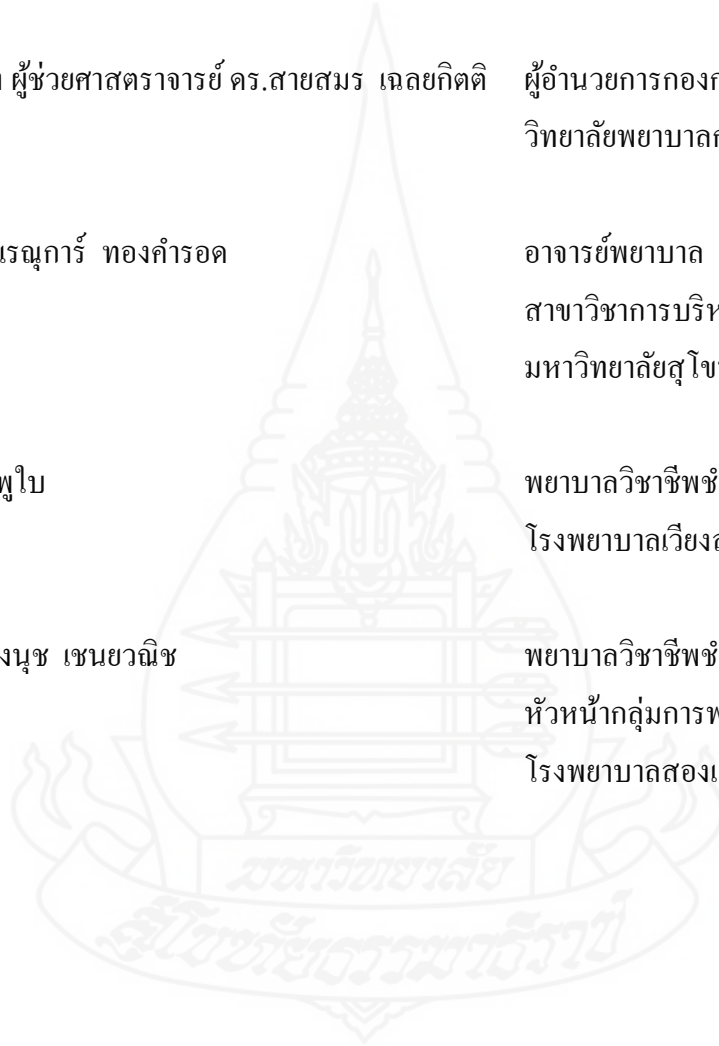


ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

	ตำแหน่ง
1. รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์	ข้าราชการบำนาญ
2. พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	ผู้อำนวยการกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
3. อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
4. นางอนงค์ พูโอบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน
5. นางสาวหนึ่งนุช เชนยวณิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน

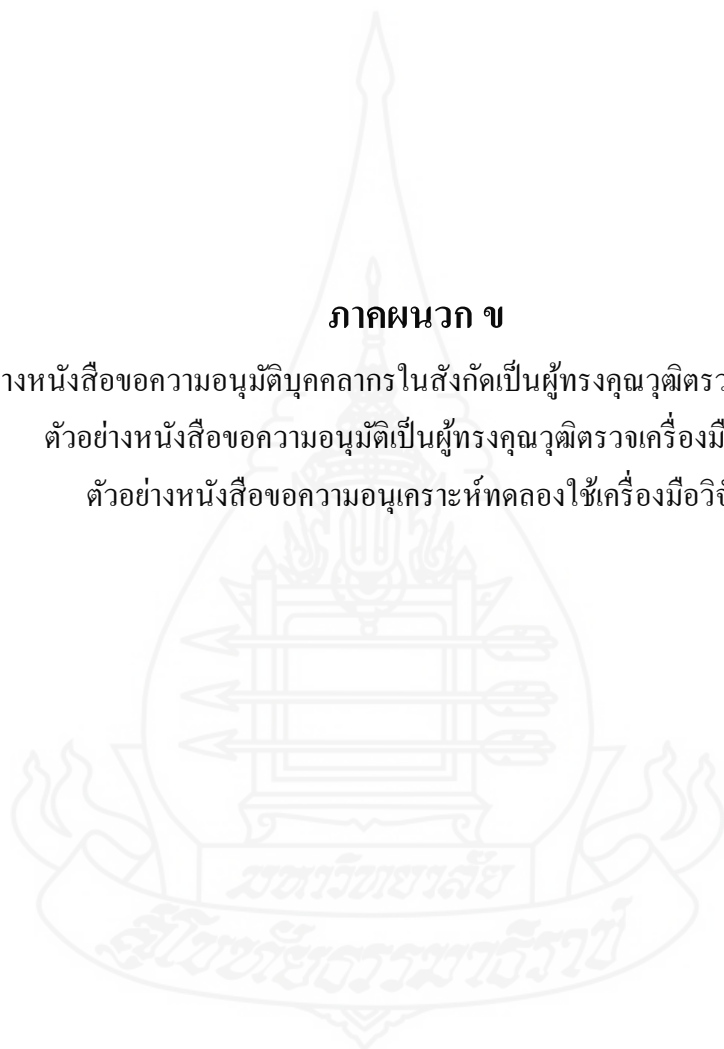


ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๙๕๖



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ด้วย นางสาวกัลยาณี โนอินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๕-๗๑๓-๖๓๘๗ (นางสาวกัลยาณี โนอินทร์)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๙๕๐



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕๙ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ

ด้วย นางสาวกัลยาณี โนนินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๕-๗๑๓๓-๖๓๘๗ (นางสาวกัลยาณี โนนินทร์)

ที่ ศร ๐๕๒๒.๒๖ / ก ๑๒๗๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสองแคว

ด้วยนางสาวกัลยาณี โนนินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน กับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน
ในตึกผู้ป่วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการขอทดลองใช้
เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐๒-๕๐๔๘-๐๓๖๗, ๐-๒๕๐๔-๘๐๕๖

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๔๓๗๖-๑๐๕๘ (นางสาวกัลยาณี โนนินทร์)

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสองแคว

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖ / ก ๑๒๗๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอบางกร่าง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสองแคว

ด้วยนางสาวกัลยาณี โนนินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มूलศาสตร์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐๒-๕๐๔๘-๐๓๖๗, ๐-๒๕๐๔-๘๐๙๖

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๕๗๑๓-๖๓๘๗ (นางสาวกัลยาณี โนนินทร์)



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No.30/2561.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบลดความเหลื่อมล้ำของพยาบาลวิชาชีพ
 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
 รหัสโครงการ : 2595100195
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวกัลยาณี โนนินทร์
 สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลสนามน้อย อ.สนามน้อย จ.น่าน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่ามีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล
 จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพิพย์ สิริรังศรี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกลม ปิ่นเฉลียว)

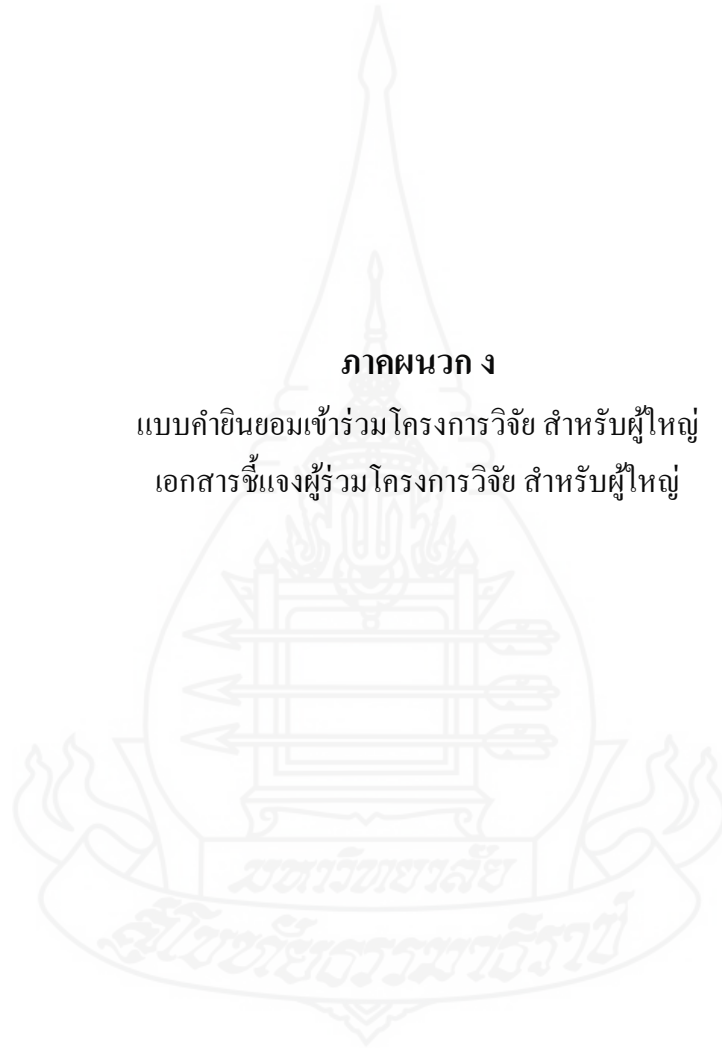
กรรมการและเลขานุการ

วันที่ให้การรับรอง :25/9/2561.....

วันที่หมดอายุการรับรอง :24/9/2562.....

ภาคผนวก ง

แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ใหญ่
เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ใหญ่



แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ใหญ่
(Consent Form)

ที่ โรงพยาบาล.....

วันที่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวกัลยาณี โนอินทร์ เกี่ยวกับการเป็นผู้ร่วม โครงการวิจัยในโครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” ได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและการจัดการแก้ไข และอื่นๆ (ถ้ามี) จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ร่วม โครงการวิจัยของโครงการวิจัยครั้งนี้ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสารชี้แจง หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาวกัลยาณี โนอินทร์)

ผู้ยินยอม

หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

หมายเหตุ เอกสารชี้แจงและยินยอมนี้ให้จัดทำเป็น 2 ชุด มอบให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด และผู้วิจัย 1 ชุด

เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ใหญ่
(Participant Information Sheet)

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

เนื่องด้วย ข้าพเจ้า นางสาวกัลยาณี โนนินทร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์อะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง กรุณาใช้เวลาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง และ 3) เพื่อประเมินรูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน โดยเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาด้วยรูปแบบการลดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ได้แก่ 1) ทราบถึงระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน 2) ได้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในลักษณะอื่นๆ ต่อไป และ 3) ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น

3. การวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดผู้ป่วยใน ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินความเหนื่อยหน่ายโดยการตอบแบบสอบถามจำนวน 14 ข้อ ใช้เวลา 10-15 นาทีและได้รับการสอบถามเพื่อค้นหาสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และแนวทางการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 1)

ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาในการประชุมครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (สัปดาห์ที่ 1-2)

ขั้นที่ 3 การประเมินการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการประชุมกลุ่มจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการประชุมประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่ออภิปราย และหาข้อสรุป รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับจุดเด่นจุดด้อย ลักษณะของรูปแบบ ความเหมาะสมและความพร้อมในการนำรูปแบบไปใช้ (สัปดาห์ที่ 2)

ขั้นที่ 4 การนำรูปแบบไปใช้และการประเมินผลการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้ 1) โครงการอบรมเรื่อง “โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพคึกผู้ป่วยใน” จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการอบรมประมาณ 3 ชั่วโมง เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย (สัปดาห์ที่ 3) 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะขณะฝึกปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 3-4) 3) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไปปฏิบัติด้วยเองตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5-8) และ 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินความเหนื่อยหน่ายโดยการตอบแบบสอบถามจำนวน 14 ข้อ ใช้เวลา 10-15 นาที หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยไปปฏิบัติด้วยเองตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นครบ 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8)

4. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย และการจัดการแก้ไข การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจเกิดความไม่สะดวกสบายต่างๆ ขึ้นในขณะเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายในพยาบาลวิชาชีพ หรือ/และจะต้องเสียเวลาประมาณ 1-1.30 ชั่วโมงในการทำกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด และกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม หรือเกิดความกังวลใจ และความเครียดขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะแก้ไขเมื่อเกิดกรณีดังกล่าว เช่น ระวังในการถาม จะถามโดยใช้วาจาที่สุภาพอ่อนโยน และหยุดถามทันทีที่ผู้ร่วมวิจัยแสดงความรู้สึกรู้สึกอึดอัด หรือกังวล และเว้นระยะในการถาม

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวกัลยาณี โนอินทร์ โทรศัพท์ 085 7136387 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง

5. ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วม โครงการวิจัยจะได้รับ การวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทน แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสนับสนุนอาหารว่างหรืออาหารกลางวันในวันที่เข้าร่วมกิจกรรม

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ร่วมโครงการวิจัยทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลนั้นจะรับรู้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมโครงการวิจัย เท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ ข้อมูลส่วนตัวของท่าน ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร 02-5048036-7 อีเมล boontip.sir@stou.ac.th

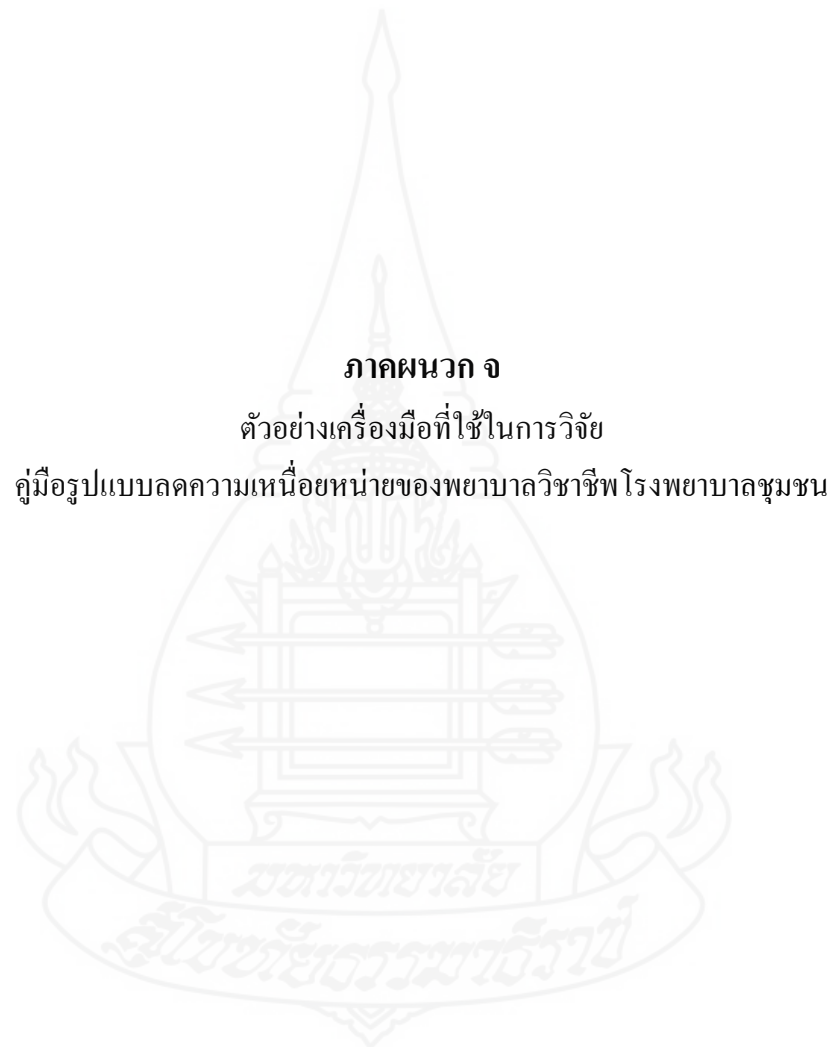
ลงชื่อ.....

(นางสาวกัลยาณี โนนินทร์)

หัวหน้าโครงการวิจัย

วัน เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561





ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คู่มือรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

เลขที่แบบสอบถาม

--	--

แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

คำชี้แจง:

1. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่าย จำนวน 17 ข้อ

ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามและสถานที่ทำงาน ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นางสาวกัลยาณี โนนินทร์

นิติระดับบัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่าง...หรือ ทำเครื่องหมาย ✓/ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งข้อ

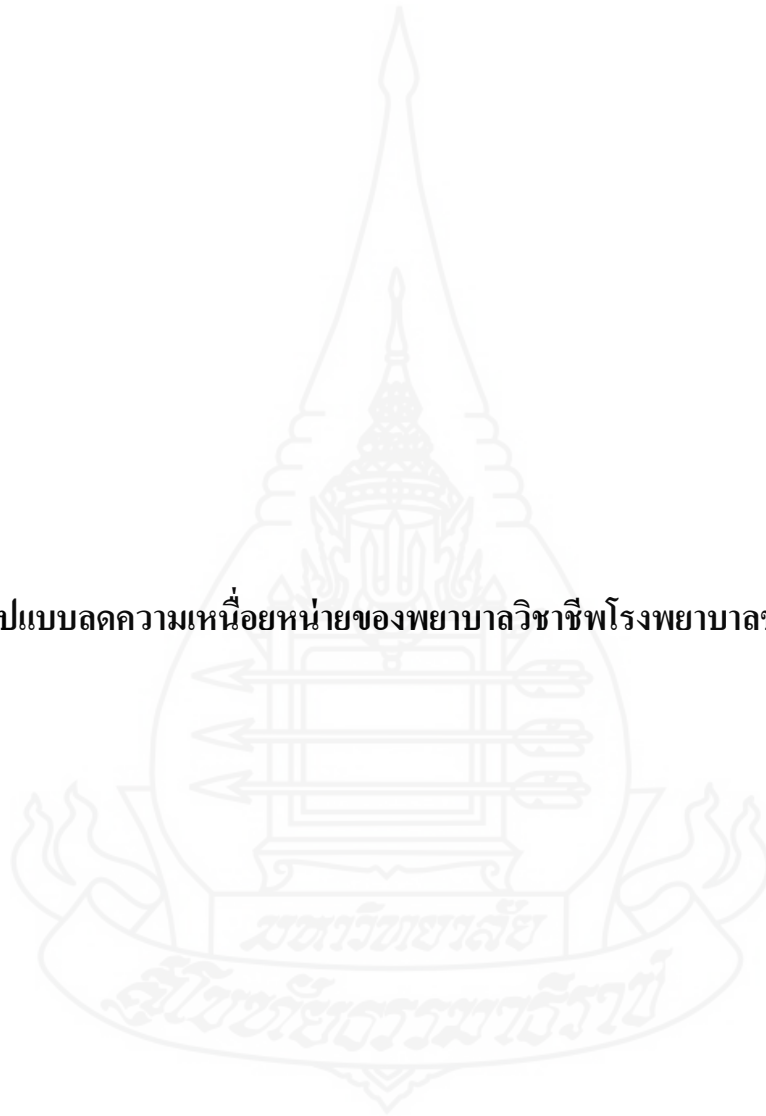
		สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ.....ปี.....เดือน		age [] [] [] []
2. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 คู่ <input type="checkbox"/> 3 หม้าย/หย่า/แยก		status []
3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาล.....ปี		Exp []
4. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีความขัดแย้งกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เกิดความขัดแย้ง <input type="checkbox"/> 2 เกิดความขัดแย้ง 1-2 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 3 เกิดความขัดแย้ง 3-4 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 4 เกิดความขัดแย้ง มากกว่า 5 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ)		Connurse []
5. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีความขัดแย้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์) ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เกิดความขัดแย้ง <input type="checkbox"/> 2 เกิดความขัดแย้ง 1-2 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 3 เกิดความขัดแย้ง 3-4 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 4 เกิดความขัดแย้ง มากกว่า 5 ครั้ง ในเรื่อง (ระบุ)		Concowork []
6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 3 มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง ในเรื่อง (ระบุ)		Renurse []
7. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 3 มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง ในเรื่อง (ระบุ)		Recowork []
8. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 2 มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง ในเรื่อง (ระบุ) <input type="checkbox"/> 3 มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง ในเรื่อง (ระบุ)		Rehead []

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการตามขั้นของการเกิดความเหนื่อยหน่าย

คำชี้แจง ข้อความในแต่ละข้อข้างล่างนี้ อธิบายถึงความรู้สึกของท่านที่อาจเกิดขึ้นได้ กรุณาสำรวจว่าภายใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความต่อไปนี้ ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อให้ตรงกับที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	มี	ไม่มี	สำหรับผู้วิจัย
1. มีแรงจูงใจสูงในการทำงาน			SIGN1 []
2. มีความกระตือรือร้นในการทำงาน			SIGN2 []
3. มีความรู้สึกปิติยินดีกับงาน เพื่อนร่วมงานและองค์กร			SIGN3 []
4. เริ่มรู้สึกเหนื่อยกับการทำงาน			SIGN4 []
5. เริ่มเกิดความผิดหวังกับงานที่ทำอยู่			SIGN5 []
↓	↓	↓	SIGN6 []
			SIGN7 []
			SIGN8 []
			SIGN9 []
			SIGN10 []
			SIGN11 []
			SIGN12 []
			SIGN13 []
			SIGN14 []
			SIGN15 []
			SIGN16 []
			SIGN17 []

คู่มือรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง



คำนำ

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งรูปแบบดังกล่าว ได้ให้ความสำคัญกับการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลและการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้

คู่มือรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ใช้แนวทางในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กรอันเนื่องมาจากสภาพการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะช่วยให้การแก้ไขความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข และรองศาสตราจารย์ ดร.สุกมาส อังสุโชติ เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ด้วยดีตลอดมา

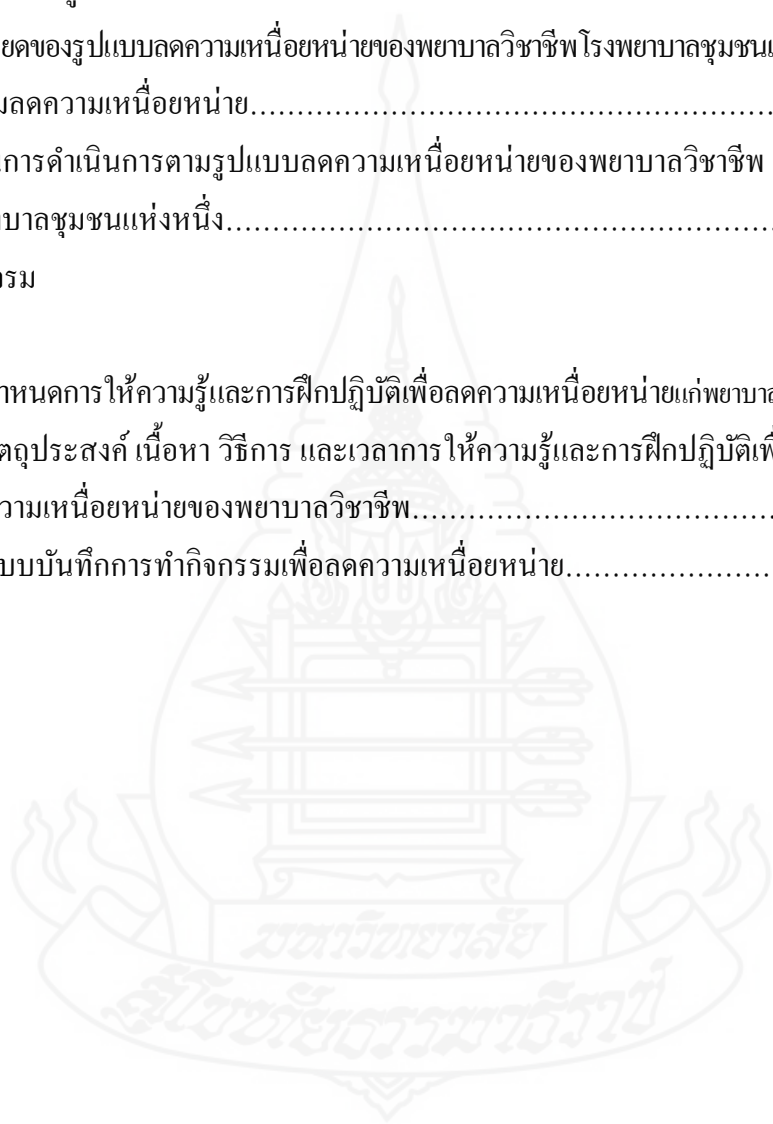
กัลยาณี โนนินทร์

ผู้วิจัย



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	2
สารบัญ	3
1. คำจำกัดความรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	4
2. รายละเอียดของรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง	4
3. กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่าย.....	6
4. ขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง.....	8
บรรณานุกรม	9
ภาคผนวก	10
กำหนดการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายแก่พยาบาลวิชาชีพ...	11
วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และเวลาการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลด ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	12
แบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย.....	13



รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

1. คำจำกัดความรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

หมายถึง แบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดหรือบรรเทาอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล สามารถวัดได้ตามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของชิโรม-มิลามเมค (Shirom, 2005) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย และการมีพลังงานในระดับต่ำเพื่อการปฏิบัติการกิจประจำวัน 2) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) เป็นความรู้สึกอ่อนแออย่างมากที่จะแสดงความเข้าใจถึงความรู้สึกและอารมณ์ (empathy) ของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน และขาดพลังงานในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในที่ทำงาน และ 3) ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness) เป็นความรู้สึกที่มีการคิดช้าและการรับรู้ทางด้านอารมณ์ลดลง ซึ่งเป็นความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ให้น้อยลง แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเหนื่อยหน่ายตนเอง มี 3 ด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และ 2) การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ได้แก่ การควบคุมตนเองไม่ดี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านงาน ได้แก่ มีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนของหน่วยงานด้านวัสดุครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยและการอบรมทักษะความรู้ใหม่ๆ แก่พยาบาลวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งความขัดแย้งในหน่วยงานและความขัดแย้งในบทบาทของตนเองหรือความขัดแย้งระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. รายละเอียดของรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบแผนกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อลดกลุ่มอาการอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล มี 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ และการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย มี 3 ด้าน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร ดังตารางภาคผนวกที่ 1

ตารางภาคผนวกที่ 1 รายละเอียดของรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางแก้ไข
ก. ระดับบุคคล	
1. ความเหนื่อยหน่าย	
1.1 ด้านร่างกาย	
1) ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ	-การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^๑
2) รู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเป็นบางครั้ง	-การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^๑
1.2 ด้านอารมณ์	
1) เบื่อและหงุดหงิด	-การเจริญสติ ^๒ -การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ^๑
1.3 ด้านการตระหนักรู้	
1) มีความรู้สึกต่อต้านบางครั้ง (เมื่อไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องให้ทำ หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน) แต่ให้ความร่วมมือ	-การทำสมาธิ ^๓ -การเจริญสติ ^๒
ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. ด้านงาน	
1.1 มีปริมาณงาน ในความรับผิดชอบมาก	-การเรียกพยาบาลขึ้นเวรเสริมเหมือนรูปแบบเดิม ^๔
1.2 มีเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันนาน 15-20 นาที เนื่องจากมีภาระงานมาก จากการรับใหม่ ผู้ป่วยจำนวนมาก และการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย	-การขยายเวลาพักรับประทานอาหารเป็น 30 ถึง 40 นาที โดยกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติร่วมกัน
2. ด้านองค์กร	
2.1 ส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมไม่มีแผนการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม	-การประสานงานการวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นธรรมและเป็นรูปธรรม -แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ

หมายเหตุ ^๑ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามแนวคิดของ ภิญญา วงษ์นงแก้วทอง (2545)

^๒ การเจริญสติตามแนวคิดของ อะเชอโร และคณะ (Asuero et al., 2014)

^๓ การทำสมาธิตามแนวคิดของ เฮเวซี (Hevezi, 2016)

^๔ หน่วยงานมีการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้เรียบร้อยแล้วก่อนเริ่มทำการวิจัย

3. กิจกรรมลดความเหนื่อยหน่าย

รายละเอียดของกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพระดับบุคคล ดังตารางภาคผนวกที่ 2

ตารางภาคผนวกที่ 2 กิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคล

รายละเอียดของกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย

1. ระดับบุคคล ได้แก่

- 1.1 การเจริญสติหรือการฝึกสติ
- 1.2 การทำสมาธิ
- 1.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมข้างต้น ใช้สื่อการสอนดังนี้

ตารางภาคผนวกที่ 3 สื่อการสอนกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคล

กิจกรรม	สื่อการสอนและรายละเอียด	เว็บไซต์
1. การเจริญสติหรือการฝึกสติ	วิดีโอ ก้าวถึงการเจริญสติที่ช่วยพัฒนาสมอง โดยการยกตัวอย่างงานวิจัย กระบวนการพัฒนาสมอง หลักการเจริญสติเบื้องต้นในชีวิตประจำวัน	https://www.youtube.com/watch?v=iPzN6V8S82U
	วิดีโอ แนะนำหลักการเจริญสติเบื้องต้น โดยให้หาอารมณ์กรรมฐาน (เช่น การกำหนดลมหายใจ การทอพุทโธ) เพื่อเป็นเครื่องสังเกตการเปลี่ยนแปลงของจิต	https://www.youtube.com/watch?v=Bd14IPq4_Lc
	วิดีโอ แนะนำหลักการเจริญสติโดยนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	https://www.youtube.com/watch?v=1hNuPG0cjZA

ตารางภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรม	สื่อการสอนและรายละเอียด	เว็บไซต์
2. การทำสมาธิ	วิดีโอที่สอนแนะนำวิธีการทำสมาธิ สำหรับผู้เริ่มต้น ได้แก่ วิธีการงูใจตนเองให้หายากทำสมาธิ การเตรียมตัวและสิ่งแวดล้อมในการทำสมาธิ และหลักการทำสมาธิเบื้องต้น	https://www.youtube.com/watch?v=LbMEKSWNS8
	วิดีโอที่สอนแนะนำการทำสมาธิ เริ่มตั้งแต่การให้หลับตาการนั่งและการกำหนดลมหายใจ	https://www.youtube.com/watch?v=5VCtfwJbg4s
3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	วิดีโอที่สอนให้ความรู้ ประโยชน์ของการผ่อนคลายความเครียด และวิธีฝึกปฏิบัติเพื่อการผ่อนคลายความเครียด ประกอบด้วย การฝึกหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	https://www.youtube.com/watch?v=LGHvHGJ8j1c

รายละเอียดของกิจกรรมลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
ดังตารางภาคผนวกที่ 4

ตารางภาคผนวกที่ 4 กิจกรรมลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรมลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียด
1. ด้านงาน	
1.1 มีปริมาณงานใน ความรับผิดชอบมาก	-การเรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเสริมตามรูปแบบเดิม (เริ่มปฏิบัติตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2560) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ 1.1 เวรเช้า และเวรดึก: เมื่อมีจำนวนรวมผู้ป่วยทั้งหมดที่รับรักษาไว้ใน โรงพยาบาล 30 คนขึ้นไป 1.2 เวรบ่าย: พิจารณาเป็นครั้งๆ ไป ได้แก่ กรณีมีผู้ป่วยสัญญาณชีพไม่คงที่และ ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาโรงพยาบาลจำนวนหลาย รายพร้อมกันและมีหัตถการจำนวนมาก และไม่สามารถเขียนชาร์ต (chart) ผู้ป่วยรับใหม่ทั้งหมดให้แล้วเสร็จภายในเวร ให้หัวหน้าเวรเป็นผู้พิจารณาเรียก พยาบาลวิชาชีพขึ้นเวรเสริมตามความเหมาะสม

ตารางภาคผนวกที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรมลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียด
1.2 มีเวลาพัก รับประทานอาหารกลางวัน นาน 15 - 20 นาที	-พยาบาลวิชาชีพประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ไขการมีเวลาพัก รับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา -ที่ประชุมเสนอให้พยาบาลวิชาชีพผลัดเปลี่ยนกันไปรับประทานอาหารกลางวัน โดยให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนขยายเวลาพักรับประทานอาหารเป็น 30 ถึง 40 นาที -นำข้อเสนอที่ได้ไปกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติร่วมกัน
2. ด้านองค์กร	
2.1 ส่งพยาบาลวิชาชีพ ไปอบรมไม่มีแผนการ พัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม	-พยาบาลวิชาชีพประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ -ที่ประชุมเสนอให้มีผู้ประสานงานกับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลประจำ จังหวัด เพื่อขอแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ มาใช้วางแผนการจัดตารางการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน และการส่งพยาบาล วิชาชีพ ไปเข้าร่วมอบรมในช่วงเวลาต่างๆ -หัวหน้าตึกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจัดทำแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้ สอดคล้องกับแผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลประจำจังหวัด -หัวหน้าตึกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับ แผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่จัดทำขึ้น

4. ขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ชุมชนแห่งหนึ่ง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.1 ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง เพื่อหาสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย
และแนวทางแก้ไข แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุมกลุ่ม เสนอต่ออาจารย์ที่
ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไขปัญหาดำเนินการที่กลุ่มเสนอ

4.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางบวกเท่านั้นมาจัดทำร่าง
รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ
และปรับปรุงแก้ไข

4.3 จัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งการจัดกิจกรรมเป็น 2 รุ่น เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างทุกคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันในครั้งเดียวได้ ประกอบด้วย

4.3.1 การให้ความรู้เรื่องแนวคิดความเหนื่อยหน่าย และการลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.3.2 การฝึกปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตาม วิถีทัศนังจนเข้าใจและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4.3.1 และ 4.3.2 สอนโดยผู้วิจัยและการเปิดวิถีทัศนังจำนวน 6 เรื่องให้ กลุ่มตัวอย่างดูและฝึกปฏิบัติตาม ใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง

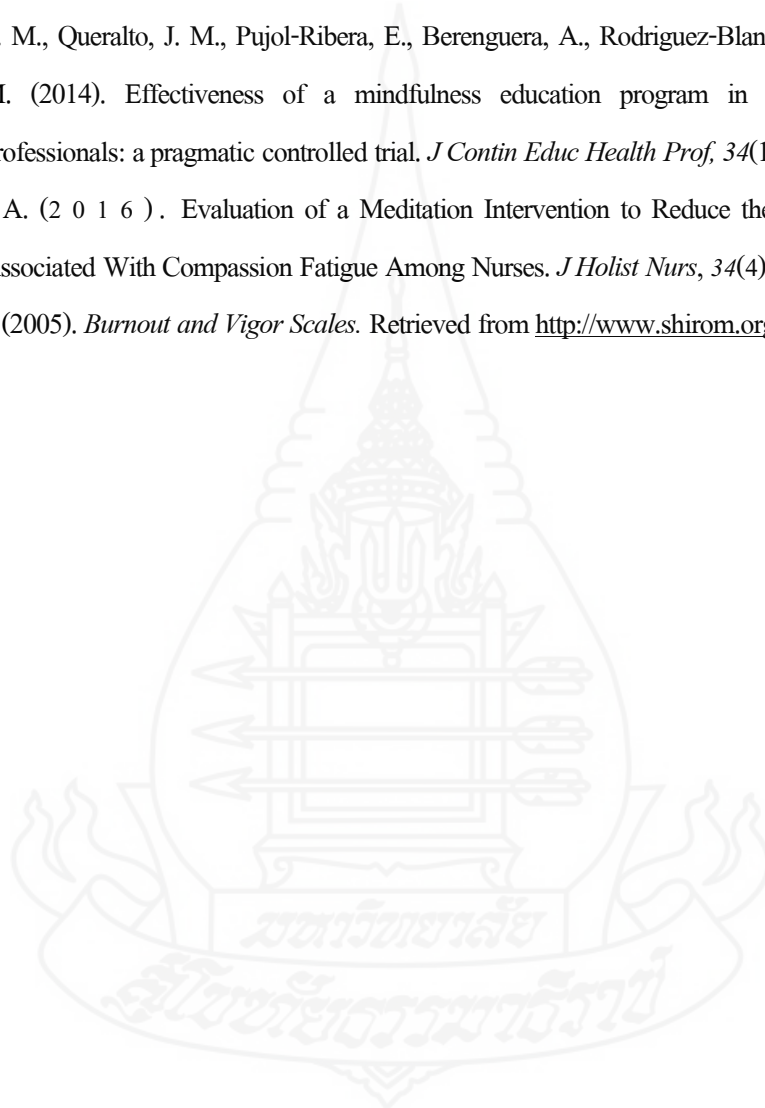
4.3.3 การทดลองฝึกปฏิบัติตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบดังกล่าว และผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ ขณะฝึก ปฏิบัติ

4.3.4 การปฏิบัติการเจริญสติ การทำสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเอง ตามรูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นนาน 6 สัปดาห์ พร้อมบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึก การทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย



บรรณานุกรม

- ภิญญา วงษ์นงแก้วทอง. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Asuero, A. M., Queralto, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodriguez-Blanco, T., & Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*, 34(1), 4-12.
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *J Holist Nurs*, 34(4), 343-350.
- Shirom A. (2005). *Burnout and Vigor Scales*. Retrieved from <http://www.shirom.org/arie/index.html#>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

**กำหนดการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายแก่พยาบาลวิชาชีพ
ณ ตึกผู้ป่วยใน วันที่ 7 และ 11 ธันวาคม 2561**

เวลา	กิจกรรม
13.30-14.00 น.	ลงทะเบียน
14.00-14.30 น.	แนวคิดความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย โดยผู้วิจัย
14.30-15.05 น.	คู่มือทัศนเรื่องการเจริญสติ 3 เรื่อง - แนะนำการเจริญสติ โดย รายการบอดี มายด์ (10.41 นาที) - หัดเจริญสติ โดย หลวงพ่อปราโมทย์ ปาโมชฺโช สวนสันติธรรม อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (7.55 นาที) - การฝึกสติในชีวิตประจำวัน โดย หลวงพ่อปราโมทย์ ปาโมชฺโช สวนสันติธรรม อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (9.15 นาที)
15.05-15.35 น.	คู่มือทัศนเรื่องการทำสมาธิ 2 เรื่อง - วิธีทำสมาธิเบื้องต้น โดย รายการวันเดอร์ เวิลด์ (17.41 นาที) - 10 นาที ฝึกจิต สมาธิ เดิมพลังยามเช้า โดย คุณวาสนา นิมิตรยงสกุล (10.34 นาที)
15.35-15.50 น.	พักรับประทานทานอาหารว่าง
15.50-16.05 น.	คู่มือทัศนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 1 เรื่อง - เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (12.39 นาที)
16.05-16.20 น.	ฝึกปฏิบัติการเจริญสติตามวิธีทัศน - การฝึกสติในชีวิตประจำวัน โดย หลวงพ่อปราโมทย์ ปาโมชฺโช สวนสันติธรรม อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (9.15 นาที)
16.20-16.35 น.	ฝึกปฏิบัติการทำสมาธิตามวิธีทัศน - 10 นาที ฝึกจิต สมาธิ เดิมพลังยามเช้า โดย คุณวาสนา นิมิตรยงสกุล (10.34 นาที)
16.35-16.50 น.	ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิธีทัศน - เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (12.39 นาที)
16.50-17.00 น.	ถาม-ตอบปัญหา/ข้อสงสัย และปิดประชุม

วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และเวลาการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

การเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และเวลา มีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการ	เวลา
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย	แนวคิดความเหนื่อยหน่ายและการลดความเหนื่อยหน่าย	-บรรยาย -ถาม-ตอบ	7 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 1 11 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 2
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจริญสติหรือการฝึกสติ	การเจริญสติหรือการฝึกสติ	-คู่มือทัศน	7 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 1 11 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 2
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำสมาธิ	การทำสมาธิ	-คู่มือทัศน	7 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 1 11 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 2
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำสมาธิ	การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	-คู่มือทัศน	7 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 1 11 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 2
-เพื่อให้มีการปฏิบัติในการลดความเหนื่อยหน่ายด้วยการใช้การเจริญสติ การทำสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	1. การเจริญสติหรือการฝึกสติ 2. การทำสมาธิ 3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	-ฝึกปฏิบัติตาม วิธีทัศน 3 เรื่อง -บันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย -ให้คำปรึกษาตามความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ	7 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 1 11 ธันวาคม 2561 กลุ่มที่ 2

หมายเหตุ กลุ่มที่ 1 ผู้เข้าอบรม 6 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้เข้าอบรม 4 คน

แบบบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย
เดือน ธันวาคม 2561

(สัปดาห์ที่ 1)

วัน	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
วันที่							1
	2	3	4	5	6	7	8
กิจกรรม							
1 การฝึกสติ (นาที) (ทำทุกวัน)							
2 การทำสมาธิ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกไม่มีสมาธิ)							
3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกปวดกล้ามเนื้อ)							

(สัปดาห์ที่ 2)

วัน	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
วันที่	9	10	11	12	13	14	15
กิจกรรม							
1 การฝึกสติ (นาที) (ทำทุกวัน)							
2 การทำสมาธิ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกไม่มีสมาธิ)							
3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกปวดกล้ามเนื้อ)							

(สัปดาห์ที่ 3)

วัน	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
วันที่	16	17	18	19	20	21	22
กิจกรรม							
1 การฝึกสติ (นาที) (ทำทุกวัน)							
2 การทำสมาธิ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกไม่มีสมาธิ)							
3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกปวดกล้ามเนื้อ)							

(สัปดาห์ที่ 4)

วัน	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
วันที่	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					
กิจกรรม							
1 การฝึกสติ (นาที) (ทำทุกวัน)							
2 การทำสมาธิ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกไม่มีสมาธิ)							
3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (นาที) (ทำเมื่อรู้สึกปวดกล้ามเนื้อ)							

ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากตารางการปฏิบัติงานของตึกผู้ป่วยในย้อนหลังเป็นระยะเวลา 1 ปี คือระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ได้แก่ จำนวนครั้งของปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรและสมาชิกทีมการพยาบาล จำนวนวันที่ได้หยุดพัก จำนวนช่วงเวรที่ได้ปฏิบัติงานมาก และจำนวนการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง ดังตารางที่ ฉ 1 – ฉ 5

ตารางที่ ฉ 1 จำนวนครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

พยาบาล	การปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวร (ครั้งต่อเดือน)												Min	Max	\bar{X}	(S.D.)
	เดือน/ พ.ศ. 2560						เดือน/ พ.ศ. 2561									
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.				
พ.1	12	11	15	23	15	8	11	10	13	14	19	16	8	23	13.9	(4.12)
พ.2	12	20	14	16	22	14	18	14	14	14	26	20	12	26	17.0	(4.22)
พ.3	13	13	12	16	4	27	16	4	8	12	3	15	3	27	11.9	(6.69)
พ.4	9	11	7	7	7	4	25	12	15	15	18	16	4	25	12.1	(5.85)
พ.5	6	4	9	4	17	2	11	2	25	4	5	9	2	25	8.2	(6.83)
พ.6	7	0	7	14	8	13	8	21	8	7	10	7	0	21	9.2	(5.10)
พ.7	4	6	4	10	8	13	6	6	6	22	5	4	4	22	7.8	(5.20)
พ.8	6	2	0	0	7	7	1	6	0	0	5	1	0	7	2.9	(3.00)
พ.9	0	2	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	1.0	(1.04)
พ.10	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0.3	(0.78)

หมายเหตุ พ.1 ถึง พ.10 = พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ถึง พยาบาลวิชาชีพคนที่ 10

จากตารางที่ ฉ 1 พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 0.3 – 17.0 ครั้งต่อเดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 0.78 – 6.83) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน้าที่

หัวหน้าแวมมากที่สุด มีการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าแวมต่ำสุดจำนวน 12 ครั้ง สูงสุดจำนวน 26 ครั้ง ($\bar{X} = 17.0$, S.D. = 4.22) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าแวมน้อยที่สุด (2 คน) มีการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าแวมต่ำสุดจำนวน 0 ครั้ง สูงสุดจำนวน 2 ครั้ง (\bar{X} มีค่าระหว่าง 0.3 - 1.0 S.D. มีค่าระหว่าง 0.78 - 1.04)

ตารางที่ ๒ จำนวนครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

พยาบาล	การปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาล (ครั้งต่อเดือน)												Min	Max	\bar{X}	(S.D.)
	เดือน/ พ.ศ. 2560						เดือน/ พ.ศ. 2561									
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.				
พ.1	13	15	9	0	8	18	14	13	12	9	9	10	0	18	11.1	(4.74)
พ.2	11	5	10	10	0	7	7	8	11	9	2	5	0	11	7.1	(3.53)
พ.3	12	11	11	1	20	0	8	18	17	13	24	10	0	24	12.8	(6.26)
พ.4	11	11	14	15	16	21	0	12	9	9	10	10	0	21	11.5	(5.04)
พ.5	18	20	18	21	8	23	13	20	0	18	20	17	0	23	16.3	(6.49)
พ.6	18	23	15	12	16	11	18	0	16	17	13	0	0	23	13.3	(6.94)
พ.7	19	17	23	14	15	16	17	15	19	0	0	22	0	23	14.8	(7.41)
พ.8	17	20	27	25	17	18	23	16	26	25	22	24	15	27	21.6	(4.06)
พ.9	24	21	24	26	23	25	26	21	23	23	25	22	21	26	23.6	(1.73)
พ.10	25	26	27	25	24	25	26	19	25	25	23	23	19	26	23.9	(2.11)

หมายเหตุ พ.1 ถึง พ.10 = พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ถึง พยาบาลวิชาชีพคนที่ 10

จากตารางที่ ๒ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 7.1-23.9 ครั้งต่อเดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 1.73 -7.41) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลมากที่สุด มีการปฏิบัติงานในหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลต่ำสุดจำนวน 21 ครั้ง สูงสุดจำนวน 26 ครั้ง ($\bar{X} = 23.6$, S.D. = 1.73) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าแวมน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าแวมต่ำสุดจำนวน 0 ครั้ง สูงสุดจำนวน 11 ครั้ง ($\bar{X} = 7.1$, S.D. = 3.53)

ตารางที่ ๓ จำนวนครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวันที่ได้หยุดพักของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

พยาบาล	จำนวนวันที่ได้หยุดพัก (ครั้งต่อเดือน)												Min	Max	\bar{X}	(S.D.)
	เดือน/ พ.ศ. 2560						เดือน/ พ.ศ. 2561									
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.				
พ.1	6	5	4	6	5	7	6	5	6	6	3	4	3	7	5.3	(1.14)
พ.2	6	6	4	5	6	7	6	5	6	6	3	4	3	7	5.3	(1.16)
พ.3	6	6	4	5	5	3	5	4	6	5	3	4	3	6	4.7	(1.07)
พ.4	6	6	4	6	5	3	6	4	6	7	3	4	3	7	5.0	(1.35)
พ.5	6	4	3	5	6	5	6	5	6	6	7	4	2	6	4.8	(1.34)
พ.6	6	6	4	5	5	5	5	5	6	5	3	6	3	6	5.1	(0.90)
พ.7	6	5	4	5	6	4	5	5	6	6	3	4	4	7	5.3	(0.97)
พ.8	6	6	3	5	5	6	5	5	5	5	3	4	3	6	4.8	(1.03)
พ.9	6	5	4	5	5	3	5	5	6	6	3	4	3	6	4.8	(1.06)
พ.10	6	5	3	5	5	6	5	5	5	5	2	4	2	6	4.7	(1.16)

หมายเหตุ พ.1 ถึง พ.10 = พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ถึง พยาบาลวิชาชีพคนที่ 10

จากตารางที่ ๓ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ได้หยุดพักของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4.7 - 5.3 ครั้งต่อเดือน (Min มีค่าระหว่าง 2 - 4, Max มีค่าระหว่าง 6 - 7, S.D. มีค่าระหว่าง 0.90 - 1.35)

ตารางที่ ๓ 4 จำนวนครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

พยาบาล	การปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง (ครั้งต่อเดือน)												Min	Max	\bar{X}	(S.D.)
	เดือน/ พ.ศ. 2560						เดือน/ พ.ศ. 2561									
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.				
พ.1	5	5	6	0	6	8	5	8	6	6	5	6	0	8	5.5	(2.02)
พ.2	8	9	6	6	0	8	8	6	6	6	8	7	0	9	6.5	(2.32)
พ.3	5	5	6	7	6	0	7	6	7	6	5	6	0	7	5.5	(1.88)
พ.4	6	6	6	5	7	3	0	6	6	7	8	5	0	8	5.4	(2.11)
พ.5	7	7	6	8	8	5	6	5	0	6	8	6	0	8	6.0	(2.17)
พ.6	8	6	5	7	7	9	7	0	7	7	7	2	0	9	6.1	(2.61)
พ.7	6	6	7	7	7	11	6	6	7	0	0	7	0	11	5.8	(3.04)
พ.8	4	6	7	5	6	10	6	5	7	7	6	6	4	10	6.3	(1.44)
พ.9	6	6	6	7	5	8	6	7	7	7	7	6	5	8	6.5	(0.80)
พ.10	7	6	6	7	6	9	6	5	6	6	6	6	5	9	6.3	(1.00)

หมายเหตุ พ.1 ถึง พ.10 = พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ถึง พยาบาลคนที่ 10

จากตารางที่ ๓ 4 พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 5.4-6.5 ครั้งต่อเดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 0.80 - 3.04) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงมากที่สุด มีการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมงต่ำสุดจำนวน 0 ครั้ง สูงสุดจำนวน 11 ครั้ง ($\bar{X} = 5.8$, S.D. = 3.04) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงต่ำสุดจำนวน 0 ครั้ง สูงสุดจำนวน 7 ครั้ง ($\bar{X} = 5.5$, S.D. = 1.88)

ตารางที่ 5 จำนวนครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

พยาบาล	ช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน	จำนวนช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน (ครั้งต่อเดือน)												Min	Max	\bar{X}	(S.D.)
		เดือน/ พ.ศ. 2560						เดือน/ พ.ศ. 2561									
		ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.				
พ.1	เช้า	10	9	6	23	6	11	9	3	7	5	12	9	3	23	9.2	(5.08)
	บ่าย	10	12	13	0	11	10	10	12	12	12	11	11	0	13	10.3	(3.39)
	ดึก	5	5	5	0	6	5	6	8	6	6	5	6	0	8	5.3	(1.87)
พ.2	เช้า	7	7	11	9	22	5	8	7	9	9	9	8	6	22	9.3	(4.29)
	บ่าย	9	9	7	10	0	8	9	9	10	7	10	10	0	10	8.2	(2.79)
	ดึก	7	9	6	7	0	8	8	6	6	7	9	7	0	9	6.7	(2.35)
พ.3	เช้า	12	12	9	8	9	27	7	9	8	10	12	9	7	27	11.0	(5.31)
	บ่าย	8	7	8	11	9	0	11	8	9	9	9	9	0	11	8.2	(2.82)
	ดึก	5	5	6	7	6	0	6	6	8	6	6	7	0	8	5.7	(1.97)
พ.4	เช้า	7	7	9	7	6	13	25	9	8	7	9	12	6	25	9.9	(5.20)
	บ่าย	7	9	7	10	10	9	0	9	9	10	11	9	0	11	8.3	(2.87)
	ดึก	5	6	5	5	7	3	0	6	7	7	8	5	0	8	5.4	(2.15)
พ.5	เช้า	9	7	12	7	6	12	8	7	25	7	8	11	6	25	9.9	(5.18)
	บ่าย	8	10	9	10	11	8	10	10	0	9	10	8	0	11	8.6	(2.88)
	ดึก	7	7	6	8	8	5	6	5	0	6	7	7	0	8	6.0	(2.13)
พ.6	เช้า	8	10	8	8	7	5	9	21	6	8	9	3 ^a	3	21	8.5	(4.38)
	บ่าย	9	7	8	11	10	10	10	0	10	9	7	2 ^a	0	11	7.8	(3.42)
	ดึก	8	6	6	7	7	9	7	0	8	7	7	2 ^a	0	9	6.2	(2.59)
พ.7	เช้า	9	10	11	6	7	7	7	7	9	22	3 ^a	10	3	22	9.0	(4.63)
	บ่าย	8	7	10	11	9	13	9	7	9	0	2 ^a	9	0	13	7.8	(3.61)
	ดึก	6	6	6	7	7	9	7	7	7	0	0 ^a	7	0	9	5.8	(2.80)
พ.8	เช้า	8	6	11	8	7	7	6	8	7	8	9	9	6	11	7.8	(1.40)
	บ่าย	11	10	8	10	10	10	10	9	12	10	12	10	8	12	10.2	(1.12)
	ดึก	4	6	8	7	7	8	8	5	7	7	6	6	4	8	6.6	(1.24)
พ.9	เช้า	6	7	10	9	9	7	8	6	7	5	11	9	5	11	7.8	(1.80)
	บ่าย	11	10	9	10	9	11	11	10	11	11	9	9	9	11	10.1	(0.90)
	ดึก	7	6	5	7	5	9	7	7	7	7	7	6	5	9	6.7	(1.07)
พ.10	เช้า	8	8	10	8	7	7	9	7	8	7	10	7	7	10	8.0	(1.13)
	บ่าย	10	12	11	10	10	13	11	9	11	11	9	10	9	13	10.6	(1.17)
	ดึก	7	6	6	7	7	6	6	5	6	7	6	6	5	7	6.3	(0.62)

หมายเหตุ พ.1 ถึง พ.10 = พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ถึง พยาบาลวิชาชีพคนที่ 10

^a เข้ารับการอบรม

จากตารางที่ ๕ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการปฏิบัติงานवेशของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 7.8 - 11.0 ครั้งต่อเดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 1.40 - 5.31) พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานवेशมากที่สุด มีการปฏิบัติงานवेशต่ำสุดจำนวน 7 ครั้ง สูงสุดจำนวน 27 ครั้ง ($\bar{X} = 11.0$, S.D. = 5.31) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานवेशน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานवेशต่ำสุดจำนวน 7 ครั้ง สูงสุดจำนวน 10 ครั้ง ($\bar{X} = 8.0$, S.D. = 1.13)

ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการปฏิบัติงานเวรป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 7.8 - 10.6 ครั้งต่อ เดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 0.90 - 3.61) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรป่วยมากที่สุด (3 คน) มีการ ปฏิบัติงานเวรป่วยต่ำสุดมีค่าระหว่าง 0 - 9 ครั้ง สูงสุดจำนวน 13 ครั้ง (\bar{X} มีค่าระหว่าง 7.8 - 10.6, S.D. มี ค่าระหว่าง 1.17 - 3.61) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรป่วยน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานเวรป่วยต่ำสุด จำนวน 0 ครั้ง สูงสุดจำนวน 10 ครั้ง ($\bar{X} = 8.2$, S.D. = 2.79) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการปฏิบัติงานเวรตึกของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 5.3 - 6.7 ครั้งต่อเดือน (S.D. มีค่าระหว่าง 0.62 - 2.80) พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานเวรตึกมากที่สุด (4 คน) มีการปฏิบัติงานเวรตึกต่ำสุดมีค่าระหว่าง 0 - 5 ครั้ง สูงสุดจำนวน 9 ครั้ง (\bar{X} มีค่าระหว่าง 5.8 - 6.7, S.D. มีค่าระหว่าง 1.07 - 2.59) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรตึก น้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานเวรตึกต่ำสุดจำนวน 5 ครั้ง สูงสุดจำนวน 7 ครั้ง ($\bar{X} = 6.3$, S.D. = 0.62)



สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไข

ตารางที่ ๖ เปรียบเทียบสาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขตามทฤษฎีและจากการประชุมกลุ่ม

สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขตามทฤษฎี		สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขจากการประชุมกลุ่ม	
ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข	ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข
ก. ระดับบุคคล			
1. ความเหนื่อยหน่าย			
1.1 ด้านร่างกาย (physical fatigue)			
-ปวดเมื่อยศีรษะ วิงเวียน	-การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation)* (กัญญา วงษ์ นกแก้วทอง, 2545)	-ไม่มี	-ไม่มี
-ปวดกล้ามเนื้อ เมื่อยล้าตามร่างกาย		-ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ	-การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
-อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง	-พักผ่อน † (ขรรยงค์ อิ่มสุวรรณ, ม.ป.ป.)	-รู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเป็นบางครั้ง	-พักผ่อน -การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
-เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยหรือมากเกินไป	-กำหนดปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันให้เหมาะสม † (ขรรยงค์ อิ่มสุวรรณ, ม.ป.ป.) -รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ † (ขรรยงค์ อิ่มสุวรรณ, ม.ป.ป.)	-ไม่มี	-ไม่มี
1.2 ด้านอารมณ์ (emotional exhaustion)			
-นอนไม่ค่อยหลับ	-หลีกเลี่ยงการบริโภคสารคาเฟอีน † (ปารยะ อาศนะเสนา, 2556) -จัดสิ่งแวดล้อมขณะนอนหลับไม่ให้มีสิ่งรบกวน † (ปารยะ อาศนะเสนา, 2556) -การทำสมาธิ* (Hevezi, 2016) -การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation)* (กัญญา วงษ์ นกแก้วทอง, 2545) † (ปารยะ อาศนะเสนา, 2556)	-ไม่มี	-ไม่มี

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขตามทฤษฎี		สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขจากการประชุมกลุ่ม	
ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข	ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข
-เครียด วิตกกังวล รู้สึก ซึมเศร้า ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย -หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โดยไม่มีเหตุผล	-การผ่อนคลายเช่น ดูหนัง ฟัง เพลง [†] (Asociatia Everest et al., 2012) -การทำสมาธิ* (Hevezi, 2016) -การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation)* (กัญญา วงษ์ นวกแก้วทอง, 2545)	-เบื่อและหงุดหงิดบางครั้ง -ไม่มี	-ผ่อนคลายโดยผ่านกิจกรรม ต่างๆ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง -ไม่มี
-ไม่สนใจสิ่งแวดลอม รอบตัว -มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อื่นไม่ค่อยดี	-การสร้างความสัมพันธ์ของ ตนเองกับบุคคลสำคัญที่อยู่ รอบตัว [†] (Drummond, 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี
-ใจจดใจจ่อต่อสิ่งหนึ่ง สิ่งใดไม่ดี	-การคิดเชิงบวก [†] (Asociatia Everest et al., 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี
1.3 ด้านการตระหนักรู้ (cognitive weariness)			
-ปฏิบัติงานได้ไม่เต็ม ความสามารถ	-การคิดเชิงบวก [†] (Asociatia Everest et al., 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี
-มองโลกในแง่ร้าย พูด ถึงผู้อื่นในเชิงลบ และ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	-การคิดเชิงบวก [†] (Asociatia Everest et al., 2012) -การเจริญสติ [†] (Drummond, 2012) *(Asuero et al., 2014; Goodman & Schorling, 2012; Mackenzie et al., 2006) -การสร้างความสัมพันธ์ของ ตนเองกับบุคคลสำคัญที่อยู่ รอบตัว [†] (Drummond, 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี
-มีลักษณะต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ หรือหลีกเลี่ยงปัญหา	-การทำสมาธิ* (Hevezi, 2016) -การคิดเชิงบวก [†] (Asociatia Everest et al., 2012)	-มีความรู้สึกต่อต้านบางครั้ง แต่ให้ความร่วมมือ	-การทำสมาธิ

ตารางที่ ๖ (ต่อ)

สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขตามทฤษฎี		สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขจากการประชุมกลุ่ม	
ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข	ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข
1.4 บุคลิกภาพ (ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านบุคคล)			
-บุคลิกภาพ เช่น การ มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น การขาดความ มั่นใจในตนเอง และการมีความ เชื่ออำนาจภายนอกตนเองเพิ่มขึ้น	-การชื่นชมตนเองและการให้ รางวัลความสำเร็จแก่ตนเอง †(Drummond, 2012) -การจัดระบบชีวิตส่วนตัวและ ชีวิตการทำงานของตนเอง †(Drummond, 2012)	-พึ่งพาตนเองมากกว่าพึ่งพา ผู้อื่น และมีความมั่นใจใน ตนเอง	-ไม่มี
-การควบคุมตนเองไม่ดี	-การให้คำปรึกษา†(Asociatia Everest et al., 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี
ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ			
1. ด้านงาน			
-มีปริมาณงานในความ รับผิดชอบมาก เช่น มีผู้ป่วยที่รับ ใหม่และผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับ บ้านในเวรเช้าแต่ละวันจำนวน มาก บางครั้งให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่ทันเสร็จในเวร และทำ ให้เขียน chart ผู้ป่วยไม่ทัน	-จัดระบบการทำงานใหม่ เช่น การสร้างระบบการจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ การสร้าง ระบบการติดตาม และการนำ ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยใน การทำงาน เป็นต้น † (Drummond, 2012)	-มีปริมาณงานในความรับผิดชอบ มาก เช่น มีผู้ป่วยที่รับใหม่และ ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านในเวร เช้าแต่ละวันจำนวนมาก บางครั้ง ให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ทันเสร็จ ในเวร และทำให้เขียน chart ผู้ป่วย ไม่ทัน	-เรียกพยาบาลวิชาชีพขึ้นเวร เสริม (ดำเนินการก่อนทำการ วิจัย)
-พยาบาลวิชาชีพมีภาระ งานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล เช่น งาน HA หรืองาน เอกสารต่างๆ	-การหาผู้รับผิดชอบ หรือ การ หมุนเวียนกันเข้ารับมา รับผิดชอบ	-พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่ ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น การลงข้อมูลผู้ป่วยที่ ติดตามดูแลที่บ้านออนไลน์ ทางอินเทอร์เน็ต	-กำหนดเวลารับประทาน อาหารกลางวันจาก 15 – 20 นาที เป็น 30 – 40 นาที
			-ได้มีการประสานงานกับ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ให้มช่วยลง ข้อมูลส่วนนี้ให้ แต่เจ้าหน้าที่ เวชสถิติไม่สามารถทำให้ได้ เนื่องจากให้เหตุผลว่าเจ้าหน้าที่ เวชสถิติมีเพียง 1 คน และเป็น ผู้รับผิดชอบการลงข้อมูลหลาย ประเภทในโรงพยาบาล

ตารางที่ ๖ (ต่อ)

สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขตามทฤษฎี		สาเหตุ ปัจจัยความเหนื่อยหน่าย และแนวทางแก้ไขจากการประชุมกลุ่ม	
ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข	ประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่าย	แนวทางแก้ไข
2. ด้านองค์กร			
-การสนับสนุนของ หน่วยงานด้านวัสดุภัณฑ์ที่มี ความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย ไม่ต่อเนื่อง	-จัดทำแผนวัสดุภัณฑ์ ประจำปี	-วัสดุทางการแพทย์บางอย่าง เช่น กระจกติดขาชนิดใช้ครั้ง เดียวทิ้ง เข็มติดขาขนาดต่างๆ มี ไม่เพียงพอใช้	-ขอซื้อจากหน่วยงานอื่นมา ใช้ชั่วคราว แล้วเบิก ไปคืนใน สัปดาห์ถัดไป
-การสนับสนุนของ หน่วยงานด้านการอบรมทักษะ ความรู้ใหม่ๆ แก่พยาบาล วิชาชีพไม่ต่อเนื่อง	- การสนับสนุนการฝึกอบรม และการสร้างทักษะที่จำเป็นแก่ บุคลากร เช่น สอนทักษะการ สื่อสาร ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะการชี้แนะ และทักษะการ แก้ปัญหาและความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ [†] (Drummond, 2012)	-พยาบาลวิชาชีพได้รับการ ส่งเสริมให้ไปอบรมเพื่อ เพิ่มพูนความรู้และทักษะใน การปฏิบัติงานไม่ได้วางแผน และไม่ต่อเนื่อง หรือพยาบาล วิชาชีพที่ได้ไปอบรมมักเป็น คนเดิม	-ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่ม การพยาบาลให้ประสานเพื่อขอ แผนการอบรมประจำปีจาก โรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อ ใช้วางแผนในการจัดพยาบาล วิชาชีพที่ศึกษาผู้ป่วยในได้เข้า ร่วมอบรม เนื่องจากไม่มี ค่าลงทะเบียนในการอบรม
-ความขัดแย้งในหน่วยงาน เช่น หน่วยงานและพยาบาล วิชาชีพมีเป้าหมายไม่เหมือนกัน	-การบริหารความขัดแย้ง	-ไม่มี	-ไม่มี
-ความขัดแย้งในบทบาท เช่น พยาบาลวิชาชีพรู้สึกกลับ ข้องใจเมื่อปฏิบัติงานไม่บรรลุ เป้าหมายตามที่คาดหวัง หรือ พยาบาลวิชาชีพมีความขัดแย้ง ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เกิดจากขอบเขตการปฏิบัติงาน ไม่ชัดเจนหรือซ้ำซ้อนกัน และ ความคลุมเครือในบทบาท	-การสร้างความสัมพันธ์ของ ตนเองกับบุคคลสำคัญที่อยู่ รอบตัว [†] (Drummond, 2012)	-ไม่มี	-ไม่มี

หมายเหตุ * งานวิจัย † หนังสือ บทความ

จากตารางที่ ๖ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มีเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านงาน เช่น พยาบาลวิชาชีพพักรับประทานอาหารกลางวันไม่เต็มเวลา และด้านองค์กร เช่น พยาบาลวิชาชีพไม่ได้รับการส่งเสริมให้ไปอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

หรือพยาบาลวิชาชีพที่ไปอบรมมักเป็นคนเดิม และใช้เป็นแนวทางในการลดความเหนื่อยหน่ายของ
พยาบาลวิชาชีพ ส่วนปัจจัยด้านบุคคลไม่ได้เป็นสาเหตุความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกัลยาณี โนนินทร์
วัน เดือน ปีเกิด	2 กันยายน 2513
สถานที่เกิด	อำเภอพาน้อย จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ พ.ศ. 2536 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2539 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2542 วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2558
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)

