



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า ในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาล ราชวิถี

Resident Burnout: Prevalence and Associated Factors in Rajavithi Hospital

จามรี ณ บางช้าง*

Jammaree Na Bangxang*

* วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล
ราชวิถี วิทยาลัยแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยรังสิต 2 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

* Thai Board of Psychiatry, Rajavithi Hospital, College of Medicine, Rangsit University 2
Rajavithi Hospital, Rajavithi Road. Ratchathewi. Bangkok 10400. Thailand.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้าน
โรงพยาบาลราชวิถี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลราชวิถี
โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน โดยดัดแปลงจากต้นฉบับ
แบบสอบถาม Occupational stress indicator และแบบสอบถามแบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการ
ทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) การวิเคราะห์ข้อมูล
ข้อมูลแบบสัดส่วน ใช้ Chi-square test/Fisher Exact test, Binary logistic regression

ผลการศึกษา ส่วนใหญ่พบความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับสูงร้อยละ 53.8 ด้านการลดความเป็นบุคคล
ระดับต่ำร้อยละ 48.6 ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับสูงร้อยละ 96.2 พบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์
มีความสัมพันธ์กับเพศ ชั้นปี ชั่วโมงการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะใน
การดูแลครอบครัว การขึ้นเวรนอกโรงพยาบาลราชวิถีในช่วงเวรดีกอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าความอ่อนล้า
ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมของภาระงาน OR = 0.32, 95% CI 0.14-0.73; p=0.007
สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน OR = 0.27, 95% CI 0.1-0.72; p=0.009 และการบริหาร
งานในหน่วยงาน OR = 0.39, 95% CI 0.15-0.97; p=0.043 พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดความเป็น
บุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน OR = 0.36, 95% CI 0.18-0.73; p=0.005 และสัมพันธ์ภาพกับ
บุคคลอื่น OR = 0.24, 95% CI 0.09-0.6; p=0.003

สรุป พบความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง การลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ และความสำเร็จ
ส่วนบุคคลพบในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ โดยความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้านทั้งปัจจัย
ส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน

คำสำคัญ ภาวะเหนื่อยล้า แพทย์ประจำบ้าน ไทย

Corresponding author: จามรี ณ บางช้าง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(1): 61-76

ABSTRACT

Background : Professional burnout was the new challenge in residency training programs and also reflects quality of the training that institute provided.

Methods : A cross-sectional study was designed to evaluate burnout and associated factors among medical residents. Burnout, occupational stress factor were measured with validated instruments.

Results : 187(58.6%) residents completed the survey. Our results indicate that 99(53.8%) of residents had high emotional exhaustion, 38(20.7%) had moderate emotional exhaustion and 47 (25.5%) had low emotional exhaustion. Also 65(35.1%) had high depersonalization, 30(16.2%) had moderate depersonalization and 90(48.6%) had low depersonalization. 2(1.1 %) had a low sense of personal accomplishment, 5(2.7%) had a moderate sense of personal accomplishment and 177(96.2%) had high sense of personal accomplishment. Emotional exhaustion was associated with sex, year of study, sleep time, using sleeping pill, sufficiency of income, burden of caring family, extra-night shift outside hospital. Emotional exhaustion associated with work load OR =0.32, 95% CI 0.14-0.73; p=0.007, coworker support OR =0.27, 95% CI 0.1-0.72; p=0.009 and role of medical instructors OR =0.39, 95% CI 0.15-0.97; p=0.043 Depersonalization associated with organization environment OR =0.36, 95% CI 0.18-0.73; p=0.005 and coworker support OR =0.24, 95% CI 0.09-0.6; p=0.003.

Conclusions: This study show mostly of resident had high level of emotional exhaustion, low depersonalization and high level of feeling accomplished. Both personal factors and work-related factors were associated with burnout.

Keywords : burnout, residence, Thai

Corresponding author: Jammaree Na Bangxang

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(1): 61-76

บทนำ

ภาวะเหนื่อยล้า (burnout) คือ ความเครียดจากการทำงานหนักเป็นเวลานานจนส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotionally exhausted) หมายถึง ความรู้สึกหมดพลังกับการทำงานจากการรับแรงกดดันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เกิดการลดความเป็นบุคคล (depersonalization) จนเกิดทัศนคติด้านลบต่องานหรือผู้รับบริการ และความรู้สึกต่อความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (low accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹

ภาวะเหนื่อยล้าเกิดได้จากปัจจัยจากตัวบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และปัจจัยจากงาน ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและระบบบริหาร ทั้งนี้หากสัดส่วนระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการกับผู้รับบริการสูงเกินความสามารถของผู้ให้บริการจะก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ลดความสนใจในผู้รับบริการ และส่งผลต่อคุณภาพงานในที่สุด²

วิชาชีพแพทย์มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้สูงกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องด้วยความกดดันจากภาระและความรับผิดชอบในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และการไม่มีเวลาส่วนตัว ในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 40.1 ของแพทย์ไม่มีเวลาส่วนตัวสำหรับครอบครัวหรือมีเวลาให้ตัวเอง³ นอกจากนี้ระบบการทำงานเป็นอีกปัจจัยที่กระตุ้นให้แพทย์เกิดภาวะเหนื่อยล้า ทั้งจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานหรือระบบบริการสุขภาพ รวมถึงระบบงานที่ทำให้แพทย์การสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ ภาระงานด้านบริหารที่มากเกินไป และการถูกคาดหวังให้ทำงานโดยไม่ได้หยุดพักก็เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้เช่นเดียวกัน พบว่าภาวะเหนื่อยล้าในระยะเริ่มต้น

ในแพทย์นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเสี่ยงของการเป็นโรคซึมเศร้า และสอดคล้องตามความรุนแรงของภาวะเหนื่อยล้าที่พบ โดยอาการแสดงของภาวะเหนื่อยล้าที่คาบเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotionally exhausted) ซึ่งสอดคล้องกับอาการท้อแท้ (helplessness) ในโรคซึมเศร้า⁴

แพทย์ประจำบ้านต้องเผชิญกับภาระงานที่มากและยังต้องปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของอาจารย์จึงยังไม่มีโอกาสในการตัดสินใจมากนัก นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและมีเวลาส่วนตัว จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้สูง⁵ การศึกษาเรื่องภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้านนั้นเคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถีแต่อย่างใด โดยโรงพยาบาลราชวิถี นั้นเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ซึ่งมีขนาดใหญ่ที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นสถาบันฝึกอบรมที่มีแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวนมากที่สุดในสังกัดกรมการแพทย์ มีพันธกิจที่มุ่งเน้นการให้บริการในระดับตติยภูมิและสูงกว่า รวมถึงการรับผู้ป่วยที่มีการส่งต่อจากเครือข่ายบริการทั่วประเทศ

ในแต่ละปีมีจำนวนแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้าศึกษากว่า 120 ราย พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีแพทย์ประจำบ้านที่ลาออก 6 ราย ลาพัก 4 ราย โดยระบุสาเหตุจากโรคซึมเศร้า 1 ราย จากปัญหาความเครียด 1 ราย และจากปัญหาส่วนตัว 4 ราย ในปี พ.ศ. 2559 พบแพทย์ประจำบ้านลาออก 4 ราย ลาพัก 1 รายโดยระบุสาเหตุจากโรคซึมเศร้า 1 ราย ในปี พ.ศ. 2560 พบแพทย์ประจำบ้านลาออก 6 ราย โดยระบุสาเหตุจากความเครียด 1 ราย ในปี พ.ศ. 2561 พบแพทย์ประจำบ้านลาออก 3 ราย และลาพัก 2 ราย โดยระบุสาเหตุจากปัญหาส่วนตัว 2 รายและ

โรคซึมเศร้า 1 ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์ เพื่อที่จะได้เข้าใจสถานการณ์ของภาวะเหนื่อยล้าในปัจจุบัน และเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลราชวิถีมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการเข้ารับกรฝึกอบรม และส่งผลดีต่อคุณภาพการรักษาและให้บริการประชาชนต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดโรงพยาบาลราชวิถีที่ศึกษาในปีการศึกษา 2561 ทุกชั้นปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มกราคม-กรกฎาคม 2561 ลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สภาวะทางเศรษฐกิจ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ภาวะสุขภาพร่างกาย ภาวะการนอน การจัดการความเครียด การปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเครียดในงานของแพทย์ประจำบ้าน ประกอบด้วย ชั้นปี ภาควิชา จำนวนชั่วโมงของการปฏิบัติงานต่อ 1 สัปดาห์ สถานที่ปฏิบัติงาน และด้านระบบการทำงาน ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเครียดในงานฉบับที่ นัยนา แสงทอง ได้ดัดแปลงจากเค้าโครงแบบสอบถามของ สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์มาใช้ โดยต้นฉบับมาจากแบบสอบถาม occupational stress indicator ของคูเปอร์และคณะ โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและนำไปหาค่าความ

เที่ยงตรงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงานเท่ากับ 0.9 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ภาระงาน สภาพแวดล้อม สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน การบริหาร ในหน่วยงาน ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย

แบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทยแปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI) โดย สิริระยา สัมมาวาจ ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ประกอบไปด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งเกณฑ์ให้คะแนนเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความรู้สึก เช่นนั้นเลย จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน และแบ่งผลการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. emotional exhaustion หมายถึงความรู้สึกว่า ได้รับความกดดันทางอารมณ์มากเกินไป และรู้สึกหมดพลังที่จะเผชิญกับการทำงานและการให้บริการต่อผู้รับบริการ
2. depersonalization หมายถึง การมีทัศนคติด้านลบต่อผู้รับบริการหรืองาน (cynicism) และตอบสนองในลักษณะเฉยเมยหรือเย็นชากับผู้รับ บริการและแยกตัวจากผู้อื่น ซึ่งอาจกลายเป็นการมองผู้รับบริการไม่เป็นมนุษย์ (dehumanization)
3. reduced personal accomplishment หมายถึง ความรู้สึกต่อความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้

โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย

ความรู้สึกล่อนล้าทางอารมณ์จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 6 8 13 14 16 20

การลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 5 10 11 15 22

ความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 4 7 9 12 17 18 19 21

ให้คะแนนเป็นความถี่แบบ Likert Scale 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotionally exhausted) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) ดังนี้

- ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ได้ 0 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้ 1 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้ 2 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้ 3 คะแนน

ความเหนื่อยล้าทางด้าน	ระดับต่ำ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-18 คะแนน
การลดความเป็นบุคคล	0-6 คะแนน
ความสำเร็จส่วนบุคคล	40-48 คะแนน

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถีทั้งเพศหญิงและชายที่เข้ารับการศึกษานในโรงพยาบาลราชวิถี ปีการศึกษา 2561 กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Lwanga and Lemeshow, 1991⁶ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 252 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลแบบสอบถามส่งกลับไม่ครบถ้วนร้อยละ 30 จึงเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 328 ราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก

มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้ 4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้

5 คะแนน

มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน ได้ 6 คะแนน
สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลเป็นดังนี้

- ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ได้ 6 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้ 5 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้ 4 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้ 3 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้ 2 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้ 1 คะแนน
- มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน ได้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความเหนื่อยล้าจะแบ่งเป็น ระดับต่ำ ปานกลางและระดับสูง ตามเกณฑ์ของระดับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ระดับปานกลาง	ระดับสูง
19-26 คะแนน	27-54 คะแนน
6-9 คะแนน	10-30 คะแนน
34-39 คะแนน	0-33 คะแนน

และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ แล้วลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็น categorical data รายงานด้วยจำนวนและ ร้อยละ ข้อมูลที่เป็น continuous data กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติรายงานด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติรายงานด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน ใช้ chi-square test/Fisher exact test หลังจากการวิเคราะห์ univariate analysis นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน ไปวิเคราะห์

ด้วยสถิติ binary logistic regression โดยกำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 มีความสำคัญอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

แพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 328 ราย มีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามและส่งกลับทั้งหมด 187 ราย จากทั้งหมด 318 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านเพศชาย 106 ราย ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 29 ± 2.2 ปี เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 62 ราย ร้อยละ 33.2 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จากภาควิชาอายุรศาสตร์จำนวน 49 ราย (ตารางที่ 1) แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มี สถานภาพโสด 161 ราย ร้อยละ 86.1 นับถือศาสนาพุทธ 169 ราย ร้อยละ 90.4 อาศัยบ้านเช่าหรือคอนโดมิเนียม 83 ร้อยละ 44.4 มีรายได้ระหว่าง 20,001 -30,000 บาท 96 ราย ร้อยละ 51.3 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 102 ราย ร้อยละ 54.5 ภาระในการดูแลครอบครัวไม่หนัก จำนวน 133 ราย ร้อยละ 71.1 (ตารางที่ 1)

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 154 ราย ร้อยละ 82.4 ตื่นเช้าหรือกาแฟในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 148 ราย ร้อยละ 79.1 เหตุผลในการตื่นส่วนใหญ่เพื่อลดความง่วงและความอ่อนล้าของร่างกาย 112 ราย ร้อยละ 59.9 แพทย์ประจำบ้านที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 67 ราย ร้อยละ 35.8 ในจำนวนผู้ที่ดื่มเป็นประจำมากที่สุด จำนวน 55 ราย ร้อยละ 75.3 แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีวิธีจัดการความเครียด จำนวน 174 ราย ร้อยละ 93.0 ใช้วิธีการจัดการความเครียดโดยการเล่นหรือฟังดนตรีมากที่สุด จำนวน 118 ราย ร้อยละ 63. (ตารางที่ 1)

ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์คือ 85.17 ± 31.11 ชั่วโมง แพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน

81 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 เป็นเวรตึกมากที่สุด จำนวน 56 ราย จำนวนชั่วโมงของการนอนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 5.8 ± 1.03 ชั่วโมง มีแพทย์ประจำบ้านจำนวน 10 รายที่ ใ้ยานอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ของการใช้อยู่ที่ 2.22 ครั้งต่อสัปดาห์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

	คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	106	56.7
	หญิง	81	43.3
ชั้นปี	1	62	33.2
	2	44	23.5
	3	54	28.9
	4	13	7.0
	แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	13	7.0
ภาควิชา	อายุรศาสตร์	49	26.2
	ศัลยศาสตร์	44	23.5
	ออร์โธปิดิกส์	28	15.0
	จักษุวิทยา	24	12.8
	สูติรีเวชศาสตร์	16	8.6
	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	15	8.0
	วิสัญญีแพทย์	11	5.9
สถานภาพ	โสด	161	86.1
	คู่	25	13.4
	หม้าย หย่า แยก	1	0.5
ศาสนา	พุทธ	169	90.4
	คริสต์	9	4.8
	อิสลาม	4	2.1
	อื่นๆ ระบุ	5	2.7
	ที่อยู่อาศัย	บ้านเช่า/คอนโดมิเนียม	83
หอพักภายในโรงพยาบาล		74	39.6
บ้านของตนเอง		20	10.7
อื่นๆ ระบุ		10	5.3

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 20,000	42	22.5
20,001-30,000	96	51.3
30,001-40,000	37	19.8
40,001 บาท ขึ้นไป	12	6.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอเหลือเก็บ	51	27.3
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	102	54.5
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	24	12.8
อื่นๆ ระบุ	10	5.3
ภาระในการดูแลครอบครัว		
ไม่หนักเลย	133	71.1
ค่อนข้างเป็นภาระ	42	22.5
เป็นภาระที่หนักมาก	12	6.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	154	82.4
ภูมิแพ้	21	11.2
ความดันโลหิตสูง	1	0.5
โรคระบบทางเดินหายใจ	1	0.5
ไทรอยด์	1	0.5
อื่นๆ ระบุ	9	4.8
การดื่มชา กาแฟ		
ดื่ม	148	79.1
ไม่ดื่ม	39	20.9
เหตุผลในการดื่มชา กาแฟ (n=167)		
เพื่อลดความง่วงและความอ่อน	112	67.1
ล้างของร่างกาย		
ชอบในรสชาติ	49	29.3
อื่นๆ ระบุ	6	3.6
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=182)		
ไม่ดื่ม	115	63.2
ดื่ม	67	36.8

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=73)		
เบียร์ (Beer)	55	75.3
ไวน์ (Wine)	10	13.7
วิสกี้ (Whisky)	2	2.7
อื่นๆ ระบุ	6	8.2
จัดการความเครียด		
มี	174	93
ไม่มี	13	7.0
เล่นหรือฟังดนตรี	118	63.1
ออกกำลังกาย	91	48.7
เล่นเกม	79	42.2
พูดคุยกับเพื่อน	78	41.7
ท่องเที่ยว	44	23.5
อ่านหนังสือ	40	21.4
ปลูกต้นไม้,เลี้ยงสัตว์	17	9.1
ปฏิบัติตามศาสนา	9	4.8
ดูดวง	6	3.2
อื่นๆ	15	8.0
การใช้นอนหลับ (n=184)		
ไม่ใช้	174	94.6
ใช้	10	5.4

ปัจจัยด้านการทำงาน

พบปัจจัยด้านความเหมาะสมของภาระงาน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ในระดับดี ร้อยละ 51.9 และ 52.7 ตามลำดับ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการทำงาน ปัจจัยด้านการบริหารงานในหน่วยงาน ระดับดีมากร้อยละ 63.6 และ 49.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยด้านการทำงาน	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาระงาน	10(5.4)	76(40.6)	97(51.9)	4(2.1)	0(0.0)
สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน (n=184)	5(2.7)	59(32.1)	97(52.7)	21(11.4)	2(1.1)
สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในที่ทำงาน	0(0.0)	2(1.1)	50(26.7)	119(63.6)	16(8.6)
การบริหารงานในหน่วยงาน	0(0.0)	6(3.3)	78(41.7)	93(49.7)	10(5.3)

ภาวะเหนื่อยล้า ใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.8 ด้านการลดความเป็น
พบการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้าน บุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.6 ด้านความ
โรงพยาบาลราชวิถี ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ส่วน สำเร็จส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.2

ตารางที่ 3 แสดงภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้านทั้ง 3 ด้าน

ภาวะเหนื่อยล้า	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (n=184)	47 (25.5)	38 (20.7)	99 (53.8)
ด้านการลดความเป็นบุคคล (n=185)	90 (48.6)	30 (16.2)	65 (35.2)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (n=184)	2 (1.1)	5 (2.7)	177 (96.2)

ความอ่อนล้าทางอารมณ์

ความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนั้น ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย พบความสัมพันธ์กับ ชั้นปี การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลราชวิถีในช่วงเวรดึก ความเพียงพอของรายได้ โดยพบว่ากลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินมีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงร้อยละ 83.3 ภาวะในการ

ดูแลครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มที่มีภาระในการดูแลครอบครัวที่หนักมาก มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงร้อยละ 75 พบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์ยังสัมพันธ์กับ ชั่วโมงการนอนหลับ พบว่าชั่วโมงการนอนต่อวันที่ต่ำกว่าในกลุ่มที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง และการใช้ยานอนหลับ โดยทุกรายที่ใช้ยานอนหลับมีระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับความอ่อนล้าทางอารมณ์

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวนรวม	ความอ่อนล้าทางอารมณ์			p-value
		ระดับต่ำ (n=47) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (n=38) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง (n=99) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ					0.049*
ชาย	104	26(25.0)	28(26.9)	50(48.1)	
หญิง	80	21(26.3)	10(12.5)	49(61.3)	
สถานภาพ					0.703
โสด	159	40(25.2)	33(20.8)	86(54.1)	
คู่	24	6(25.0)	5(20.8)	13(54.2)	
หม้าย หย่า แยก	1	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	
ศาสนา					0.224
พุทธ	166	44(26.5)	32(19.3)	90(54.2)	
คริสต์	9	1(11.1)	2(22.2)	6(66.7)	
อิสลาม	4	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	
อื่นๆ ระบุ	5	0(0.0)	3(60.0)	2(40.0)	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวนรวม	ความอ่อนล้าทางอารมณ์			p-value
		ระดับต่ำ (n=47) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (n=38) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง (n=99) จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้ (บาท)					0.977
< 20,000	41	11(26.8)	8(19.5)	22(53.7)	
20,001-30,000	94	24(25.5)	21(22.3)	49(52.1)	
30,001-40,000 บ	37	10(27.0)	6(16.2)	21(56.8)	
40,001 บาท ขึ้นไป	12	2(16.7)	3(25.0)	7(58.3)	
เพียงพอเหลือเก็บ	51	15(29.4)	14(27.5)	22(43.1)	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	99	30(30.3)	20(20.2)	49(49.5)	
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	24	1(4.2)	3(12.5)	20(83.3)	
อื่นๆ ระบุ	10	1(10.0)	1(10.0)	8(80.0)	
ภาระในการดูแลครอบครัว					0.033*
ไม่หนักเลย	132	41(31.1)	28(21.2)	63(47.7)	
ค่อนข้างเป็นภาระ	40	4(10.0)	9(22.5)	27(67.5)	
เป็นภาระที่หนักมาก	12	2(16.7)	1(8.3)	9(75.0)	
ชากาแฟ					0.241
ไม่ดื่ม	39	6(15.4)	10(25.6)	23(59.0)	
ดื่ม	145	41(28.3)	28(19.3)	76(52.4)	
แอลกอฮอล์					0.835
ไม่ดื่ม	113	29(25.7)	22(19.5)	62(54.9)	
ดื่ม	66	15(22.7)	15(22.7)	36(54.5)	
จัดการความเครียด					0.185
ไม่มี	12	4(33.3)	0(0.0)	8(66.7)	
มี	172	43(25.0)	38(22.1)	91(52.9)	
ยานอนหลับ					0.212*
ไม่ใช้	172	45(26.2)	38(22.1)	89(51.7)	
ใช้	9	0(0.0)	0(0.0)	9(100.0)	
ชั้นปี					0.001*
1	61	15(24.6)	11(18.0)	35(57.4)	
2	43	3(7.0)	13(30.2)	27(62.8)	
3	54	19(35.2)	7(13.0)	28(51.9)	
4	13	5(38.5)	6(46.2)	2(15.4)	
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	13	5(38.5)	1(7.7)	7(53.8)	
เวรตึกนอกโรงพยาบาล					0.025*
อยู่เวรตึกนอกโรงพยาบาล	123	38(30.9)	21(17.1)	64(52.0)	
ไม่ได้อยู่เวรตึกนอกโรงพยาบาล	56	8(14.3)	17(30.4)	31(55.4)	
ชั่วโมงการนอน/วัน	174	6.31± 1.06	5.80± 0.93	5.59± 0.98	<0.001*
ชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์	170	75.69±31.15	89.91±29.99	86.65±30.97	0.087

เมื่อพิจารณารายภาควิชาพบแนวโน้มความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงในภาควิชาจักษุวิทยาและเวชศาสตร์ฉุกเฉินตามลำดับดังตารางที่ 5 สำหรับปัจจัยด้านการทำงานนั้น พบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมของภาระงาน OR =0.32, 95% CI 0.14-0.73; p=0.007 สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน OR =0.27, 95% CI 0.1-0.72; p=0.009 และการบริหารงานในหน่วยงาน OR =0.39, 95% CI 0.15-0.97; p=0.043 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์กับภาควิชา

ภาควิชา	จำนวนรวม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
		(n=47) จำนวน (ร้อยละ)	(n=38) จำนวน (ร้อยละ)	(n=99) จำนวน (ร้อยละ)
อายุรศาสตร์	49	10(20.4)	11(22.4)	28(57.1)
ศัลยศาสตร์	42	16(38.1)	9(21.4)	17(40.5)
ออร์โธปิดิกส์	28	10(35.7)	7(25.0)	11(39.3)
จักษุวิทยา	24	2(8.3)	4(16.7)	18(75.0)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	15	1(6.7)	3(20.0)	11(73.3)
สูติรีเวชศาสตร์	15	4(26.7)	4(26.7)	7(46.7)
วิสัญญีแพทย์	11	4(36.4)	0(0.0)	7(63.6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับความอ่อนล้าทางอารมณ์

Factors	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ความเหมาะสมของภาระงาน	0.23(0.12-0.43)	<0.001*	0.32(0.14-0.73)	0.007*
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.31(0.18-0.53)	<0.001*	0.61(0.31-1.21)	0.159
สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น	0.18(0.09-0.37)	<0.001*	0.27(0.10-0.72)	0.009*
การบริหารการงาน	0.18(0.09-0.34)	<0.001*	0.39(0.15-0.97)	0.043*
ชั่วโมงการนอน	23.99(0.43-0.83)	<0.001*	0.73(0.50-1.05)	0.093

การลดความเป็นบุคคล

เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่อาศัย รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระในการดูแลครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มชากาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การใช้นอนหลับ ชั้นปี ภาควิชา การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลราชวิถี ไม่สัมพันธ์กับการลดความเป็น

บุคคล พบแนวโน้มของการลดความเป็นบุคคลระดับสูงในภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสูติรีเวชศาสตร์ตามลำดับดังตารางที่ 7 พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดความเป็นบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน OR =0.36, 95% CI 0.18-0.73; p=0.005 และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น OR =0.24, 95% CI 0.09-0.6; p=0.003 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แสดงภาควิชาที่ระดับการลดความเป็นบุคคล

ภาควิชา	จำนวนรวม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
		(n=90) จำนวน (ร้อยละ)	(n=30) จำนวน (ร้อยละ)	(n=65) จำนวน (ร้อยละ)
ศัลยศาสตร์	43	26(60.5)	3(7.0)	14(32.6)
อายุรศาสตร์	49	20(40.8)	12(24.5)	17(34.7)
ออโรโธปิดิกส์	28	20(71.4)	1(3.6)	7(25.0)
จักษุวิทยา	24	10(41.7)	5(20.8)	9(37.5)
สูตินรีเวชศาสตร์	15	8(53.3)	0(0.0)	7(46.7)
วิสัญญีแพทย์	11	4(36.4)	5(45.5)	2(18.2)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	15	2(13.3)	4(26.7)	9(60.0)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับการลดความเป็นบุคคล

Factors	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ความเหมาะสมของภาระงาน	0.34 (0.19-0.61)	<0.001*	0.61 (0.29-1.28)	0.191
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.26 (0.15-0.47)	<0.001*	0.36 (0.18-0.73)	0.005*
สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น	0.20 (0.10-0.40)	<0.001*	0.24 (0.09-0.60)	0.003*
การบริหารภาระงาน	0.23 (0.12-0.44)	<0.001*	0.60 (0.25-1.41)	0.243
ความไม่เพียงพอของรายได้	0.45 (1.17-5.30)	<0.001*	1.01 (0.41-2.50)	0.988

ความสำเร็จส่วนบุคคล

เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่อาศัย รายได้ ความเพียงพอรายได้ ภาระในการดูแลครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มชากาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลราชวิถี การใช้ยานอนหลับ ชั้นปี ภาควิชา ไม่สัมพันธ์กับความสำเร็จส่วนบุคคล

พบแนวโน้มความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงในทุกภาควิชา สำหรับปัจจัยด้านการทำงานนั้น พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเหมาะสมของภาระงาน สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน การบริหารงานในหน่วยงาน ไม่สัมพันธ์กับความสำเร็จส่วนบุคคล ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 9 แสดงภาควิชาที่ระดับความสำเร็จส่วนบุคคล

ภาควิชา	จำนวนรวม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
		(n=2)	(n=5)	(n=177)
อายุรศาสตร์	48	0(0.0)	0(0.0)	48(100.0)
ศัลยศาสตร์	43	2(4.7)	2(4.7)	39(90.7)
ออโรโธปิดิกส์	28	0(0.0)	1(3.6)	27(96.4)
จักษุวิทยา	24	0(0.0)	0(0.0)	24(100.0)
วิสัญญีแพทย์	11	0(0.0)	0(0.0)	11(100.0)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	15	0(0.0)	2(13.3)	13(86.7)
สูตินรีเวชศาสตร์	15	0(0.0)	0(0.0)	15(100.0)

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับความสำเร็จส่วนบุคคล

Factors	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ความเหมาะสมของภาระงาน	2.48 (0.59-10.44)	0.215		
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	1.59 (0.48-5.30)	0.451		
สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น	0.57 (0.14-2.39)	0.446		
การบริหารภาระงาน	1.92 (0.50-7.44)	0.344		
ชั่วโมงการนอน	0.00 (0.69-3.09)	0.022*	1.39 (0.61-3.15)	0.431
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	0.08 (0.96-1.02)	0.034*	0.99 (0.96-1.02)	0.561
ความไม่เพียงพอของรายได้	0.04 (0.08-6.25)	<0.001*	0.01 (0.10-8.59)	0.141

วิจารณ์

ความอ่อนล้าทางอารมณ์

ความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นอาการแสดงของภาวะเหนื่อยล้าที่สัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการมากที่สุด จึงเป็นส่วนที่ควรให้ความสำคัญมากที่สุด⁷ จากการศึกษาพบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์ของแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลราชวิถีอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 53.8 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 32.5 และ ร้อยละ 38.8 สำหรับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ⁸ และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงร้อยละ 61.3 มีระดับของความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงซึ่งมากกว่าเพศชาย แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอินเดีย⁹ แต่สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา¹⁰ การศึกษาก่อนหน้าพบว่าในแพทย์ที่เป็นเพศหญิงนั้น ความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นอาการแสดงแรกของภาวะเหนื่อยล้า ลำดับถัดมาคือ การลดความเป็นบุคคลและการลดความสำเร็จส่วนบุคคลตามลำดับ⁴ เมื่อพิจารณาผลของภาวะเหนื่อยล้าในระยะยาวที่อาจนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตายได้นั้น มีการศึกษาพบว่าแพทย์หญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าแพทย์ชาย และพบว่าแพทย์หญิงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

สูงกว่าเพศชายซึ่งแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไปที่จะพบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹¹ จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแพทย์หญิงที่อาจรุนแรงจนเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ ตามมาในอนาคต

ความเพียงพอของรายได้ ภาวะในการดูแลครอบครัว การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษในช่วงเวรพักผ่อนเหนือจากงานที่โรงพยาบาลราชวิถี สัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มที่มีภาวะในการดูแลครอบครัวที่หนักมาก มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงร้อยละ 75 สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas⁵ ที่พบว่าแพทย์ประจำบ้านเผชิญกับภาระงานที่มาก โดยมีปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของอาจารย์ และยังคงรักษาสมดุลย์ด้านเวลาส่วนตัว รวมถึงความรับผิดชอบต่อครอบครัว จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้สูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงถึงร้อยละ 83.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และคณะ¹² ที่พบว่าหากแพทย์ประจำบ้านมีปัญหานี้สินก็จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าอีกด้วย การศึกษานี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะรายได้และภาวะครอบครัวกับความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ที่พบว่า ปัจจัยด้านภาระครอบครัวและสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

ชั้นปี มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ตามด้วยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ ในประเทศอินเดียที่พบว่าร้อยละ 55.2 ของ personal burnout พบในแพทย์ใช้ทุนและพลดลงในชั้นปีที่สูงขึ้น⁹ และการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบภาวะเหนื่อยล้าสูงที่สุดในชั้นปีที่ 1⁸

ชั่วโมงการทำงานไม่สัมพันธ์กับการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ในประเทศซาอุดีอาระเบีย¹³ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการทำงานที่สูงกับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้าน อย่างไรก็ตามในสหรัฐอเมริกา โดย United States Accreditation for Graduate Medical Education ได้กำหนดชั่วโมงการทำงานสำหรับแพทย์ประจำบ้าน ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 2003 จนถึงปี ค.ศ. 2011 เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน แต่ก็ไม่ได้พบว่าช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าแต่อย่างใด เพราะเมื่อลดเวลาทำงานลง กลายเป็นว่าแพทย์ต้องปฏิบัติงานหนักขึ้น เนื่องจากในปริมาณงานเดียวกันแพทย์มีเวลาน้อยลงในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ¹⁴ ซึ่งข้อสรุปนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านภาระงาน ได้แก่ ความเหมาะสมของภาระงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานและการบริหารงานในหน่วยงาน กลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวกับชั่วโมงการทำงานแต่อย่างใด ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขภาวะเหนื่อยล้าจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยการทำงานในทุกๆ ด้าน มิใช่เพียงการลดชั่วโมง

การทำงานเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

ชั่วโมงการนอนหลับและการใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁸ โดยการศึกษาพบว่าทุกรายที่ใช้ยานอนหลับมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือ ดังนั้นแนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านจึงจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นให้แพทย์ประจำบ้านที่เริ่มมีปัญหาคอนนมีการเข้าถึงการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้รับการรักษาและคำแนะนำเพื่อบรรเทาความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป ในปัจจุบันเนื่องด้วยภาระงานจึงยังมีข้อจำกัด¹⁵ ทำให้แพทย์ประจำบ้านไม่สามารถเข้ารับการรักษาหรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ โดยเฉพาะในด้านจิตใจ¹⁶

พบแนวโน้มความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงในภาควิชาจักษุวิทยาและเวชศาสตร์ฉุกเฉินตามลำดับ โดยทั้งสองภาควิชานี้พบปัจจัยด้านความเหมาะสมของภาระงานอยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่

การลดความเป็นบุคคล

จากการศึกษาพบการลดความเป็นบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 48.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบการลดความเป็นบุคคลระดับต่ำร้อยละ 52.8 ปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่อาศัย รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระในการดูแลครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มชากาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การใช้ยานอนหลับ ชั้นปี ภาควิชา การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลราชวิถี ไม่สัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคล

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลราชวิถีเกือบทุกภาควิชา ได้แก่ ภาควิชาจักษุวิทยา วิชาสูติศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-

นรีเวชวิทยา อายุรศาสตร์ มีแนวโน้มของการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ยกเว้นภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ พบว่าแพทย์ประจำบ้านในภาควิชานี้ มองว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าภาควิชาใหญ่ (Major) ซึ่งได้แก่ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์มีความสัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงทั้งหมด^๑ นอกจากนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดความเป็นบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงานและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้าน ดังที่ปรากฏในภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ควรกระตุ้นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเหนื่อยล้าสำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อไป¹⁷

ความสำเร็จส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำร้อยละ 1.1 ระดับปานกลางร้อยละ 2.7 ระดับสูงร้อยละ 96.2 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 32.8 ระดับกลางร้อยละ 27.2 และระดับสูงร้อยละ 40^๑ โดยไม่สัมพันธ์กับชั้นปี อายุ หรือภาควิชา หรือปัจจัยในการทำงานแต่อย่างใด

ข้อเสนอแนะ

อาจารย์ในแต่ละภาควิชา นั้นเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับแพทย์ประจำบ้านมากที่สุด จึงมีโอกาสในการจะสังเกตเห็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้า

ต่างๆ เหล่านี้ได้ก่อน ทั้งเรื่องความเพียงพอของรายได้ และภาวะในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว จึงควรมีการให้คำแนะนำเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีทักษะที่เหมาะสมในรับมือกับภาระครอบครัว และรักษาสมดุลชีวิตครอบครัวในระหว่างการฝึกอบรม ให้ความสำคัญเรื่องการจัดสรรเวลาในการทำงาน มีชั่วโมงของการนอนหลับอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาเมื่อแพทย์ประจำบ้านต้องการรักษาโดยไม่ให้กระทบกับการเรียนหรือการปฏิบัติงาน

ในส่วนของปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมของภาระงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานในหน่วยงาน พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดความเป็นบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าเป็นสิ่งที่แต่ละภาควิชาสามารถป้องกันได้ โดยการให้ความสำคัญกับปัจจัยในการทำงานทุกด้าน ได้แก่ ภาระงานที่มอบหมายในความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้าน การบริหารงานในภาควิชา ซึ่งในบริบทของการศึกษานี้หมายถึง บทบาทของอาจารย์ในการมอบหมายงาน การให้ความสนใจอย่างทั่วถึง การรับฟังปัญหาและให้โอกาสชี้แจงเมื่อเกิดปัญหา การให้อิสระในการแสดงความคิดเห็นและการยอมรับความคิดเห็น การให้ความสำคัญต่อการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเบลเยียมที่พบว่า การสร้าง learning environment จากอาจารย์แพทย์ในด้าน บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษา (role of the specialty tutor) การประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ (coaching and assessment) มีผลต่อการลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ในแพทย์ประจำบ้าน โดยหากแพทย์ประจำบ้านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับอาจารย์ และได้รับอิสระในการทำงานที่น้อยเกินไปก็จะเกิดภาวะเหนื่อยล้า ในทางตรง

กันข้ามหากความสัมพันธ์กับอาจารย์เป็นไปในลักษณะ ที่ให้ความช่วยเหลือกัน (mutually supportive) ก็จะทำให้แพทย์ประจำบ้านเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้น้อยกว่า สำหรับการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ (coaching and assessment) นั้น พบว่ามีผลต่อการลดความเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้านเช่นกัน โดยอาจารย์ควรมีการประเมินความรู้ความสามารถของแพทย์ประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยและให้ข้อมูลย้อนกลับอยู่เสมอทั้งใน ด้านที่ทำได้ดีและด้านที่ต้องพัฒนา เพื่อให้แพทย์ประจำ บ้านมีศักยภาพในการเรียนและการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น หากแพทย์ประจำบ้านไม่ได้รับการประเมินหรือได้รับ คำแนะนำเป็นระยะก็จะไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อม สำหรับความรู้ความสามารถในระดับต่อไปที่เขาคould จะทำได้ และนั่นก็ยิ่งเป็นการเร่งให้แพทย์ประจำบ้าน ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ง่ายขึ้น¹⁸

ในส่วนของ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะเหนื่อยล้า นั้น การศึกษาก่อนหน้าในแพทย์ประจำบ้านคล้ายกรรม พบว่าภาวะเหนื่อยล้าไม่สัมพันธ์กับระดับความรู้และความสามารถแต่อย่างใด ดังนั้นการประเมินความรู้ ความสามารถของแพทย์ประจำบ้านจึงไม่ใช่เครื่องมือที่ สามารถบอกได้ถึงระดับความเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำ บ้านแต่ละราย และควรมีระบบของการเฝ้าระวังระดับ ภาวะเหนื่อยล้าที่แยกออกมาจากการประเมิน¹⁹ เพื่อช่วย ในการวางแผนป้องกันและให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิด ภาวะเหนื่อยล้าในแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งหากทำได้สำเร็จ ก็อาจจะเห็นจำนวนของความอ่อนล้าทางอารมณ์ใน แพทย์ประจำบ้านที่ลดลงตามลำดับต่อไป

แพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลราชวิถีนั้นแม้ว่า มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ความสำเร็จส่วนบุคคลโดยรวมก็มีแนวโน้มพบในระดับสูงเช่นเดียวกัน ในด้านดีคือแพทย์ประจำบ้านได้มองเห็นศักยภาพ ตัวเองในระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งแม้ว่าด้วยปริมาณงานที่มากแต่ก็ทำให้แพทย์ประจำบ้าน

รู้สึกว่าการที่ทำงานนั้นมีคุณค่าและประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจ กล่าวได้ว่าเป็นจุดแข็งที่สำคัญของแพทย์ประจำบ้านใน การฝึกอบรม รวมถึงเป็นจุดแข็งของโรงพยาบาลราชวิถี ในการเป็นศูนย์ฝึกอบรมที่ทำให้ผู้ฝึกอบรมมีโอกาสได้ใช้ ศักยภาพตัวเองได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้หากในอนาคต อาจารย์แพทย์ในแต่ละภาควิชามองเห็นความสำคัญ และช่วยกันเฝ้าระวังการเกิดภาวะเหนื่อยล้าใน แพทย์ประจำบ้าน สร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นก็ช่วยผลักดันให้ โรงพยาบาลราชวิถีพัฒนาศักยภาพในด้านวิชาการและ การฝึกอบรม เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำระดับนานาชาติ ตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intal Med 2012; 172: 1377-85.
2. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Morkl S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. PLoS One 2016; 11: e0149913.
3. Tait D, Shanafelt, MD, John H. Noseworthy Executive Leadership and Physician Well-being:Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clin Proc 2017; 92: 129-46.
4. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health 2011; 18: 240.

5. Thomas NK. Resident Burnout. JAMA 2004; 292: 2880-9.
6. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies, A practical manual. World Health Organization; 1991: 1-3.
7. Salyers MP , Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. J Gen Int Med 2017; 32: 475-82.
8. Saran Srikam, Wiroj Jiamjarasrangsi, Decha Lalitanantpong. Job Burnout and Related Factors among Residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 139-50.
9. Ratnakaran B, Prabhakaran A, Karunakaran V. Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. J Postgrad Med 2016; 62: 157-61.
10. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. J Am Coll Surg 2016; 223: 440-51.
11. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry 2004; 161: 2295-302.
12. Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, et al. The happy docs study: A Canadian Association of internes and residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside residency training in Canada. BMC Res Notes 2008; 1: 105.
13. Hameed TK, Masuadi E, Al Asmary NA, Al-Anzi FG, AL Dubayee MS. A study of resident duty hours and burnout in a sample of Saudi residents. BMC Med Educ 2018; 18: 180.
14. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Can J Anesth 2017; 64: 158-68.
15. Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R . Physician health and wellness. Occup Med 2006; 56:77-82.
16. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. Arch Surg 2011; 146: 54-62.
17. Gribben V, Bogetz A, Bachrach L, Blankenburg R. The Golden Ticket Project for peer recognition. Clin Teach 2018 May 28. doi: 10.1111/tct.12798.
18. van Vendeloo SN, Godderis L, Brand PLP, Verheyen KCPM, Rowell SA, Hoekstra H. Resident burnout: evaluating the role of the learning environment. BMC Med Educ 2018; 18: 54.
19. Cofer KD, Hollis RH, Goss L, Morris MS, Porterfield JR, Chu DI. Burnout is associated with Emotional Intelligence but not Traditional Job Performance Measurements in Surgical Residents. J Surg Educ 2018; 75: 1171-9.