

Effect of psychotherapy video on village health volunteers of primary care unit, Chaiwan hospital for burnout syndrome protection from COVID-19 outbreak situation

*Aekachai Leelawongkij, M.D.**

*Chananun Khenkhum, B.A.**

Abstract

The COVID-19 outbreak situation influenced medical staffs were at high workload and high risk for mental illness for 3 years ago. Due to high workload for a long time, village health volunteers were at high risk of burnout syndrome. Whereas there were restrictions of health resources and access to appropriate mental health care. Therefore, Innovative creation of psychotherapy video may be advantageous to accessibility of appropriate mental health care for burnout syndrome protection and maintaining the potency of village health volunteers in COVID-19 outbreak situation.

This Quasi-experimental study aimed to 1) compare before & after results of psychotherapy video and group counseling therapy for burnout syndrome prevention in village health volunteers who were risk for burnout syndrome 2) compare mean difference results between psychotherapy video group and group counseling therapy for burnout syndrome prevention. Methods: The study populations were village health volunteers of primary care unit of Chaiwan hospital who were at risk for burnout syndrome from screening. 131 patients were included in this study. Maslach Burnout Inventory-Geneva Survey (MBI-GS) (Thai) screening test included data collected from pre-test and post-test burnout syndrome screening tests in 66 patients of psychotherapy video group and 65 patients of group counseling therapy group. Descriptive statistic was performed and reported in terms of counting number, percent, mean, standard deviation, median and interquartile range. Analytical statistics were also performed using T test, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test and Chi-square test.

Result: There were 131 patients who attended psychotherapy. The factors such as sex, age group, graduate level were not significantly between test group and control group, 66 patients of psychotherapy video group and 65 patients of group counseling therapy group divided result into 3 aspects consisted of emotional exhaustion, cynicism, professional efficacy in both groups. After psychotherapy was completed in

both groups, implemented 66 patients of psychotherapy video group and 65 patients of group counseling group revealed significantly improvement (p -value <0.05) by all of 3 aspects. Results of burnout syndrome protection were not significantly between test group and control group p -value $=0.78$, p -value $=0.80$ and p -value $=0.36$ by all of 3 aspects.

Conclusion: This study suggested psychotherapy video effectively protected burnout syndrome in health care volunteers after fully of implementation.

Keywords: COVID-19; village health volunteers; burnout syndrome; psychotherapy video; group counseling psychotherapy

*Chaiwan Hospital, Udon Thani province

Received: July 6, 2022; Revised: October 2, 2022; Accepted: December 21, 2022

ผลของการใช้วิธีโอจิตบำบัดเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน
(Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน

เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ, พ.บ.*

ชนานันท์ เคนคำ, ศศ.บ.*

บทคัดย่อ

ด้วยสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่ยาวนานกว่า 3 ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งต่างมีความมุ่งมั่นทำงานช่วยเหลือดูแลสุขภาพประชาชนอย่างไม่หยุดหย่อนมาโดยตลอด มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต อันมีสาเหตุมาจากภาวะความรับผิดชอบในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยืดเยื้อมานาน อีกทั้งยังส่งผลให้ อสม.มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Syndrome) ร่วมด้วยแต่ด้วยข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างทั่วถึง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานวัตกรรมการใช้วิธีโอจิตบำบัดขึ้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงานใน อสม.เพื่อธำรงรักษาทรัพยากรคนที่มีประสิทธิภาพในการทำงานกับสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อไร ได้ต่อไปในอนาคตการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ ก่อนและหลังจากการใช้วิธีโอจิตบำบัดและการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ใน อสม. 2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟระหว่างกลุ่มใช้วิธีโอจิตบำบัดและกลุ่มทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนักจิตวิทยา เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ใน อสม.วิธีการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 คน ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory-Geneva Survey (MBI-GS) (ฉบับภาษาไทย) ถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา จำนวน 65 คน กลุ่มที่สองได้รับการคู่มือวิธีโอจิตบำบัด จำนวน 66 คน แล้วทำการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการทำงานในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซ้ำภายหลังได้รับการทำจิตบำบัดในทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์สถิติวิเคราะห์ T test, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test และ Chi-square ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจำนวน 131 คน ทั้งสองกลุ่ม มีปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญภายหลังได้รับการบำบัดพบว่าผลลัพธ์คะแนนความเครียดภาวะหมดไฟ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion), ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) ($p\text{-value} < 0.05$) ในทั้งสองกลุ่มและเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผลลัพธ์ในการบำบัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ด้าน $p\text{-value} = 0.78$, $p\text{-value} = 0.80$ และ $p\text{-value} = 0.36$ ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย วิถีโอจิตบำบัดสามารถลดภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิดใน อสม. ได้ไม่แตกต่างจากการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา

คำสำคัญ : โควิด 19; อสม.; ภาวะหมดไฟจากการทำงาน; วิถีโอจิตบำบัด; การทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

*โรงพยาบาลไชยวาน จ.อุดรธานี

ได้รับต้นฉบับ: 6 กรกฎาคม 2565; แก้ไขบทความ: 2 ตุลาคม 2565; รับลงตีพิมพ์: 21 ธันวาคม 2565

บทนำ

ด้วยสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่ยาวนานกว่า 3 ปีที่ผ่านมาส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งต่างมีความมุ่งมั่นทำงานช่วยเหลือดูแลสุขภาพประชาชนอย่างไม่หยุดหย่อนมาโดยตลอด มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะมีภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ดังปรากฏผลการประเมินสุขภาพจิตด้วย Mental health Check In เพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565 ค่าเฉลี่ย 3 ไตรมาส อยู่ที่ร้อยละ 12.2 มีสาเหตุมาจากภาระความรับผิดชอบในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. จำนวนกว่า 1,040,000 คน โดยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวัฒน์ อสม. จำนวน 202 คน โดย อสม.ถือเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนจนได้รับการยอมรับให้ยกฐานะเป็นอสม.หมอบริการบ้าน โดยมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ไม่ให้เกิดโรคทั้งในส่วนโรคติดต่อและโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่สำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งนี้ อสม.ถือเป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า ที่มีพลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชน จะเห็นได้ว่าการบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการหยุดหรือยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19⁽²⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยภาระงานที่หนัก หลากหลาย และยืดเยื้อมานาน ส่งผลให้ อสม.มีความเสี่ยง

ต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน หรือ Burnout Syndrome ซึ่งเป็นภาวะของการอ่อนล้าทางอารมณ์ อันเป็นผลจากความเครียดจากงานที่มากเกินไป ต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน ทำให้ผู้มีภาวะหมดไฟไม่มีความรู้สีกว่างานนั้นเกินกำลังที่จะทำได้ มีอารมณ์ร่วมกับงานลดลง และไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการในการทำงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ นานเข้าทำให้เสียแรงจูงใจในการทำงาน กระทั่งรู้สึกท้อ ทำอะไรก็ไม่ได้ดี มีความรู้สึกท้อและเสียใจ ลงท้ายด้วยรู้สึกว่าจะทำอะไรให้ใครได้⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้ อสม.ผู้ทำหน้าที่ด่านหน้าในการควบคุมโรคจึงถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะดังกล่าว โดยได้มีความพยายามในการใช้วิธีการทำจิตบำบัดหลากหลายรูปแบบเข้ามาดูแลผู้ที่มีภาวะหมดไฟ อาทิเช่น การใช้เทคนิค Rational emotive behaviour therapy (REBT)⁽⁴⁻⁵⁾ การใช้วิดีโอภาพยนตร์จิตบำบัด⁽⁶⁻⁷⁾ เข้ามาช่วยในการถ่ายทอดเรื่องราวและการเยียวยาจิตใจผู้ที่มีปัญหาภาวะหมดไฟ ซึ่งพบว่าให้ผลลัพธ์ในการตอบสนองการบำบัดที่น่าพอใจ⁽⁶⁻⁷⁾ ด้วยข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างทั่วถึงในปัจจุบัน⁽⁸⁾ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานวัตกรรมจิตบำบัดขึ้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงานใน อสม. ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางมาตรการป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากรด่านหน้าเหล่านี้เพื่อธำรงรักษาทรัพยากรคนที่มีประสิทธิภาพในการทำงานกับสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อไร ได้ต่อไปในอนาคต

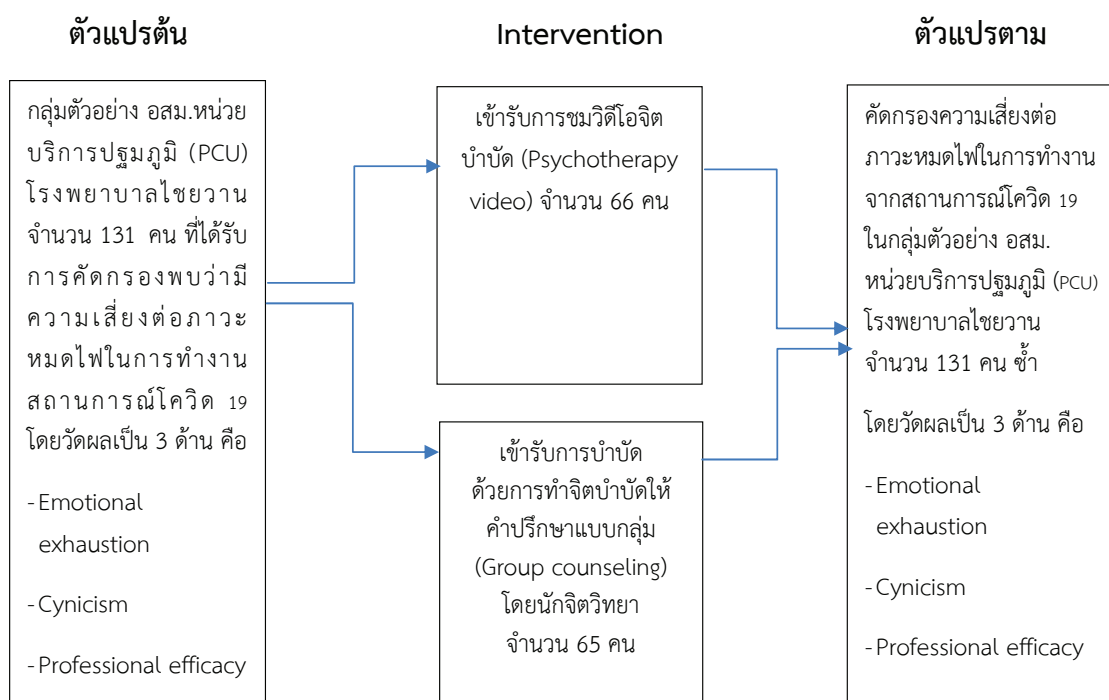
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ ก่อนและหลังจากการใช้วิดีโอจิตบำบัดและการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ใน อสม.หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ความ

เปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟระหว่างกลุ่มใช้วิดีโอจิตบำบัดและกลุ่มทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนักจิตวิทยา เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ใน อสม.หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย



วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi-experimental study

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อสม.หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน

จำนวน 202 คน ได้รับชมวิดีโอสถานการณ์ของโควิด 19 ความยาว 1 นาที 6 วินาที เพื่อให้มีปัจจัยตั้งต้นของการรับรู้สภาพปัญหาแบบเดียวกันแล้วทำการคัดกรองความเสี่ยงภาวะหมดไฟจากการทำงานด้วยเครื่องมือ แบบประเมินภาวะหมดไฟ

ในการทำงาน ซึ่งแปลมาจาก Maslach C., Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB. Maslach Burnout Inventory-Geneva Survey (MBI-GS). 1981. ปรับปรุงโดย วัลลภ วิชาญเจริญสุขและสุนทร ศุภพงษ์ (2558)⁽⁹⁾ ด้วยตัวผู้ถูกทดลองเอง โดยแบบคัดกรองจะไม่ระบุชื่อผู้ถูกทดลอง แต่จะระบุเป็นหมายเลขแทน เพื่อใช้เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนหลัง จากการทดลองพบว่า มี อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง 194 คน ไม่สมัครใจเข้าร่วม 8 คน มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ จำนวน 156 คน สุ่มตัวอย่าง อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน ที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) จากการคัดกรองเพื่อเข้าร่วมการทดลอง โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณการค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากรเท่ากับ 156 คน

e = ค่า Precision เท่ากับ 0.05⁽¹⁰⁻¹²⁾

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ 95% เท่ากับค่าคงที่ 1.96

P = ความชุกของ Burnout syndrome (กำหนดจากการศึกษาก่อนหน้าพบความชุกโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 40 ใน Paramedical Staff)⁽¹⁰⁻¹²⁾

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 คน เข้าร่วมการทดลองโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ในส่วนของ อสม. ที่ไม่ได้รับการสุ่มเพื่อเข้ารับการศึกษาก็มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ

(Burnout syndrome) จากการคัดกรอง ให้เข้ารับการบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) หรือให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual counseling) โดยนักจิตวิทยา (การรักษามาตรฐาน) โดยความสมัครใจ หลังจากนั้น แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มเพื่อเข้ารับการบำบัดเพียงวิธีใดวิธีหนึ่งจาก 2 วิธี

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงภาวะหมดไฟจากการทำงานด้วยเครื่องมือแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งแปลมาจาก Maslach C., Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB. Maslach Burnout Inventory-Geneva Survey (MBI-GS). 1981. ปรับปรุงโดย วัลลภ วิชาญเจริญสุขและสุนทร ศุภพงษ์ (2558)^(9x) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิด 19 และได้รับการสุ่มเพื่อเข้าร่วมการทดลอง

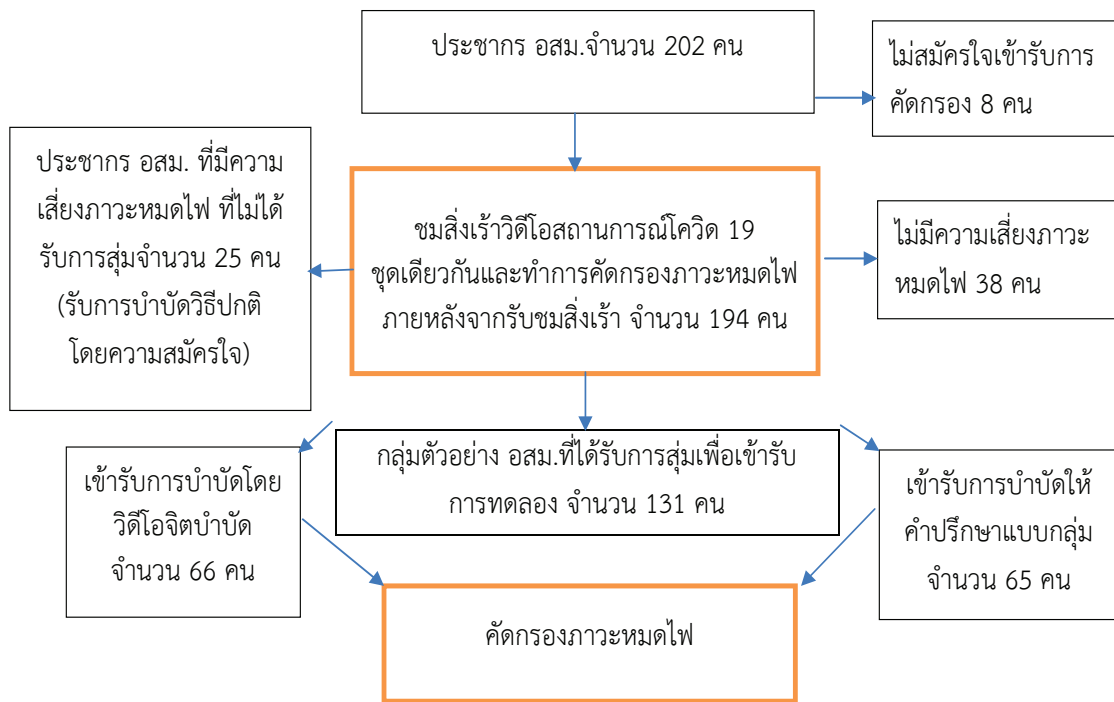
เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง

2. อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลไชยวาน ที่เข้ารับการบำบัดแบบให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนักจิตวิทยาหรือรูปแบบวิดีโอ (Psychotherapy)

video) ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant)
อสม.หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาล
ไชยวาน มีความต้องการยุติการเข้าร่วมทดลอง
ระหว่างการทดลอง/เก็บข้อมูล

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษา
ทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Participant)
อสม.หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาล
ไชยวาน เกิดภาวะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายทางกาย
หรือจิตใจใด ๆ ในระหว่างการทดลอง



ตัวแปรในการศึกษา

ผลลัพธ์คะแนนภาวะหมดไฟจากการ
ทำงาน (Burnout syndrome) ก่อนและหลังใน
กลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ
จากการทำงาน ภายหลังได้รับการทำจิตบำบัด
ทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรก จำนวน 66 คน เข้ารับการ
ดูวิดีโอจิตบำบัด (Psychotherapy video) กลุ่ม
ที่สองจำนวน 65 คนเข้ารับการบำบัดให้คำ
ปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนัก
จิตวิทยา วัดผลคะแนนการคัดกรองภาวะหมดไฟ

จากการทำงานเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินด้าน
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaus-
tion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และ
ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional
efficacy) เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงในทั้งสองกลุ่ม
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินภาวะ
หมดไฟในการทำงาน ซึ่งแปลมาจาก Maslach
C., Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB.
Maslach Burnout Inventory-Geneva

Survey (MBI-GS). 1981. ปรับปรุงโดย วัลลภ วิชาญเจริญสุขและสุนทร ศุภพงษ์ (2558)⁽⁹⁾ แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ประเมินด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) โดยแบบประเมินแต่ละด้านมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.832, 0.901, 0.839 ตามลำดับ คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่รู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) ประเมินความอ่อนล้าทางอารมณ์ ในข้อที่ 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 ด้านการเมินเฉยต่องาน ในข้อที่ 5, 10, 11, 15, 22 สำหรับคะแนนด้านความสามารถในการทำงานจะหักคะแนนตรงข้ามกัน คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 6 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 0 คะแนน) ในข้อที่ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21⁽⁹⁾

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลการทดลองของอาสาสมัครในกลุ่มที่ออกแบบการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการดูวิดีโอจิตบำบัด (Psychotherapy video) ความยาว 8 นาที 10 วินาที ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยทฤษฎี Rational emotive behaviour therapy (REBT)⁽⁴⁾ และทฤษฎีของ Joshua L. Cohen และคณะ⁽⁶⁾ กลุ่มที่สองได้รับการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนักจิตวิทยา เป็นเวลา 1 ชั่วโมง แล้วทำการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหมดไฟจากการทำงาน

ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดภายหลังเข้ารับการบำบัดจิตบำบัดในทั้งสองกลุ่ม ด้วยเครื่องมือแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ สถิติวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทำจิตบำบัดในทั้งสองกลุ่ม โดยสถิติ Dependent t test ในกลุ่มที่มีการแจกแจงข้อมูลปกติ และสถิติ Wilcoxon signed-rank test ในกลุ่มที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ
3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงภายหลังการทำจิตบำบัดระหว่าง 2 กลุ่ม ที่ได้รับการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) โดยนักจิตวิทยา เปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้ารับการดูวิดีโอจิตบำบัด (Psychotherapy video) โดยใช้สถิติ Mann-WhitneyU test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 2465 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิด 19 จำนวน 131 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเข้ารับการบำบัดกลุ่มละ 1 วิธี โดยการสุ่ม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านช่วง

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.47$, $p\text{-value}=0.21$ และ $p\text{-value}=0.65$ ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัย	ระดับของปัจจัย	รวม (n=131) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n= 66 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=65 คน) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ช่วงอายุ	20-39 ปี	3 (2.30)	1 (1.50)	2 (3.10)	0.47
	40-59 ปี	87 (66.40)	47 (71.20)	40 (61.50)	
	60 ปีขึ้นไป	41 (31.30)	18 (27.30)	23 (35.40)	
เพศ	ชาย	34 (25.95)	14 (21.20)	20 (30.80)	0.21
	หญิง	97 (74.05)	52 (78.80)	45 (69.20)	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	102 (77.86)	50 (75.80)	52 (80.00)	0.65
	ม.ต้น	18 (13.74)	9 (13.60)	9 (13.80)	
	ม.ปลาย	11 (8.40)	7 (10.60)	4 (6.20)	

เมื่อทำการทดลองให้จิตบำบัดในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มละวิธีพร้อมกัน แล้วทำการประเมินคะแนนภาวะหมดไฟซ้ำในทั้งสองกลุ่ม พบว่าผลลัพธ์จากการทดลอง คะแนนภาวะหมดไฟจากการทำงานในสถานการณ์โควิด 19 ภายหลังจากการได้รับจิตบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนภาวะหมดไฟลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion), ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) $p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ เช่นเดียวกัน ในทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ผลลัพธ์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟจากการทำงานก่อนและหลังการทำจิตบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	ก่อน		หลัง		P-value	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean±S.D.	Median[IQR]	Mean±S.D.	Median[IQR]		Mean±S.D.	Median[IQR]	Mean±S.D.	Median[IQR]	
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)†	7.70±6.49	6.50[7.00]	3.44±5.22	2.00[4.00]	<0.001	7.58±8.11	6.00[11.50]	3.06±4.22	1.00[5.00]	<0.001
ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism)†	4.23±4.63	4.00[5.00]	2.50±3.82	1.00[3.00]	<0.001	4.43±4.30	4.00[5.00]	2.18±3.09	0.00[4.50]	<0.001
ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy)	29.09±14.14	30.00[13.25]	21.61±16.24	20.50[30.50]	<0.001	27.75±12.56	29.00[23.00]	21.98±15.93	19.00[28.50]	<0.001

†ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

เมื่อทำการเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟจากการทำงานก่อนและหลังการทำจิตบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในทุกด้านได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ในด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และใน

ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม p-value =0.78, p-value =0.80 และ p-value =0.36 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟจากการทำงานก่อนและหลังการทำจิตบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Median[IQR]	Median[IQR]	
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)	3.00[5.25]	3.00[7.00]	0.17
ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism)	1.00[4.00]	1.00[4.00]	0.88
ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy)	4.00[13.25]	4.00[13.00]	0.45

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิด 19 จำนวน 131 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจ โดยกลุ่มแรก จำนวน 66 คน จัดให้เป็นกลุ่มทดลองโดยให้รับชมวิดีโอจิตบำบัด ส่วนกลุ่มที่สอง จำนวน 65 คน จัดให้เป็นกลุ่มควบคุมโดยให้เข้ารับการบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยนักจิตวิทยา โดยปัจจัยตั้งต้นในทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ ระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการบำบัดภาวะหมดไฟแบบกลุ่ม สำหรับการทดลองนี้ ใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามมาตรฐานโดยนักจิตวิทยาเป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยใช้เทคนิค Rational emotive behaviour therapy (REBT)⁽⁴⁾ ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ และการใช้วิดีโอจิตบำบัดความยาว 8 นาที 10 วินาที ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยทฤษฎี Rational emotive behaviour therapy (REBT)⁽⁴⁾ และทฤษฎีของ Joshua L. Cohen และคณะ⁽⁶⁾ โดยทฤษฎี Rational emotive behaviour therapy (REBT) ได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดความเครียดและภาวะหมดไฟ โดยมีหลักการว่าอารมณ์ด้านลบของบุคคลนั้นล้วนเกิดขึ้นมาจากความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมนั้นที่แตกต่างกัน ไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมนั้นโดยตรง แนวคิดในการบำบัดจึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนวิธีคิดของบุคคลให้ถูกต้องเพื่อเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมด้านลบไปสู่ด้านบวก⁽⁴⁾ ส่วนทฤษฎีของ Joshua L. Cohen และคณะ ที่นำมาใช้ในการสร้างวิดีโอ คือ การปรับการรับรู้ภายในของตัวบุคคล (ego) โดยใช้วิดีโอสิ่งเร้าภายนอกที่สร้างโดยหลักการทางเทคนิค

ของ Rational emotive behaviour therapy ผสมผสานผ่านประสบการณ์เรื่องเล่า สื่อความหมายด้วยภาพ สี และเสียง เพื่อสื่ออารมณ์การรับรู้ทางบวกให้แก่ผู้ชม จนสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทางลบเป็นทางบวกผ่านการตระหนักรู้ข้อเท็จจริงด้วยตนเอง (self-awareness) เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหา (problem solving) และสามารถปรับตัวต่อปัญหาทางจิตใจของตนเองได้ในที่สุด (adaptation & reconciliation)⁽⁶⁾

ในการทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ให้การบำบัดด้วยการให้จิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพบว่าสามารถลดระดับภาวะหมดไฟก่อนให้การบำบัดเปรียบเทียบกับภายหลังให้การบำบัดในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ความเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) ใน อสม. กลุ่มควบคุม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในการใช้เทคนิค Rationalemotive behaviour therapy (REBT) มาบำบัดนักศึกษาจากภาวะหมดไฟอย่างได้ผลในต่างประเทศ⁽⁵⁾

ในส่วนกลุ่มทดลองที่ให้การรักษาด้วยวิดีโอจิตบำบัดพบว่า สามารถลดระดับภาวะหมดไฟก่อนให้การบำบัดเปรียบเทียบกับภายหลังให้การบำบัดในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ความเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) ใน อสม.กลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้วิดีโอจิตบำบัดสามารถ

ลดภาวะหมดไฟของบุคคลอย่างได้ผล ซึ่งสอดคล้อง
การงานวิจัยก่อนหน้านี้ในการใช้สื่อเรื่องเล่าทาง
ดิจิทัล (Digital storytelling) ในการบำบัดภาวะ
หมดไฟของนักกีฬาและผู้พิการในต่างประเทศ
อย่างได้ผล⁽⁷⁾

โดยเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความ
เปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะหมดไฟภายหลัง
ให้การบำบัดในทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการบำบัด
โดยให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามมาตรฐานโดย
นักจิตวิทยาและการใช้วิดีโอจิตบำบัดต่างก็อาศัย
หลักการ Rational emotive behaviour
therapy (REBT) มาปรับใช้เช่นเดียวกันอย่างไร
ก็ตามเมื่อเปรียบเทียบในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้
ในการบำบัดของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองใช้
เวลาในการบำบัดโดยการรับชมวิดีโอเพียง 8 นาที
10 วินาที เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่ง
ใช้เวลาในการบำบัดที่ยาวนานถึง 1 ชั่วโมง และ
ต้องใช้นักจิตวิทยาที่มีความรู้เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่ง
ในปัจจุบันยังคงมีความขาดแคลนบุคลากรในด้าน
ดังกล่าว ไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และด้วย
ภาระงานที่มีมาก ทำให้การใช้วิดีโอจิตบำบัด
สามารถแก้ปัญหาเรื่องความสะดวกและการเข้า
ถึงบริการของ อสม.ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต
ในเรื่องภาวะหมดไฟจากสถานการณ์โควิด 19
ได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการขอรับคำปรึกษากับ
นักจิตวิทยา อีกทั้งสามารถลดความละอาย หรือ
Stigma ในการเข้ารับบริการขอรับคำปรึกษาหรือ
เข้ารับการบำบัดทางจิตของ อสม.ได้อีกประการ
อย่างใดก็ตามการใช้วิดีโอจิตบำบัด เป็นเพียงการ
สื่อสารทางเดียว ซึ่งแตกต่างจากการให้คำปรึกษา

ทางจิตโดยนักจิตวิทยาซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง
ที่มีความยืดหยุ่นกว่า และสามารถปรับเปลี่ยนการ
แก้ปัญหาได้ตลอดเวลา จึงถือเป็นข้อได้เปรียบของ
การบำบัดโดยวิธีมาตรฐานที่ยังเหนือกว่าการใช้
วิดีโอจิตบำบัด อีกทั้งการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดใน
เรื่องของผลลัพธ์ในระยะยาวในเรื่องของภาวะหมด
ไฟที่กลับมาเพิ่มขึ้นในภายหลัง ซึ่งการรับชมวิดีโอ
ซ้ำน่าจะให้ผลลัพธ์ที่น้อยกว่าการทำจิตบำบัดให้
คำปรึกษาโดยวิธีมาตรฐานที่มีความยืดหยุ่นปรับ
เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนเนื้อหา และความน่าสนใจ
ของวิดีโอจิตบำบัดให้มีความทันสมัยและสอดคล้อง
กับสภาพปัญหา ข้อเท็จจริงที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

สรุป

วิดีโอจิตบำบัดสามารถป้องกันภาวะหมด
ไฟจากสถานการณ์โควิด 19 ใน อสม.ได้ไม่แตกต่าง
จากการทำจิตบำบัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดย
นักจิตวิทยา แต่มีข้อได้เปรียบในเรื่องของความ
สะดวกในการเข้าถึงบริการที่ง่ายมากกว่าและ
ช่วยลดความละอาย หรือ Stigma ในการเข้ารับ
บริการขอรับคำปรึกษาหรือเข้ารับการบำบัดทางจิต
ของ อสม.ได้อีกประการ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

การนำหลักการสร้างวิดีโอจิตบำบัดโดย
ทฤษฎี Rational emotive behaviour therapy
(REBT)⁽⁴⁾ และทฤษฎีของ Joshua L. Cohen
และคณะ⁽⁶⁾ ไปประยุกต์ใช้ในปัญหาทางสุขภาพ
จิตอื่น ๆ ของประชาชน พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยน
เนื้อหา และความน่าสนใจของวิดีโอจิตบำบัด

ให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสภาพปัญหา ข้อเท็จจริงที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ น่าจะช่วยให้ ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเข้าถึงบริการทางสุขภาพ จิตได้กว้างขวางและแพร่หลายมากขึ้น ในข้อจำกัด ของทรัพยากรนักจิตวิทยาและความละเอียดใน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของประชาชนที่ ยังเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือดูแลผู้มีความเสี่ยง ในปัญหาสุขภาพจิตให้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของ ผลลัพธ์ในระยะยาวในเรื่องของภาวะหมดไฟที่กลับ

มาเพิ่มขึ้นในภายหลังจากการเข้ารับการบำบัด และ ความคงอยู่ของผลลัพธ์ในการบำบัด ซึ่งมีปัจจัย เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งเป็นความท้าทายให้ มี การพัฒนาศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณอัมพิกา แสงสอดแก้ว และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล ไชยวาน อีกทั้ง อสม.ทุกท่านที่ได้เอื้อเฟื้อและ สละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มี ค่าตอบแทน จงงานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี มา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงสูงสุด “ภาวะหมดไฟ” กรมสุขภาพจิตขอสังคมร่วมส่งกำลังใจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.hfocus.org/content/2022/11/26365>
2. วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีศรีวิชัย. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน การป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมือง สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564;6(2):304-18.
3. โรงพยาบาลราชวิถี. สัญญาณ Burnout Syndrome อาการของคน เบื่องาน หมดไฟ และวิธีจัดการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=16953>
4. ดวงมณี จงรักษ์. การใช้ 4 ทฤษฎีการปรึกษาในการปรึกษากลุ่ม. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ 2561;29(1):188-200.
5. Igboke UL, Onyechi KCN, Ogbonna CS, Eseadi C, Onwuegbuchulam AC, Nwajiuba CA, et al. Rational emotive intervention for stress management among English education undergraduates: implications for school curriculum innovation. Medicine (Baltimore) 2019;98(40):e17452.
6. Cohen JL, Johnson JL, Orr P. Video and filmmaking as psychotherapy. New York: Routledge; 2015:95-107.

7. Ofoegbu TO, Asogwa UD, Ogbonna CS, Aloh HE, Eseadi C, Eskay M, et al. Effect of digital storytelling intervention on burnout thoughts of adolescent: athletes with disabilities. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(30):e21164.
8. The matter. เมื่อสังคมทำให้คนเครียดขึ้นทุกวัน แต่อะไรทำให้จิตแพทย์ไทยยังไม่เพียงพอในการให้บริการ?. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก :<https://thematter.co/science-tech/why-psychologist-isnt-enough-for-population/133228>
9. ศรีสกุล ฉะยมแหลม, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. *แพทยสารทหารอากาศ* 2562;65(2):44-52.
10. กอเกษ ต่ายเกิด, ครองขวัญ รั้วมัน, นิรุชา ปรีชาเลิศศิลป์, วินิทรานวลละออง, ปนัดดา โรจน์พิบูลสถิต. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ในนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2562;19(3):127-38.
11. Ndongo JM, Lele CB, Manga LO, Ngalagou PM, Ayina CA, Tanga ML, et al. Epidemiology of burnout syndrome in four occupational sectors in Cameroon-impact of the practice of physical activities and sport. *AIMS Public Health* 2020;7(2):319-35.
12. Pereda-Torales L, Celedonio M, Guillermo F, Vasquez H, Teresa M, Zamora Y, et al. Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personnel. *Salud Ment* 2009;32(5):399-404.