

Prevalence and Factors Associated with Burnout among Intern Physicians in Thailand

*Pacharapon Poopitaya, M.D.**

*Pornchai Sithisarankul, M.D., M.P.H., Dr.P.H.***

Abstract

Objective: This research aimed to investigate the prevalence and associated factors of burnout among interns under the Ministry of Public Health in Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 432 intern physicians using cluster sampling from all 12 health regions across the country. Data were collected between February and April 2025. Burnout was evaluated using the Thai version of Maslach Burnout Inventory. Data analysis included both descriptive and inferential statistics. Bivariate analysis and multivariable logistic regression were performed.

Results: The prevalence of burnout among participants was 53.7%. After adjusting for confounders, the factors significantly associated with burnout were sleeping less than 7 hours per day on average (aOR = 2.98, 95% CI: 1.49–5.99), working in a general hospital (aOR = 3.98, 95% CI: 1.76–9.01), seeing more than 45 outpatients per day (aOR = 3.98, 95% CI: 1.76–9.01), having difficulties working with nurses (aOR = 3.18, 95% CI: 1.02–9.93), having difficulties working with medical instructors (aOR = 8.26, 95% CI: 3.88–17.56), and having thoughts of resigning from their internship (aOR = 8.34, 95% CI: 4.17–16.67).

Conclusion: The findings of this study point to the importance of surveillance and prevention of burnout in intern physicians. The relationship among intern physicians, nurses, and attending physicians should be promoted to help reduce burnout and sustainably retain resident physicians in the public health system.

Keywords: burnout; intern physician; ministry of public health; thailand

*Nopparat Rajathanee Hospital

**Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Received: May 26, 2025; Revised: October 15, 2025; Accepted: December 23, 2025

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุนในประเทศไทย

พัชรพล ภูพิทยา, พ.บ.*

พรชัย สิริศิริณกุล, พ.บ., ส.ม., ส.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ใช้ทุนจำนวน 432 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มจากทั้ง 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศและทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 ภาวะหมดไฟจากการทำงานถูกประเมินโดยใช้แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory ฉบับภาษาไทย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการศึกษา: ความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงานอยู่ที่ร้อยละ 53.7 โดยหลังควบคุมตัวแปรกวน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การนอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (aOR = 2.98, 95% CI: 1.49 - 5.99) การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (aOR = 3.98, 95% CI: 1.76 - 9.01) การตรวจผู้ป่วยนอกมากกว่า 45 รายต่อวัน (aOR = 3.98, 95% CI: 1.76 - 9.01) การมีปัญหาในการทำงานกับพยาบาล (aOR = 3.18, 95% CI: 1.02 - 9.93) การมีปัญหาในการทำงานกับอาจารย์แพทย์ (aOR = 8.26, 95% CI: 3.88 - 17.56) และการมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน (aOR = 8.34, 95% CI: 4.17-16.67)

สรุป: ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหมดไฟในแพทย์ใช้ทุน ควรมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ใช้ทุนกับพยาบาลและอาจารย์แพทย์ เพื่อช่วยลดภาวะหมดไฟและรักษาแพทย์ใช้ทุนให้อยู่ในระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ภาวะหมดไฟจากการทำงาน; แพทย์ใช้ทุน; กระทรวงสาธารณสุข; ประเทศไทย

*โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับต้นฉบับ: 26 พฤษภาคม 2568; แก้ไขบทความ: 15 ตุลาคม 2568; รับลงตีพิมพ์: 23 ธันวาคม 2568

บทนำ

Burnout หรือภาวะหมดไฟจากการทำงาน เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงาน และได้รับการจัดให้อยู่ในหมวดความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการทำงานใน ICD-11⁽¹⁾ โดยองค์ประกอบหลักของภาวะนี้ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและความรู้สึกไร้ความสำเร็จส่วนบุคคล งานวิจัยในหลายประเทศพบว่า บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องรับมือกับความเครียด ภาระงานหนักและเวลาพักผ่อนที่จำกัด เช่น การศึกษาเรื่องความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าแพทย์มีภาวะหมดไฟจากการทำงานสูงกว่ากลุ่มประชากรวัยทำงานอื่น ๆ⁽²⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศลิทัวเนียในปี ค.ศ. 2024 โดยพบว่าแพทย์และพยาบาลเป็นสองอาชีพที่มีระดับภาวะหมดไฟจากการทำงานสูงที่สุดในระบบสาธารณสุข⁽³⁾ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดชุมพร ซึ่งพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีภาวะหมดไฟจากการทำงานร้อยละ 12.8⁽⁴⁾ และการศึกษาภาวะหมดไฟจากการทำงานในแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ในการศึกษาดังกล่าวใช้คำว่า ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน) ซึ่งพบว่ามีผู้ที่เข้าเกณฑ์การมีภาวะหมดไฟจากการทำงานร้อยละ 5.6⁽⁵⁾ สำหรับการศึกษาภาวะหมดไฟจากการทำงานในแพทย์ใช้ทุนในประเทศไทยนั้น

มีการศึกษาในแพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 1 ซึ่งพบความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงานที่ร้อยละ 48.1⁽⁶⁾

ในประเทศไทย แพทย์ใช้ทุนถือเป็นกำลังหลักของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระงานที่มาก มีความกดดันและข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟจากการทำงาน ส่งผลต่อทั้งสุขภาพจิต ประสิทธิภาพการทำงานและความตั้งใจลาออก โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแพทย์ใช้ทุนลาออกเฉลี่ยปีละกว่า 290 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของแพทย์ใช้ทุนในแต่ละปี⁽⁷⁾ แม้จะมีการศึกษาที่กล่าวถึงภาวะหมดไฟในแพทย์บางกลุ่มแล้ว เช่น แพทย์ประจำบ้าน แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาในแพทย์ใช้ทุนทั่วประเทศ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟจากการทำงานในแพทย์ใช้ทุน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน โดยหวังว่าจะสามารถลดภาวะหมดไฟจากการทำงานและรักษาแพทย์ใช้ทุนให้อยู่ในระบบสาธารณสุขไทยได้อย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานแบ่งออกได้เป็น ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ⁽⁸⁾ อายุ⁽⁹⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁰⁾ สถานภาพสมรส⁽¹¹⁾ และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹²⁾ และส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยภาระงาน⁽⁵⁾ ระยะเวลาการทำงาน⁽⁸⁾ และค่าตอบแทน⁽¹³⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงานในแพทย์ใช้ทุนของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุนในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ใช้ทุนที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จากทั้ง 12 เขตสุขภาพในประเทศไทย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และเกณฑ์คัดออก คือ แพทย์ใช้ทุนซึ่งอยู่ในช่วงลาภักดิ์ ลาพักผ่อน ลาป่วยหรือลาคลอดบุตร ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร Sample size for infinite population⁽¹⁴⁾ และคำนวณ Design effect⁽¹⁵⁾ พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 410 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพออกมาจำนวน 1 จังหวัด และส่งจดหมายขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลในจังหวัดที่ทำการสุ่มได้ทุกโรงพยาบาลที่มีแพทย์ใช้ทุนทำงานอยู่ในจังหวัดนั้น และติดต่อผ่านองค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลนั้น ๆ เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้มีการกระจายแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งในรูปแบบกระดาษและในรูปแบบออนไลน์โดยให้แพทย์ใช้ทุนตอบ

แบบสอบถามโดยสแกน QR code หรือกรอกแบบสอบถามในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยส่งไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การมีคนในครอบครัวเป็นแพทย์ใช้ทุนมาก่อน และชั่วโมงในการนอนหลับต่อวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน ประกอบด้วย ชั้นปีของแพทย์ใช้ทุน ลักษณะการจ้างงาน ขนาดของโรงพยาบาลที่ทำงาน รายได้ต่อเดือน จำนวนผู้ป่วยนอกที่ตรวจเฉลี่ยต่อวัน จำนวนเวรในหอผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนเวรห้องฉุกเฉินต่อเดือน ภูมิสำเนาของตนกับที่ทำงาน ระบบช่วยเหลือของโรงพยาบาล การมีปัญหาด้านการทำงานกับเพื่อนร่วมงานและการมีความคิดอยากลาออกจากงาน

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ การลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ และความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับการทดสอบความเที่ยงโดยใช้ค่า Cronbach's alpha ซึ่งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ค่า alpha = 0.90 ด้านการลดความเป็นบุคคล ได้ค่า alpha = 0.79 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้ค่า alpha = 0.71 โดยในการศึกษานี้ผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามี

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟจากการทำงานในระดับสูงตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน⁽¹⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 18.0 โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ หลังจากทราบความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงาน จะทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ (Bivariate analysis) เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานโดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพและ Independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ จากนั้นทำการวิเคราะห์พหุปัจจัย (Multivariate analysis) โดยนำตัวแปรทีวิเคราะห์ในขั้นตอน bivariate analysis ที่มีค่า p-value < 0.25 และตรวจสอบ Multicollinearity โดยจะนำตัวแปรอิสระมาหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรสุดท้ายจึงนำตัวแปรที่เหลือมาวิเคราะห์ในสถิติ Multiple logistic regression แบบ Backward Stepwise โดยกำหนดเกณฑ์การคงตัวแปรไว้ในโมเดลที่ค่า p-value < 0.05 และเกณฑ์การคัดออกที่ p-value > 0.1 เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน โดยนำเสนอข้อมูลด้วยค่าอัตราส่วนแตรัมต่ออย่างหยาบ (Crude odds ratio) และอัตราส่วนแตรัมต่อที่ปรับค่า (Adjusted odds ratio) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเอกสารเลขที่ COA.0113/2025 โดยรับรองวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการกระจายแบบสอบถามทั้งในรูปแบบกระดาษและในรูปแบบออนไลน์ไปยังโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 12 จังหวัด ที่สุ่มได้จากแต่ละเขตสุขภาพในประเทศไทยและได้รับการตอบกลับในเวลาที่กำหนดไว้ รวมทั้งสิ้น 432 คน เมื่อนำจำนวนการตอบกลับที่ได้ เปรียบเทียบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการคำนวณไว้ จำนวน 410 คน คิดเป็นร้อยละ 105.4 โดยในแต่ละเขตสุขภาพมีจำนวนการตอบกลับของแบบสอบถามที่ใกล้เคียงกัน โดยมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 55.32 มีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี เกือบทั้งหมดมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 99.31 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 98.15 รวมทั้งไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.84 ประมาณสองในสามไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 65.97 ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งนอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่าเจ็ดชั่วโมงต่อคืน คิดเป็นร้อยละ 50.23 ประมาณสามในสี่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นแพทย์ใช้ทุนมาก่อน ร้อยละ 75.00 และมีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 78.47 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 432)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	193	44.68
หญิง	239	55.32
อายุ (ปี) Mean (S.D.) (Min-Max)	25.84 (1.66) (24 - 36)	
สถานภาพสมรส		
โสด	429	99.31
สมรส	3	0.69
โรคประจำตัว		
ไม่มี	424	98.15
มี	8	1.85
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	427	98.84
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	5	1.16
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	285	65.97
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	44	10.19
ปัจจุบัน ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่	103	23.84
ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน Mean (S.D.)	6.45 (1.00)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง	215	49.77
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	217	50.23
ประวัติการมีคนในครอบครัวเป็นแพทย์ใช้ทุน		
ไม่มี	324	75.0
มี	108	25.0
สถานะทางการเงิน		
มีเงินเหลือเก็บ	339	78.47
ไม่มีเงินเหลือเก็บหรือมีหนี้สินอยู่	93	21.53

ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่าง และ มีรายได้เฉลี่ย 71,043.05 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 73.38 ในด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 มากที่สุด คิดเป็น ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหากับเพื่อนแพทย์ใช้ทุน คิดเป็น ร้อยละ 38.89 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 87.27 และพยาบาล ร้อยละ 83.33 ขณะที่ เกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 49.77 โดยส่วนใหญ่ใช้ทุน ไม่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับอาจารย์แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 56.02 นอกจากนี้ สถานพยาบาล ประมาณสองในสามไม่มีระบบสนับสนุนเมื่อ ต้องเผชิญปัญหาจากงาน คิดเป็นร้อยละ 62.04 กลุ่มตัวอย่างตรวจผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 45.58 ราย และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน ร้อยละ 60.88 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 432)

ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการจ้างงาน		
ข้าราชการ	317	73.38
พนักงานของรัฐ	115	26.62
ชั้นปีของแพทย์ใช้ทุน		
1	168	38.89
2	125	28.94
ตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ขึ้นไป	139	32.17
ขนาดของโรงพยาบาลที่ใช้ทุนอยู่		
โรงพยาบาลชุมชน	215	49.77
โรงพยาบาลทั่วไป	146	33.80
โรงพยาบาลศูนย์	71	16.43
การได้ใช้ทุนอยู่ในจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาของตนเอง		
ไม่ใช่	345	79.86
ใช่	87	20.14
จำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ Mean (S.D.)	183.43 (45.03)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 160 ชั่วโมงต่อเดือน	162	37.50
มากกว่า 160 ชั่วโมงต่อเดือน	270	62.50

ตาราง 2 ปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 432) (ต่อ)

ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ตรวจต่อวัน Mean (S.D.) (Min-Max)	45.58 (13.12) (2 - 100)	
รายได้โดยประมาณต่อเดือน Mean (S.D.) (Min-Max)	71043.05 (9678.45) (30000 - 150000)	
การมีปัญหาในการทำงานกับเพื่อนแพทย์ใช้ทุน		
ไม่มี	377	87.27
มี	55	12.73
การมีปัญหาในการทำงานกับพยาบาล		
ไม่มี	360	83.33
มี	72	16.67
การมีปัญหาในการทำงานกับอาจารย์แพทย์		
ไม่มี	242	56.02
มี	190	43.98
โรงพยาบาลมีระบบช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาจากงาน		
ไม่มี	268	62.04
มี	164	37.96
การมีความคิดจะลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน		
ไม่มี	169	39.12
มี	263	60.88

เมื่อจำแนกแพทย์ใช้ทุน ตามระดับภาวะ
หมดไฟจากการทำงานในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า
แพทย์ใช้ทุนมีภาวะหมดไฟจากการทำงานด้าน

ความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงเป็นจำนวน
ร้อยละที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านความอ่อนล้าทาง
อารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ดังตาราง 3

ตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของภาวะหมดไฟจากการทำงานในแต่ละองค์ประกอบ (n = 432)

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน	ระดับของภาวะหมดไฟจากการทำงาน		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	144 (33.3)	74 (17.1)	214 (49.6)
ด้านการลดความเป็นบุคคล	47 (10.9)	159 (36.8)	226 (52.3)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	7 (1.6)	67 (15.5)	358 (82.9)

ข้อมูลความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงาน เมื่อจำแนกตามจำนวนองค์ประกอบของภาวะหมดไฟจากการทำงานแล้วพบว่ามีจำนวนแพทย์ใช้ทุนที่ไม่พบองค์ประกอบภาวะหมดไฟในระดับสูงเลย จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2 พบองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในระดับสูง 1 องค์ประกอบ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 พบองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในระดับสูง 2 องค์ประกอบร่วมกัน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 พบองค์ประกอบของภาวะหมดไฟในระดับสูง 3 องค์ประกอบร่วมกัน จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 47.2 ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งนิยามผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีองค์ประกอบของภาวะหมดไฟจากการทำงานในระดับสูงตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน จึงมีแพทย์ใช้ทุนที่มีภาวะหมดไฟจากการทำงานทั้งสิ้น 232 คน คิดเป็นร้อยละ 53.7 ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของแพทย์ใช้ทุนที่มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน	232	53.7
ไม่มีภาวะหมดไฟจากการทำงาน	200	46.3

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน ด้วย Multiple logistic regression โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน ขนาดของโรงพยาบาลที่ใช้ทุนอยู่ จำนวนผู้ป่วยนอกที่ตรวจต่อวัน การมีปัญหาด้านการทำงานกับเพื่อนแพทย์ใช้ทุน การมีปัญหาด้านการทำงานกับพยาบาล การมีปัญหาด้านการทำงานกับอาจารย์แพทย์และการมีความคิดจะลาออก จากการเป็นแพทย์ใช้ทุน โดยแสดงด้วย Adjusted odds ratio และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน ได้แก่ การนอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (aOR = 2.98, 95% CI: 1.49 - 5.99) ส่วนปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (aOR = 3.98, 95% CI: 1.76 - 9.01) การตรวจ

ผู้ป่วยนอกมากกว่า 45 รายต่อวัน (aOR = 3.98, (aOR = 8.26, 95% CI: 3.88 - 17.56) และการ 95% CI: 1.76 - 9.01) การมีปัญหาในการทำงาน มีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน กับพยาบาล (aOR = 3.18, 95% CI: 1.02 - (aOR = 8.34, 95% CI: 4.17 - 16.67) ดังตาราง 5 9.93) การมีปัญหาในการทำงานกับอาจารย์แพทย์

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

ปัจจัย	Crude OR	(95% CI)	p-value	Adjusted OR **	(95% CI)	p-value
ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน						
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง	1.00		Ref.	1.00		Ref.
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	12.19	(7.72 - 19.24)	< 0.001*	2.98	(1.49 - 5.99)	0.002*
ขนาดของโรงพยาบาลที่ใช้ทุนอยู่						
โรงพยาบาลชุมชน	1.00		Ref.	1.00		Ref.
โรงพยาบาลทั่วไป	8.36	(5.10 - 13.70)	< 0.001*	3.98	(1.76 - 9.01)	0.001*
โรงพยาบาลศูนย์	4.51	(2.54 - 8.01)	< 0.001*	2.42	(0.90 - 6.49)	0.078
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ตรวจต่อวัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 คนต่อวัน	1.00		Ref.	1.00		Ref.
มากกว่า 45 คนต่อวัน	5.72	(3.72 - 8.80)	< 0.001*	4.11	(1.99 - 8.50)	< 0.001*
การมีปัญหาด้านการทำงานกับเพื่อนแพทย์ใช้ทุน						
ไม่มี	1.00		Ref.	1.00		Ref.
มี	10.71	(4.18 - 27.46)	< 0.001*	3.24	(0.89 - 11.82)	0.075
การมีปัญหาด้านการทำงานกับพยาบาล						
ไม่มี	1.00		Ref.	1.00		Ref.
มี	6.93	(3.44 - 13.94)	< 0.001*	3.18	(1.02 - 9.93)	0.046*
การมีปัญหาด้านการทำงานกับอาจารย์แพทย์						
ไม่มี	1.00		Ref.	1.00		Ref.
มี	34.49	(19.11 - 62.30)	< 0.001*	8.26	(3.88 - 17.56)	< 0.001*
การมีความคิดจะลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน						
ไม่มี	1.00		Ref.	1.00		Ref.
มี	26.48	(15.43 - 45.43)	< 0.001*	8.34	(4.17 - 16.67)	< 0.001*

Ref. คือ คำอ้างอิง (Reference)

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

วิจารณ์

1. ความสุขของภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

ในการศึกษาค้างนี้ พบความสุขของภาวะหมดไฟในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 53.7 โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ศรัณย์ และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟจากการทำงานในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณโดยพบความสุขของภาวะหมดไฟจากการทำงาน ร้อยละ 5.63 จะเห็นได้ว่าแพทย์ใช้ทุนนั้นมีความสุขของภาวะหมดไฟจากการทำงานสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านมาก ซึ่งอาจเกิดจากการที่แพทย์ใช้ทุนนั้นมักต้องรับผิดชอบในบทบาทที่หลากหลายและขาดการกำกับดูแลจากแพทย์เฉพาะทางอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มักเกิดการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ภาระงานต่อแพทย์หนึ่งคนเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้ระบบการอยู่เวรที่ถี่กว่าและมีการทำงานต่อเนื่องยาวนานกว่าโดยไม่มีบุคลากรทดแทนได้ง่าย ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านแม้จะมีภาระการเรียนรู้ที่เข้มข้น แต่ก็ได้รับความสนับสนุนจากทีมแพทย์เฉพาะทางอาวุโสและบุคลากรในระบบที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรมากกว่า จึงอาจทำให้มีความสุขของภาวะหมดไฟจากการทำงานต่ำกว่าแพทย์ใช้ทุน

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาในครั้งนีกับการศึกษาของ วิทวัส และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟของแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 1 ในประเทศไทย พบความสุขของภาวะหมดไฟจากการทำงาน ร้อยละ 48.1 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษา

อย่างไรก็ตามในการศึกษาดังกล่าวพบว่ามีภาวะหมดไฟจากการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล ในระดับสูงร้อยละ 83.5, 74.8 และ 66.5 ตามลำดับ โดยในการศึกษาค้างนี้พบภาวะหมดไฟจากการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เพียงร้อยละ 49.6 ซึ่งความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จาก องค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มแพทย์ใช้ทุนปีแรกนั้นกำลังเผชิญกับช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในวิชาชีพ จากการเรียนรู้สู่การเป็นผู้รับผิดชอบเต็มตัวภายใต้สภาพแวดล้อมใหม่และภาระงานที่หนักหน่วงอย่างฉับพลัน ทำให้มีโอกาสปรับตัวเข้ากับการทำงานและระบบบริการสุขภาพได้น้อยกว่าแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่สูงกว่า ซึ่งได้ผ่านช่วงเวลาของการปรับตัวเบื้องต้นมาแล้วและมีความคุ้นชินกับระบบงานที่ต้องเผชิญ จึงส่งผลให้ระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์โดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ที่รวมแพทย์หลายชั้นปีนั้นมีค่าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการสำรวจในกลุ่มแพทย์ชั้นปีที่ 1 เพียงกลุ่มเดียว

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

การนอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับภาวะหมดไฟจากการทำงานโดยมีอัตราส่วนแอดมิตต่อที่ปรับค่าเป็น 2.98 เท่า โดยผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ของ Saintila และคณะ⁽¹⁸⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเวลาในการนอนหลับกับภาวะหมดไฟจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ในเปรู โดยในประเทศไทยนั้น

แพทย์ใช้ทุนมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเวอร์หรือจำนวน
กะในการทำงานที่สูง จึงสามารถทำให้แพทย์ใช้ทุน
ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ และอาจส่งผลกระทบต่อ
ต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากภาวะนอน
ไม่พอส่งผลกระทบต่อความไม่สมดุลของระบบประสาท
อัตโนมัติและการควบคุมอารมณ์ ซึ่งการควบคุม
อารมณ์ที่บกพร่องนี้อาจนำไปสู่ปัญหาในการปฏิบัติ
งานและเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหมดไฟจาก
การทำงานได้

การใช้ทุนอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป
มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับภาวะหมดไฟจาก
การทำงาน โดยมีอัตราส่วนคัมต่อที่ปรับค่าเป็น
3.98 เท่า โดยทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลทั่วไปมักต้อง
รองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณมากและมีความซับซ้อน
ของโรคสูง เมื่ออ้างอิงข้อมูลของการศึกษา
ของ อรทัย และคณะ⁽¹⁹⁾ จากสำนักพัฒนากลุ่ม
โรคร่วมไทย ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วย
ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ข้อมูล
ดังกล่าวระบุว่า ต้นทุนบริการผู้ป่วยเฉื่อยต่อราย
ของโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าสูงกว่า เมื่อเปรียบ
เทียบกับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึง
ความซับซ้อนของโรคผู้ป่วยที่สูงกว่าการที่ผู้ป่วย
มีความซับซ้อนของโรคสูงนี้ อาจส่งผลให้แพทย์
ใช้ทุนที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปต้องทำงาน
ภายใต้ความกดดันที่สูง มีภาระงานวิชาชีพและ
งานเอกสารที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องเผชิญกับ
สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการรักษาโรคที่
ซับซ้อนโดยมีข้อจำกัดด้านความช่วยเหลือจาก
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่การ
เกิดภาวะหมดไฟจากการทำงานได้ในที่สุด

การตรวจผู้ป่วยนอกมากกว่า 45 รายต่อวัน

มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับภาวะหมด
ไฟจากการทำงานโดยมีอัตราส่วนคัมต่อที่ปรับ
ค่าเป็น 4.11 เท่า แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีการศึกษา
ซึ่งพูดถึงความสัมพันธ์ของจำนวนผู้ป่วยกับภาวะ
หมดไฟจากการทำงานโดยตรง แต่เมื่ออ้างอิงการ
ศึกษาของ Huijuan และคณะ⁽²⁰⁾ ซึ่งศึกษาวิจัยเชิง
พรรณนาภาคตัดขวางเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ
ภาระงานที่มากเกินไปกับภาวะหมดไฟจากการทำงาน
ในมณฑลหนึ่งของประเทศจีน โดยพบว่าภาระงาน
ที่สูงเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับ
ภาวะหมดไฟจากการทำงานสำหรับแพทย์ใช้ทุน
แล้ว การมีจำนวนผู้ป่วยต่อวันสูง ถือเป็นการ
เพิ่มความต้องการของงาน (Job Demand) ใน
เชิงปริมาณ ทำให้เกิดสภาวะที่ความต้องการ
ของงานสูงเกินกว่าศักยภาพและทรัพยากรที่มี
อยู่จำกัด (Job Resource) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
เวลาที่มีในการตรวจรักษา และโอกาสในการ
พักผ่อนฟื้นฟูร่างกายที่อาจส่งผลให้เกิดความ
อ่อนล้าสะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Health
Impairment Process) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำ
ไปสู่ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และพัฒนาไปเป็น
ภาวะหมดไฟจากการทำงานในที่สุด⁽²¹⁾

การมีปัญหาด้านการทำงานกับพยาบาล

มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับภาวะหมด
ไฟจากการทำงานโดยมีอัตราส่วนคัมต่อที่ปรับ
ค่าเป็น 3.18 เท่า แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีการศึกษา
ซึ่งศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการมีปัญหาคับ
การทำงานกับพยาบาลกับภาวะหมดไฟจากการทำงาน
โดยตรง แต่เมื่ออ้างอิงจากการศึกษาของ
Sofia และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่าง

การมีความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับการเกิดภาวะหมดไฟจากการทำงาน ในการทำงานภายในโรงพยาบาลนั้น แพทย์ใช้ทุนจำเป็นต้องทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่น ๆ มากมาย โดยพยาบาลเป็นหนึ่งในสาขาที่แพทย์ใช้ทุนต้องร่วมทำงานด้วยมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นในห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน หรือห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ดังนั้น การมีปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลสามารถนับได้ว่าเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเครียดในงานและนำไปสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์และภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุนได้ในที่สุด

การมีปัญหาด้านการทำงานกับอาจารย์แพทย์ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับภาวะหมดไฟจากการทำงานโดยมีอัตราส่วนแต้มต่อที่ปรับค่าเป็น 8.26 เท่า เมื่ออ้างอิงการศึกษาของ Terry และคณะ⁽²³⁾ ซึ่งทำการศึกษาร่วมความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้านในรัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีความสัมพันธ์ในการทำงานกับอาจารย์แพทย์ที่ดี จะมีแนวโน้มในการพบภาวะหมดไฟจากการทำงานที่ต่ำกว่า จึงอาจอนุมานได้ว่า หากแพทย์ใช้ทุนได้รับการสนับสนุนทางวิชาชีพที่เพียงพอ รวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน และการให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดจากงาน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ลดโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และภาวะหมดไฟโดยรวมได้ ในทางกลับกัน ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับอาจารย์แพทย์ เช่น การถูกตำหนิรุนแรง การไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมหรือการขาดการชี้แนะในการดูแล

ผู้ป่วย อาจทำให้แพทย์ใช้ทุนรู้สึกว่าจะตนไม่ได้รับการสนับสนุน เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลในการทำงานและเพิ่มโอกาสของการเกิดความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) อันเป็นองค์ประกอบหลักของภาวะหมดไฟจากการทำงานได้

การมีความคิดจะลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับภาวะหมดไฟจากการทำงานโดยมีอัตราส่วนแต้มต่อที่ปรับค่าเป็น 8.34 เท่า ซึ่งเมื่ออ้างอิงจากการศึกษาของ Zanabazar และคณะ⁽²⁴⁾ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะหมดไฟจากการทำงานกับความตั้งใจลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อแพทย์ใช้ทุนมีภาวะเครียดและภาระงานที่มากอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะหมดไฟจากการทำงานและหากแพทย์ใช้ทุนขาดกลไกการเผชิญปัญหาหรือการสนับสนุนที่เหมาะสม ความเหนื่อยล้าดังกล่าวอาจทวีความรุนแรงจนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่ต้องการทำงานต่อและเพิ่มความคิดที่จะลาออกในที่สุด

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยแม้ว่าจะทำให้ทราบความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ แต่ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ก่อนและหลัง หรือบอกความเป็นเหตุผลของปัจจัยต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามลักษณะให้รายงานด้วยตนเอง (Self-reported

questionnaire) จึงอาจสามารถเกิดอคติจากการลืมข้อมูล (Recall bias) ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากความเป็นจริง

สรุป

การศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟจากการทำงานของแพทย์ใช้ทุนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยครั้งนี้ มีความชุกของภาวะหมดไฟจากการทำงานใกล้เคียงกับการศึกษาในแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 1 ก่อนหน้าและนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานที่สำคัญ คือ การมีชั่วโมงการพักผ่อนไม่เพียงพอ การมีภาระงานตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก การมีปัญหาในการทำงานกับเพื่อนร่วมงานและการมีความคิดจะลาออกจากการเป็นแพทย์ใช้ทุน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ใช้ทุนกับพยาบาลและอาจารย์แพทย์เพื่อช่วยลดภาวะหมดไฟและรักษาแพทย์ใช้ทุนให้อยู่ในระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://shorturl.asia/zRqaK>
2. Shanafelt TD, Boone S, Malak LM, Oreskovich KA, Dyrbye LN, Satele TL, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med 2012;172(18):1377–85.
3. Kaliniene G, Ustinavičienė R, Lukšienė D, Žutautienė R, Kirvaitienė J, Vaičiulis V. Does the level of burnout differ between occupational groups in Lithuania?. Front Public Health 2024;12:1364886.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบของการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อที่จะหาความเป็นเหตุเป็นผลได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลได้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในช่วงเวลาอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น อาจศึกษาตั้งแต่ช่วงเดือนแรก ๆ ที่แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานและทำการเปรียบเทียบกับช่วงท้ายของการใช้ทุน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะหมดไฟจากการทำงานมากน้อยเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และ ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกงศ์ ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจาก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ เพื่อเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา

4. Wichaidit K, Prasertchai A, Laoraksawong P. Burnout among medical personnel of public hospitals in Chumphon province. *J Ment Health Thailand* 2022;30(3):211–21.
5. ศรีณย์ ศรีคำ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
6. Surawattanasakul V, Siviroj P, Kiratipaisarl W, Sirikul W, Phetsayanavin V, Pholvivat C, et al. Physician burnout, associated factors, and their effects on work performance throughout first-year internships during the COVID-19 pandemic in Thailand: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2025;25:1967.
7. ชาลี นวรัตถ. ไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพอันดับ 5 ของโลก แต่ทำไม “หมอลาออก” ? [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/nOYX1>
8. ดิรยา เลิศหัตถศิลป์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554;56(4):437-48.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;53(3):397-422.
10. Langelaan S, Bakker AB, van Doornen LJP, Schaufeli WB. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences* 2006;40(3):521-32.
11. ทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วัลลภ ใจดี, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรณนทร์, นิภา มหารัษฎพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา* 2022;17(1):100-10.
12. Fernandes LS, Nitsche MJT, Godoy Id. Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Cien Saude Colet* 2018;23(1):203-14.
13. วรวรรณ จุฑา, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ต้นตริงสี. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2022;30(2):147-60.
14. Louangrath P. Sample size determination for non-finite population. *Southeast Asian J Sci* 2014;3(2):141–52.
15. Goetghebeur E. Book reviews :Lemeshow S, Homser DW Jr, Klar J, Lwanga SK 1990: Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons for WHO. *Statistical Methods in Medical Research* 1992;1(1):120.

16. นันทาวดี วรสุวิธ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2020;13(2):603-13.
17. วราภรณ์ เลิศวิสัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเทคนิคการแพทย์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
18. Saintila J, Soriano-Moreno AN, Ramos-Vera C, Oblitas-Guerrero SM, Calizaya-Milla YE. Association between sleep duration and burnout in healthcare professionals: a cross-sectional survey. *Front Public Health* 2024;11:1268164.
19. Khiaocharoen O, Prasertworakul C, Phongjetpuk A, Khatyod T, Srisirianun T, Lampu P, et al. Costs for COVID-19 inpatients in Thailand: a case study of Ministry of Public Health Hospitals. *J Health Sci Thai* 2024;33(4):719–31.
20. Mu H, Deng Y, Li Y, Sun W, Pan G, Geng Y, et al. Cross-sectional study of the association between burnout and work overload and work-life imbalance among medical personnel in Liaoning, China: role of specialty. *BMJ Open* 2024;14(6).
21. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86(3):499-512.
22. Safdar S, Alvi A, Jawaid A, Kaur P, Yawar R. Relationship between job burnout, interpersonal conflicts and intentions to leave. *Eur Online J Nat Soc Sci* 2020;9(1):1-12.
23. Terry DL, Bajwa P. Associations Between Supervisory Alliance, Medical Resident Distress, Burnout, and Self-Esteem. *Adv Med Educ Pract* 2024;15:1019-25.
24. Gonzales Y, Guevara-Delgado N, Alcahuaman J, Jiménez V, Osorio P. Burnout Syndrome and Intention to Leave: An Analysis of its Impact through a Systematic Review 2015-2025. *J Ecohumanism* 2025;4(1):4370–82.