

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

วันรับ : 4 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 3 ธันวาคม 2563
วันตอบรับ : 4 ธันวาคม 2563

นครินทร์ ชุนงาม, พ.บ.
โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา หาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน

วิธีการ : ศึกษาประชากรแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา สุ่มแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 185 คน ส่งแบบสอบถามไปรษณีย์ ประกอบด้วยแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต (TMHI-55) และแบบประเมิน ภาวะหมดไฟในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยสถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติถดถอยพหุแบบ stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนาย

ผล : อัตราการตอบกลับร้อยละ 60.5 กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 29.24 ปี คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ใน ระดับเท่ากับคนทั่วไปทั้งภาพรวมและแต่ละด้าน ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100 สุขภาพจิตมีความ สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในเชิงลบ โดยสุขภาพจิต การเป็นแพทย์เฉพาะทาง และความพึงพอใจในการทำงานสามารถ ทำนายภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลได้ร้อยละ 50.5 และ 45.5 ตามลำดับ ในขณะที่ สุขภาพจิต เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ทำนายภาวะหมดไฟด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้ร้อยละ 45.5

สรุป : แพทย์ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ละด้านในระดับสูง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสามารถทำนายภาวะ หมดไฟในการทำงานของแพทย์ได้ การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ ควรเป็นหนึ่งในความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ : แพทย์ ภาวะหมดไฟ สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : นครินทร์ ชุนงาม; e-mail: nakarinc@hotmail.com

Original article

Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province

Received : 4 June 2020

Revised : 3 December 2020

Accepted : 4 December 2020

Nakarin Choon-ngarm, M.D.

Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

Abstract

Objective: The objectives are to study the level of mental health status and job burnout syndrome among physicians in general hospitals and community hospitals in Nakhon Ratchasima province, the relationships between the mental health status and burnout syndrome and predictive factors of burnout syndrome in physicians.

Methods: A sample of 185 physicians in general hospitals and community hospitals of Nakhon Ratchasima were asked to answer the TMHI-55 questionnaire which were sent by mail. The questionnaire consist of burnout syndrome assessment form designed for public health officers. Pearson's product correlation coefficient was applied to calculate a relationship and stepwise multiple regression analysis to calculate predictive factors.

Results: The respond rate was 60.5%. The samples were 51.8% males with an average age 29.24 years old. Their mental health status was at the same level as the general population in all aspects including 43.7% with a high level of emotional exhaustion, 45.5% with a high level of depersonalization and 100% of with a high level of personal accomplishment. Mental health status had a negative correlation with burnouts syndrome Mental health status, specialty, and job satisfaction can predict emotional exhaustion and depersonalization by 50.5% and 45.5%, respectively. While mental health, female and working hours per week were predict personal success by 45.5%.

Conclusion: The burnout among physicians has been observed in all domain. Some risk and protective factors predicting burnout were reported. The burnout intervention for physicians should be considered as priority in health care system development in Thailand.

Keywords: burnout, mental health, physicians

Corresponding author: Nakarin Choon-ngarm; e-mail: nakarinc@hotmail.com

บทนำ

การทำงานในภาวะปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเครียดของพนักงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และผลกระทบต่อองค์กรได้ ได้มีการกล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับพนักงานที่เรียกว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน (job burnout) โดยให้นิยามว่า คือ กลุ่มอาการที่แสดงออกมาในลักษณะของความอ่อนเพลียทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความคับข้องใจ มีความรู้สึกที่ไม่ดี ไร้ความสามารถ ทำงานไม่สำเร็จ พบได้ในหลากหลายบริบทของการทำงานทั้งภาคบริการ อุตสาหกรรม ราชการ หรือเอกชน อันจะก่อผลเสียต่อองค์กรที่ไม่เพียงทำให้สูญเสียบุคลากร ยังทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสทางธุรกิจได้ ภาวะหมดไฟในการทำงานพบได้ในบุคลากรสุขภาพที่ต้องพบกับความเครียดในการทำงานระดับสูงแทบตลอดเวลาที่ทำงาน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) เป็นเรื่องสำคัญ¹ จัดเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (low personal accomplishment)^{1,2} ภาวะหมดไฟในงานนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในภายหลัง³ มุมมองด้านอาชีวอนามัยอธิบายว่าภาวะหมดไฟนี้เชื่อมโยงกับความเครียดจากการทำงานเรื้อรัง และมีหลักฐานการศึกษาที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุทางคลินิกและมีความคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า ทำให้การแยกความแตกต่างอาจทำได้ยาก จนมีแนวคิดที่ว่าความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟอาจเป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการทำงานนั่นเอง ในการประชุมองค์การอนามัยโลกเดือนพฤษภาคม 2562 ได้ระบุว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ และจะถูกระบุในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (The International Classification of Disease 11th: ICD-11) ด้วย¹

ในต่างประเทศมีการศึกษาภาวะหมดไฟในหลากหลายสาขาอาชีพ อาชีพบุคลากรทางสุขภาพเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง โดยเฉพาะแพทย์ทั้งที่เป็นแพทย์ประจำ และแพทย์ประจำบ้าน (residency)

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่ประเมินภาวะหมดไฟโดยแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) พบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกาและร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ^{5,6} ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์นั้นจัดว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตใจที่แสดงออกจากการตอบสนองที่ยืดเยื้อต่อความเครียดจากการทำงานเรื้อรังที่ยาวนาน อาจย้อนไปถึงขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ใช้ทุน⁷ ความชุกของภาวะหมดไฟในแพทย์ยังพบได้แตกต่างกันในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง การสนับสนุนทางสังคม และความเอาใจใส่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน⁸

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 29 แห่ง มีแพทย์ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 767 คน จากจำนวนที่ควรมี 859 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 ซึ่งยังไม่เพียงพอในภาพรวม มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะประมาณ 90 คนต่อปี การให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 1.2 ล้านครั้งต่อเดือน ผู้ป่วยในประมาณ 26,000 คนต่อเดือน แตกต่างกันตามขนาดโรงพยาบาล มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายและจากนอกจังหวัดด้วย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและส่งต่อจำนวนมาก และความคาดหวังจากผู้รับบริการสูง แพทย์ผู้ปฏิบัติงานมักเผชิญกับความเครียดอยู่ตลอดเวลา ผลการเก็บข้อมูลเบื้องต้นโดยผู้วิจัย ในช่วง พ.ศ. 2560 - 2563 มีแพทย์ใช้ทุนและแพทย์เฉพาะทางลาออกทุกปี ประมาณปีละ 1-3 คน มีการขอย้ายสถานที่ทำงาน (โรงพยาบาล) และมีแพทย์ที่มาปรึกษาเนื่องจากมีความเครียด และมีปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจอยู่เป็นระยะ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานหรืออุบัติเหตุจราจรของแพทย์ด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ความสัมพันธ์ของระดับสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ โดยมีการออกแบบคิดเรื่องปัจจัยส่วนตัวและการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต กับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์เป็นกรอบในการศึกษานี้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลบุคลากรแพทย์ทั้งด้านสุขภาพจิต

และป้องกันแก้ไขภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้นกับแพทย์ รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการบริหารงาน ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร ให้มีสุขภาพจิตที่ดีในการทำงาน มีการวางแผนและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ในที่สุด

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive surveys) ประชากร คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 6 เดือน ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาและเรียนต่อแบบเต็มเวลา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ได้ 185 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนโดยผู้วิจัยคัดเลือกจากรายชื่อแพทย์ทั้งหมดในจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ส่งและรับคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของ คนไทยฉบับสมบูรณ์ของกรมสุขภาพจิต 55 ข้อ (TMHI-55)⁹ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 เป็น rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย ถึง มากที่สุด การแปลผลใช้ตาม ช่วงคะแนนและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ คือ ช่วงคะแนน 179 - 220 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ช่วงคะแนน 158 - 178 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีเท่ากับ คนทั่วไป ช่วงคะแนน 157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน จากโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7¹⁰ จำนวน 22 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80 เป็น rating scale 7 ระดับ

ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง มีความรู้สึกเช่นนั้น ทุก ๆ วัน ลักษณะคำถามประกอบด้วยด้านความอ่อนล้า ทางอารมณ์ กับด้านการลดความเป็นบุคคลเป็นข้อคำถาม ทางลบ จำนวน 9 ข้อ และ 5 ข้อตามลำดับ ส่วนด้าน ความสำเร็จส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน ความอ่อนล้า ทางอารมณ์ระดับต่ำ คือ 0 - 16 คะแนน ปานกลาง 17 - 26 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การลดความเป็น บุคคลระดับต่ำ คือ 0 - 6 คะแนน ปานกลาง 7 - 12 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ คือตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32 - 38 คะแนน และสูงคือ 0 - 31 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ที่มีภาวะ หมดไฟในการทำงานสูงจะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทาง อารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความ ความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จะมี คะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้า ทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้าน ความสำเร็จส่วนบุคคลสูง โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจปัจจัยต่าง ๆ ในการทำงาน ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นด้าน ต่าง ๆ มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากการตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ (IOC) เท่ากับ .92 คำถามให้ตอบเกี่ยวกับประเด็น ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา/เพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัย ในการทำงาน นโยบายที่ต้องปฏิบัติ ผลตอบแทนจากงาน ปริมาณงาน ภาวะกดดันจากงาน และความยุติธรรม คำตอบ เป็นแบบ rating scale 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เป็นสาเหตุ จนถึง 5 คือ เป็นสาเหตุมากที่สุด

เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประยุกต์ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ หาค่าความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

และทำนายตัวแปรและหาตัวแบบที่ดีที่สุดในการทำนายโดยการถดถอยพหุ multiple regression analysis แบบ Stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์

การศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับการรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่โครงการวิจัย NRPH 050

ผล

จากกลุ่มตัวอย่างที่ส่งแบบสอบถาม 185 คน ได้รับแบบสอบถามที่มีครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนทั้งสิ้น จำนวน 112 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 60.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีสัดส่วนของเพศ อายุ ใกล้เคียงกับประชากรแพทย์ในจังหวัด และมีสัดส่วนแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงกัน เป็นแพทย์เพศชาย ร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 29.2 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแพทย์เฉลี่ย 4.3 ปี ให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ย 58.3 คนต่อวัน ทำงาน 76.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีเวรนอกเวลาราชการ 10.4 วันต่อเดือน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 92 และมีความคิดลาออกจากราชการ ร้อยละ 16.1 ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเฉลี่ยด้านสภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) และโดยรวมเท่ากับคนทั่วไปทั้งหมด มีสุขภาพจิตดีและเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 72.3 แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 23.51 (S.D. 11.06) อยู่ในระดับปานกลางด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.5 มีค่าเฉลี่ย 12.48 (S.D. 9.01) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 11.83 (S.D. 7.33) อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ -.533, -.466 และ -.629 ตามลำดับ มีค่า p-value < .05 มีความสัมพันธ์ในเชิงลบทั้งหมด ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 4

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression analysis แบบ Stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ละด้าน พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ สามารถทำนายได้ร้อยละ 50 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.384 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) -.345 (การเป็นแพทย์เฉพาะทาง) -.265 (ความพึงพอใจในการทำงาน) ด้านการลดความเป็นบุคคล สามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.428 (การเป็นแพทย์เฉพาะทาง) -.288 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) -.226 (ความพึงพอใจในการทำงาน) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล สามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 ได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -.677 (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต) +.202 (เพศหญิง) +.143 (ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์) แสดงดังตารางที่ 5

ส่วนปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา เมื่อเรียงตามลำดับ 5 อันดับแรก พบว่าปริมาณงาน (ความคิดเห็นเรื่อง การต้องดูแลผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวัน) เป็นสาเหตุสูงสุด รองลงมาคือ การต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง ผลตอบแทนจากงาน (การจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย) ภาวะกดดันจากงาน (การให้บริการต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่หยุดพัก) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันในผู้ป่วยที่ดูแล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 112)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	51.8
หญิง	54	48.2
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 29.2$ ปี S.D. = 5.6 Min = 24 ปี max = 53 ปี	
สถานะภาพ		
โสด	96	85.7
สมรส	16	14.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอมีเงินเก็บ	100	89.3
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	12	10.7
การทำเวชปฏิบัติส่วนตัว		
ไม่ทำ/ไม่เปิดคลินิก	93	83.0
เปิดคลินิกส่วนตัว/รพ.เอกชน	19	17.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)	$\bar{X} = 4.3$ ปี S.D. = 5.0 Min = 1 ปี max = 28 ปี	
ตำแหน่งนายแพทย์		
ปฏิบัติการ	83	74.1
ตั้งแต่ชำนาญการขึ้นไป	29	25.9
ความเชี่ยวชาญ		
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	81	72.3
สาขาเฉพาะทาง	31	27.7
จำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการเฉลี่ยต่อวัน	$\bar{X} = 58.3$ ราย S.D. = 23.0 Min = 10 ราย max = 120 ราย	
จำนวนชั่วโมงทำงานรวมเฉลี่ยต่อสัปดาห์	$\bar{X} = 76.9$ ชม. S.D. = 24.6 Min = 8 ชม. max = 122 ชม.	
จำนวนวันที่อยู่เวรเฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X} = 10.4$ วัน S.D. = 4.7 Min = 0 วัน max = 25 วัน	
ระดับความพึงพอใจในการทำงาน		
ไม่ค่อยพอใจ	9	8.0
พอใจ	103	92.0
ความคิดต่อการลาออกจากราชการ		
มีความคิด	18	16.1
ไม่มีความคิด	94	83.9

ตารางที่ 2 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวนแพทย์ : คน (ร้อยละ)		
		สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
ด้านสภาพของจิตใจ	42.28 (4.25)	9 (8.1)	78 (69.6)	25 (22.3)
ด้านสมรรถภาพของจิตใจ	42.65 (5.21)	21 (18.8)	55 (49.1)	36 (32.1)
ด้านคุณภาพของจิตใจ	45 (6.01)	21 (18.8)	51 (45.5)	40 (35.7)
ปัจจัยสนับสนุน	37.04 (4.81)	33 (29.5)	64 (57.1)	15 (13.4)
โดยรวม	166.96 (15.8)	25 (22.3)	56 (50)	31 (27.7)

ตารางที่ 3 ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวนแพทย์ : คน (ร้อยละ)		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	23.51 (11.06)	32 (28.6)	31 (27.7)	49 (43.7)
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.48 (9.01)	28 (25)	33 (29.5)	51 (45.5)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	11.83 (7.33)	0 (0)	0 (0)	112 (100)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต กับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		
	ความอ่อนล้าทางอารมณ์	การลดความเป็นบุคคล	ความสำเร็จส่วนบุคคล
โดยรวม	-.533**	-.466**	-.629**

*p < .05 (2-tailed), **p < .001 (2-tailed)

วิจารณ์

จากระดับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ทั้งด้านสภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน และโดยรวม เท่ากับคนทั่วไปทั้งหมด เช่นเดียว กับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{9,11,12} แสดงว่าแพทย์ยังมีสุขภาพจิตที่ดี หรือสามารถปรับตัวจัดการกับความเครียดหรือสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดความกดดันได้

ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในการศึกษานี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และ

ด้านการลดความเป็นบุคคล คะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.7 และ 45.5 ตามลำดับ แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองด้าน แต่ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Romani M และ Ashkar K¹³ พบความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความเครียดในการทำงานสูง เกิดภาวะหมดไฟทั้ง 3 ด้านเช่นกัน แตกต่างกับการศึกษาของ ณรงค์ พิมพา และคณะ¹⁴ พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสุโขทัย มีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านความรู้สึกที่มีต่อ

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($R = .707$, $R^2 = .500$, constant 80.657)				
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.269	-.384	-5.257	< .001
การเป็นแพทย์เฉพาะทาง	-8.496	-.345	-4.875	< .001
ความพึงพอใจในการทำงาน	-10.727	-.265	-3.68	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล ($R = .674$, $R^2 = .455$, constant 42.132)				
การเป็นแพทย์เฉพาะทาง	-6.935	-.428	-5.790	< .001
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.133	-.288	-3.776	< .001
ความพึงพอใจในการทำงาน	-6.028	-.226	-3.009	.003
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ($R = .675$, $R^2 = .455$, constant 59.616)				
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	-.314	-.677	-9.201	< .001
เพศ (หญิง)	2.944	.202	2.739	.007
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	.042	.143	2.006	.047

ผลสำเร็จในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้จากอายุ ความภาคภูมิใจในงาน และการปรับตัวในการทำงาน ในขณะที่ การศึกษาของตริยา เลิศหัตถศิลป์¹⁵ ที่ศึกษาในจิตแพทย์ไทย พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับ ปานกลางและสูง ด้านการลดความเป็นบุคคลที่อยู่ในระดับต่ำ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ สอดคล้อง กับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแพทย์มี ศักยภาพในการปรับตัวต่อปัญหา มีความสามารถในการแก้ไข ปัญหา มีความรู้สึกที่ดีกับการดูแลผู้ป่วย^{14,15} แม้เกิดภาวะ ยุ่งยากกดดันจากการที่แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากหรือ ชับซ้อนแต่ยังสามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในต่างประเทศ^{3,6} พบว่าความกดดันด้านการ ดูแล เวลา ภาระงานที่มากเกินไปตามความรู้สึกของตนเองเป็น ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ส่วนการ ได้รับการยอมรับจากสังคมสูง มีความรู้สึกที่ดีต่ออาชีพนี้ตั้งแต่ ก่อนเข้าศึกษา จนสำเร็จการศึกษามาทำงาน มีความตั้งใจใน การดูแลผู้ป่วย มีการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ถือเป็นปัจจัยป้องกันที่มีความสำคัญต่อภาวะหมดไฟ โดยที่

Maslach อธิบายว่าการสัมผัสกับความเครียดเป็นเวลานานมัก เป็นสาเหตุหลักของความอ่อนเพลียทางอารมณ์และแสดงออก ถึงการสูญเสียความกระตือรือร้นในการทำงานรู้สึกหมดหนทาง ติดกับดักและพ่ายแพ้ การลดความเป็นบุคคลเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ รักษาผู้ป่วยและพัฒนาทัศนคติเชิงลบต่อเพื่อนร่วมงานและ อาชีพของพวกเขา ความไร้ประสิทธิภาพหรือขาดความรู้สึกรักของ ความสำเร็จส่วนตัวมาจากการถอนตัวจากความรับผิดชอบและ การปลีกตัวออกออกจากงานของแต่ละบุคคล⁴

ความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตกับภาวะ หมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา มีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็น บุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ -.533, -.466 และ -.629 ตามลำดับ ซึ่งทุกด้านมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบใน ระดับปานกลาง เมื่อตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะ มีค่าต่ำ องค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าความเหนื่อยหน่าย อาจเกิดขึ้นจากการจัดการกับความเครียดจากการทำงานที่ไม่ ประสบความสำเร็จ จึงส่งผลให้กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้น ยังมี

หลักฐานที่บ่งชี้ว่าความเหนื่อยหน่ายนั้นเป็นสาเหตุทางคลินิก และคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาที่เปรียบเทียบโดยตรงกับอาการซึมเศร้าในคนที่มีภาวะหมดไฟและผู้ป่วยซึมเศร้า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการวินิจฉัยระหว่างสองกลุ่ม และคนที่มีภาวะหมดไฟมีอาการซึมเศร้ามากเท่ากับผู้ป่วยเองด้วย^{16,17} โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการภาวะหมดไฟจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า¹⁷ จึงทำให้เกิดมุมมองเรื่องภาวะหมดไฟเป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจแยกออกจากกันได้ยาก

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ คือปริมาณงานที่หนัก (work load) จากการดูแลผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวัน และต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง ร่วมกับการจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย และปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝัน จากการศึกษาของ Shanafelt¹⁸ รายงานว่าแพทย์ที่มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูงมักมีรายงานว่ามีความเสี่ยงต่อการแพทย์มากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุคือ ปริมาณงานที่หนัก (work load) และความเครียดในการทำงาน (work stress) เป็นลำดับต้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel³ และ Maslach¹⁹ ที่อธิบายว่างานของแพทย์เป็นงานในลักษณะที่เน้นปริมาณ มีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณงานภายใต้ความกดดันด้านเวลา กับภาวะหมดไฟในการทำงานซึ่งเป็นภาระงานที่มากเกินไป แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบภาระงานเฉพาะบางอย่าง เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อวัน จำนวนวันที่อยู่เวรต่อเดือน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากบทบาทการทำงานของแพทย์ไทยไม่จำกัดเพียงการตรวจผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีภาระงานด้านอื่น ๆ ในบทบาทที่মনาขององค์กร และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น ปัญหาจากชีวิตส่วนตัว และบุคลิกภาพส่วนตัว นอกจากนั้น ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ เช่น บริบทสถานที่ทำงาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บริหาร การมีที่ปรึกษาที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น¹⁹⁻²²

ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด

นครราชสีมาในการศึกษานี้ ข้อค้นพบในแต่ละด้านจะมีปัจจัยดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต แม้มีความสัมพันธ์ในเชิงลบแต่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับปานกลาง โดยหากมีสุขภาพจิตที่ดีภาวะหมดไฟในการทำงานจะลดลงไปด้วย อาจอธิบายได้จากการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาได้ดี มีความเข้าใจปัญหา ลดความคาดหวัง มีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยลง ดังเช่นที่ Cherniss²¹ พบว่าผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในช่วงแรกที่สามารถปรับตัวได้ จะมีภาวะหมดไฟน้อยลงเรื่อย ๆ และกลับมาทุ่มเทรับผิดชอบงานได้มากขึ้น โดย Maslach¹⁹ อธิบายปรากฏการณ์นี้ว่า อคติจากการเหลือรอด (survival bias) คือ ผู้ที่มีความทนทานในการทำงานตั้งแต่แรกเข้าทำงานมักออกจากงานไปในที่สุด ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ปรับตัวได้จึงคงอยู่ในงานต่อไป การเป็นแพทย์เฉพาะทาง (specialist) เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ การเรียนรู้ที่ผ่านประสบการณ์มากขึ้น มีความรู้ความสามารถมากขึ้น และยังมีอำนาจในการบริหารจัดการตนเองและทีมได้มากกว่าเดิม มีเทคนิคการจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่ดีกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย มีวิธีการจัดการกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความเข้าใจในผู้ป่วยมากขึ้น ลดความคาดหวังลง ทำให้ความเหนื่อยล้าหรือภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง เช่นกันกับความพึงพอใจในการทำงานที่ส่งผลต่อการยอมรับการทำงานที่ตนเองได้เลือกและตั้งใจแก้ไขปัญหานั้น เมื่อประสบปัญหาในการทำงานสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานได้ ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานที่ลดลง โดย วิลลิก วิชานูเจริญสุข²² ได้ศึกษาพบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมาจากการสนับสนุนจากองค์กร การมีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถ ส่งเสริมให้มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น คล้ายกับการศึกษาของตริยา เลิศหัตถศิลป์¹⁵ ที่ศึกษาในจิตแพทย์พบว่าปัจจัยที่ทำนายทั้งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล คือ ความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน ส่วนด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิง ชั่วโมงการทำงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ปัจจัยทำนายด้านความ

สำเร็จส่วนบุคคล พบว่าเพศมีความสำคัญ โดยเพศหญิงมีความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลมากกว่าชาย ตามแนวคิดของ Leiter²³ ความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลงนั้น อาจมาจากการรู้สึกว้าวุ่นไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงในครั้งแรก โดยเพศชายให้ความสำคัญกับความสามารถของตนในความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน จึงอาจรู้สึกว้าวุ่นไปถึงเป้าหมายที่ต้องการและรู้สึกประสบความสำเร็จน้อยกว่าเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับเรื่องความสัมพันธ์และการสนับสนุนการทำงานมากกว่า ส่วนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เป็นสาเหตุของความเครียดในการทำงาน ซึ่งภาระงานที่สูงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีณีย์ ศรีคำ²⁰ ที่ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า การปฏิบัติงานชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ และความไม่พึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ส่วนการสนับสนุนจากองค์กร การมีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถ เป็นสิ่งสนับสนุนให้มีความพึงพอใจในการทำงานได้เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{15,18,20} การบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม และมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงมีภาระงานในปริมาณที่เหมาะสม เพิ่มการดูแลหรือให้คำปรึกษาในกลุ่มที่มีโอกาสมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูง ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการรับมือกับความเครียด สร้างความภาคภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในงานที่ทำ และสร้างทักษะในการบริหารจัดการตนเอง จึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการดูแลแพทย์อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ทศนคติต่อคำว่าภาวะหมดไฟในการทำงานอาจเป็นความรู้สึกทางลบและทำลายต่อการยอมรับ แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ตอบตามความเป็นจริงทั้งหมด และจากอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่มีเพียงร้อยละ 60.5 ซึ่งกลุ่มที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมาก ไม่ต้องการให้ข้อมูล หรือเลี่ยงคำตอบที่เป็นจริง ยุ่งยากใจ ดังนั้นหากปรับวิธี

การเก็บข้อมูลโดยวิธีอื่น เช่น แบบสอบถามใน google form ที่ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นและไม่แสดงความเป็นส่วนตัว หรือปรับเป็นการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล (in-depth interview) หรือการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (focus group) อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกจากนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางจึงทราบเพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา แต่ไม่สามารถบอกสาเหตุหรือผลได้

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษารั้ครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแพทย์ในจังหวัดนครราชสีมามีปัญหาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานมากใน 2 ด้าน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์เพิ่มเติมนอกจากนี้ควรคำนึงถึงรูปแบบการช่วยเหลือตามบริบทของแพทย์ไทยในระบบสาธารณสุขเพื่อลดความเหนื่อยล้าในการทำงาน การสนับสนุนการทำงานของแพทย์ เช่น โอกาสในการทำงาน การเรียนต่อ การเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอ การพัฒนาศักยภาพหรือพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการพัฒนาประสบการณ์ทั้งในด้านบริหารจัดการ ระบบการทำงาน ทีม การดูแลจิตใจตนเองเมื่อประสบปัญหา มีแพทย์ที่ปรึกษา แพทย์พี่เลี้ยง หรือกลุ่มที่ช่วยให้คำปรึกษาและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งจะสามารถช่วยให้แพทย์ได้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับคนทั่วไป และภาวะหมดไฟในการทำงานในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในระดับปานกลาง แต่มีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง และมีปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งหลายปัจจัยหากได้รับการแก้ไขที่ดีจะช่วยป้องกันและลดภาวะนี้ได้

ความรู้เดิม : ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ เป็นปัญหาที่สำคัญแต่ยังมีการศึกษาจำกัดในประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ โดยปัจจัยด้าน สุขภาพจิต การเป็นแพทย์เฉพาะทาง ความพึงพอใจในการทำงาน เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ สามารถทำนายภาวะหมดไฟในด้านต่าง ๆ ได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ เป็นหนึ่งประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในแพทย์อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Burn-out an “Occupational phenomenon”: international Classification of Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
2. กมลพร วรรณฤทธิ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน [burnout syndrome] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ต.ค. 2562]. จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385
3. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factor related to physician burnout and its consequences: a review. Behav Sci (Basel). 2018;8(11):98. doi:10.3390/bs8110098.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
5. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et. al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. JAMA. 2008;320:1131–50. doi:10.1001/jama.2018.12777.
6. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. Dis Colon Rectum. 2017;60:567-76. doi:10.1097/DCR.0000000000000844.
7. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15:103-11. doi:10.1002/wps.20311.
8. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. JAMA. 2018;320:1114-30. doi:10.1001/jama.2018.12615.
9. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, และคณะ. การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2550 [Thai mental health study 2007]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนัน; 2552.
10. นันทาวดี วรสุวิธ, มนัสพงษ์ มาลา, กุลิสรา พิศาลเอก. โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 [The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for Health Region 7 Health Officials: EPI-BP Model]. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7; 2560.
11. ภักศพล วงศ์นาตาล, ฟาติยะห์ หะยี, ฟาติมะ นู่งอาหลี, ภักทรวดี แก้วเนตร, ภัสสร ชัยมุสิก. สุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา [Mental health of personnel in Meung Songkhla Hospital, Songkhla]. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา; 2554.

12. มัณฐวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ. สุขภาพจิตของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขในเครือข่ายภาคใต้ [Mental health of personnel in Southern College Network]. เอกสารประกอบการประชุม : การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ร่วมมือ ร่วมพลัง มุ่งหวังสู่สุขภาพจิตดีในปี 2563 ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; กรุงเทพฯ.
13. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014;9:23556. doi:10.3402/ljm.v9.23556.
14. ณรงค์ พิมพ์, วิษณุ มงคลคำ, สุทธิชัย ศิรินว. การศึกษาความท้อแท้และสาเหตุของความท้อแท้ของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย [The study of burnout and its causes, among medical doctors who work in the hospitals attached to the ministry of public health in Sukhothai Province] [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
15. ดิเรยา เลิศทัศนศิลป์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย [Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2554;56:437-48.
16. Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burn Res.* 2014;1:29-37. doi:10.1016/j.burn.2014.03.003.
17. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? a re-examination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management.* 2014;21:307-24. doi:10.1037/a0037906.
18. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russel T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251:995-1000. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bdfdb3.
19. Maslach C, Schaudeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
20. ศรีณย์ ศรีคำ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
21. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *Journal of Organization Behavior.* 1992;13:1-11. doi:10.1002/job.4030130102.
22. วัลลภ วิชาญเจริญสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ [Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical company] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
23. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organization Behavior.* 2006;12:123-44.