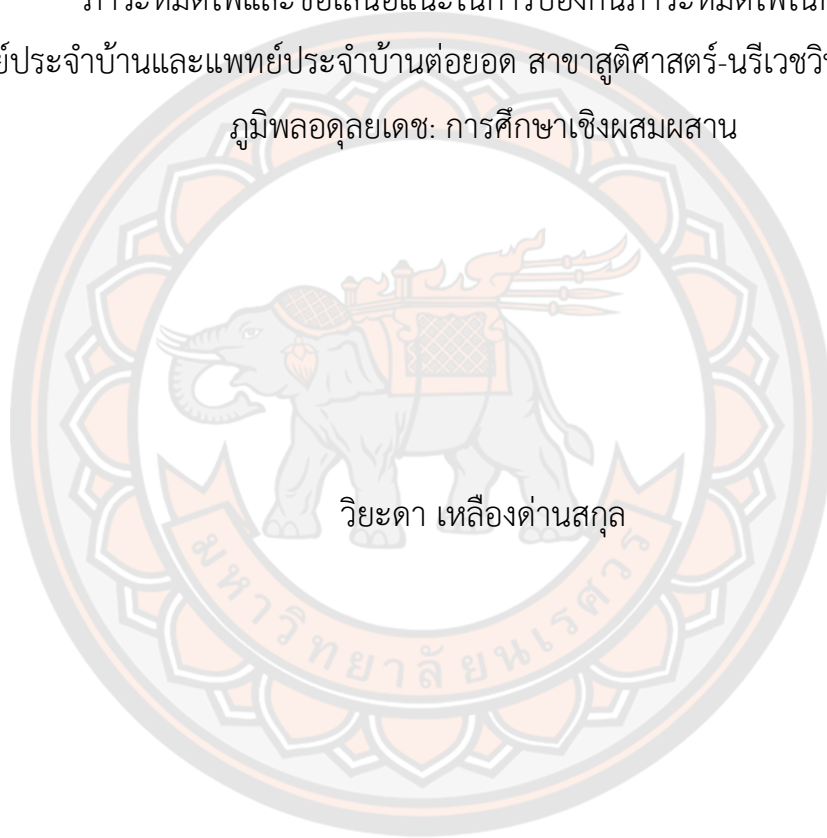




ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของ  
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาล  
ภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน



วิยะดา เหลืองด่านสกุล

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของ  
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาล  
ภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง " ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน  
ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิ  
พลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน"  
ของ วิยะดา เหลืองดำนสกุล  
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุจิตา สัมฤทธิ์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ยุทธพงศ์ พุทธรักษา)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอินทิพร โฆษิตานุกุล)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์อภิรัตน์ หวังธีระ  
ประเสริฐ)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



<b>ชื่อเรื่อง</b>	ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟ ในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษา เชิงผสมผสาน
<b>ผู้วิจัย</b>	วิยะดา เหลืองต่านสกุล
<b>ประธานที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ยุทธพงศ์ พุทธิรักษา
<b>กรรมการที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอินทิพร โฆษิตานุกุทธิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ วท.ม. วิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
<b>คำสำคัญ</b>	ภาวะหมดไฟในการทำงาน สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา แพทย์ประจำ บ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด การศึกษาเชิงผสมผสาน

#### บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหมดไฟในการทำงานและความเหนื่อยล้าโดยรวมพบระดับสูงในแพทย์ประจำบ้าน พบภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ร้อยละ 58-83 ไม่พบรายงานของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาในประเทศไทย วัตถุประสงค์: เพื่อหาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยป้องกัน และข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน วัสดุและวิธีการ: การศึกษาเชิงผสมผสานประกอบด้วยการสำรวจและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างรายบุคคลในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบทดสอบภาวะหมดไฟใช้ Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย และคำถามกึ่งโครงสร้างได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา: ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอร์ไทล์ (Interquartile range) และสถิติเชิงอนุมาน: Fisher's exact test, Student t-test และ Mann-Whiney U test. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษา: ผู้ร่วมตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ทั้งหมด 19 คน พบภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ร้อยละ 63.2 (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือลดความเป็นบุคคลระดับสูง) สัดส่วนรายด้านของภาวะ

หมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง และ ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ร้อยละ 57.9, 15.8 และ 47.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ โปรแกรมการฝึกอบรม ระดับชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน สถาบันที่จบการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า หรือค้างจ่าย ปีที่ปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในวิชาชีพ ชั่วโมงการทำงานนอกเวลา จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด ชั่วโมงการนอน และการสอบ เมื่อทำการวิเคราะห์แก่นสาระของข้อมูลเชิงคุณภาพพบ 14 ประเด็นที่เป็นปัจจัยการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ภาระงานมาก ขาดความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ระบบการเรียนการสอนและการสอบ การทำวิจัย งานเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ วัฒนธรรมองค์กร ความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ภาระการเรียน กฎระเบียบโรงพยาบาล กอง และค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วย อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน บทบาทในครอบครัว การเปลี่ยนจากแพทย์ใช้ทุนเป็นแพทย์ประจำบ้าน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมี 4 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์ และการจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะในการลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมี 5 ประเด็น ได้แก่ ต้องการเวลาว่าง การทำกิจกรรมบันเทิง การท่องเที่ยว ระบบการให้ค่าปรึกษา และการออกกำลังกาย สรุป: ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ร้อยละ 63.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถทำนายถึงของภาวะนี้ และข้อเสนอแนะเป็นข้อควรพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบในการป้องกันและดูแลภาวะหมดไฟในการทำงาน

<b>Title</b>	BURNOUT AND RECOMMENDATION TO PREVENT BURNOUT AMONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RESIDENTS AND FELLOWS IN BHUMIBOL ADULYADEJ HOSPITAL: A MIXED-METHOD STUDY
<b>Author</b>	WIYADA LUANGDANSAKUL
<b>Advisor</b>	Assistant Professor Yuthapong Buddharaksa, M.D.
<b>Co-Advisor</b>	Assistant Professor Inthiporn Kositanurit, M.D. Associate Professor Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.S. Thesis in Health Science Education (Type A 2), Naresuan University, 2022
<b>Keywords</b>	Burnout Obstetric and gynecology Residency and fellowship Mixed-method study

### ABSTRACT

Introduction: Burnout symptoms (BS) and overall weariness levels are higher in residents. Prevalence of BS in Obstetrics and Gynecology (OB-GYN) residents was varied between 58-83 %. But there was no previous reporting on the prevalence of BS in Thai OB-GYN residents and fellowships. Objectives: To assess the prevalence of BS, contributing factors, protective factors and suggestions for lowering BS. Materials and Methods: We performed a mixed-method study included surveys and semi-structured individual interviews in OB-GYN residents and Fellowships at Bhumibol Adulyadej Hospital, who were willing to participate in the study, between December 2021 and March 2022. The Thai version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) was used to assess burnout. Based on review of the literatures, semi-structured interviews were undertaken. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics; frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile length and inferential statistics; Fisher's exact test, student t-test and Mann-Whiney U test. The qualitative data were analyzed using a content analysis approach. Results: A total of 19 participants were surveyed replies and interviewed. Overall prevalence of OB-GYN residents and fellowships-BS was 63.2% (high emotional

exhaustion (EE) or high depersonalization (DP)). Proportion of participants with domain of high EE, high DP, and low personal accomplishment were 57.9%, 15.8%, and 47.4%, respectively. Significant contributing factors were age, training program, level of resident, institutes that have graduated medical studies, problems with late payments or outstanding payments, years of practice, satisfaction in the medical profession, extra work hours, the number of patients attended in-patient department, surgical procedures, hours for sleeping, and examinations. In addition, the thematic analysis revealed fourteen themes for factors contributing to BS included high workload and work-life balance, the education system and examination, research, paperwork and electronic system, cultural Values of Medicine, expectations of self and others, workload on education, regulations of hospitals, divisions, and compensation, relationship between self-care and patient, workplace equipment and environment, role of the family, transitioning from internship to residency, patient with complications, and work during the COVID-19 pandemic. Four protective factors for BS reduction included peer and family support, self-valued, support and protection from physician mentors and working rotation schedule. Five suggestions for BS reduction included need free time, entertainment activities, trips, counseling program and exercise. Conclusions: Prevalence of BS in OB-GYN residents and fellowships was 63.2%. Factors contributing to BS may predict the condition, and suggestions to help develop guidelines for BS prevention and care.



## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ยุทธพงศ์ พุทธิรักษา ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอินทิพร โฆษิตานุกฤติ และรองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมัชฌิการ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาอันมีค่านับตั้งแต่เริ่มจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ในการให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่อง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองสูตินรีกรรม แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก ตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณภาวิณี เย็นใจ นักวิชาการศึกษา คุณกรทิพย์ จีเพ็ชร นักวิชาการสถิติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีอาจากกล่าวได้ทั้งหมดในที่นี้ สำหรับกำลังใจและความช่วยเหลือต่าง ๆ

เหนือสิ่งอื่นใดผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนทุก ๆ ด้านอย่างดีตลอดการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการค้นคว้างานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

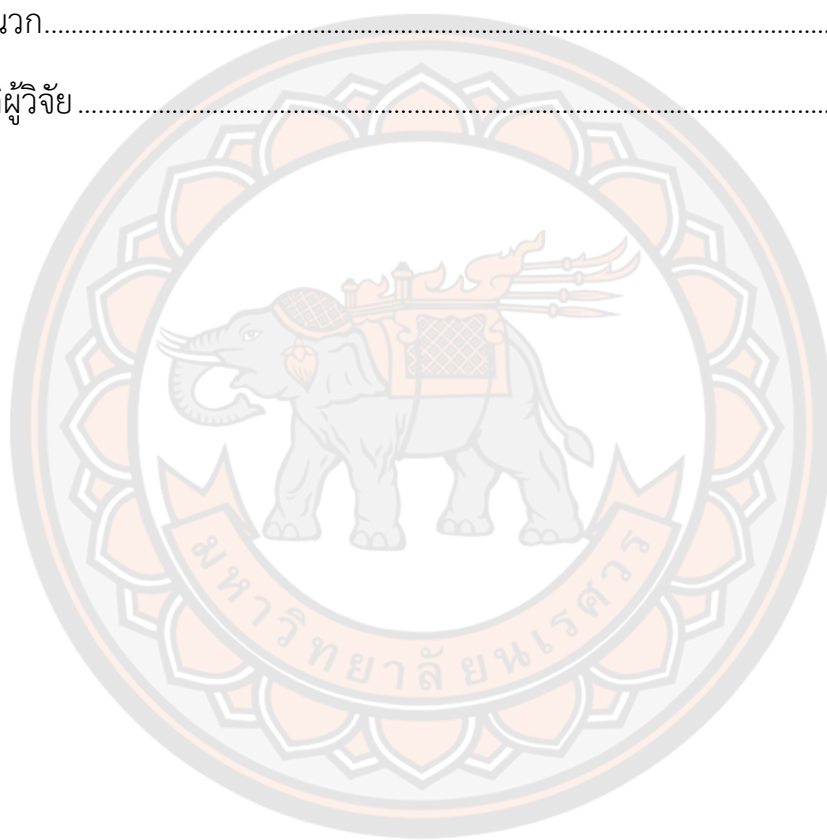
วิยะดา เหลืองด่านสกุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
ประกาศคุณูปการ .....	ช
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย .....	6
ขอบเขตของงานวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	10
การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	11
ปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	15
ผลกระทบเมื่อมีภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	18
การป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	18
การฝึกอบรมของแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา .....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	28

การศึกษาเชิงปริมาณ .....	28
การศึกษาเชิงคุณภาพ .....	45
การศึกษาเชิงผสมผสาน.....	52
กรอบความคิด.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย .....	56
รูปแบบการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล .....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	58
การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ .....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล .....	65
จริยธรรมการวิจัย .....	66
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	68
การศึกษาเชิงปริมาณ.....	69
ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป.....	69
ผลการศึกษาความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน ...	83
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	87
การศึกษาเชิงคุณภาพ .....	101
ความชุก ระดับ และความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	101
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	103
ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	111
ข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	112

บทที่ 5 บทสรุป.....	114
สรุปผลการวิจัย .....	114
อภิปรายผล .....	117
ข้อเสนอแนะ .....	127
บรรณานุกรม.....	129
ภาคผนวก.....	140
ประวัติผู้วิจัย .....	156



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1 การแปลค่าคะแนนแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน.....	14
ตาราง 2 ปัจจัยด้านลบและบวกในหน่วยที่หมุนเวียนต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์.....	17
ตาราง 3 สรุปประเด็นและข้อเสนอแนะของการศึกษาเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม.....	51
ตาราง 4 ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงคุณภาพ .....	63
ตาราง 5 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง .....	71
ตาราง 6 ข้อมูลทัศนคติต่องาน.....	75
ตาราง 7 ข้อมูลภาระงาน.....	77
ตาราง 8 ข้อมูลด้านการเรียน.....	80
ตาราง 9 ข้อมูลการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ....	82
ตาราง 10 การแปลผลระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน.....	83
ตาราง 11 ข้อมูลรายบุคคลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน .....	84
ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน .....	86
ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นเชิงปริมาณต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน .....	89
ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ Pearson's Chi squared .....	92
ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	96

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบความคิดการวิจัย.....	55
ภาพ 2 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลวิจัย.....	68



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome) ตามพจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย (2561) ของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายว่าเป็น การที่สมดุลชีวิตงาน และชีวิตส่วนตัวไม่ปรกติ ทำงานหนักเกินไป จนเกิดความเหนื่อยล้าสะสม มีความตึงเครียด จนขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน หรือในภาษาไทยเรียกภาวะนี้ว่าโรคหมดไฟ เบิร์นเอาต์ซินโดรม ภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ความเหนื่อยล้าในการทำงาน สำหรับการศึกษาที่ใช้คำว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามกรมสุขภาพจิต (2562) ในทางจิตวิทยาได้มีนักวิชาการที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจและพูดถึงปัญหาดังกล่าว ภาวะนี้เริ่มกล่าวขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิเคราะห์ชาวอเมริกันชื่อ Herbert Freudeberger (1974) ได้ให้คำความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน คือภาวะที่เกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลจากการทำงานที่เกิดขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์ และคำนี้ได้ขยายไปใช้กับวงการอื่นนอกเหนือวงการแพทย์ ต่อมาปี Maslach และ Johnson (1981) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์เรื้อรังต่องานที่ทำ ในรูปแบบคือ มีอารมณ์อ่อนเพลียหรือรู้สึกไม่มีอารมณ์ที่จะทำงาน เกิดภาวะ cynicism (ขาดความรู้สึกสนุกในการทำงาน ขาดแรงจูงใจในงานที่ทำ เป็นต้น) และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล

อาการที่เด่นชัดของภาวะหมดไฟจากการทำงาน ได้แก่ มองโลกในแง่ลบ วิจารณ์การทำงาน ในทางลบ ไม่อยากทำงาน เฝ้ารอว่าเมื่อไหร่จะถึงวันหยุด ขาดพลังและความสนใจในการทำงาน นอนไม่หลับ ขาดงานบ่อย พบมีอัตราการลาป่วยมากกว่าคนทั่วไปถึง 2-7 เท่า โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ โรคระบบทางเดินอาหารและไขหวัด ความรู้สึกตัวเองว่างเปล่า โกรธและหงุดหงิดเพื่อนร่วมงานหรือลูกค้า มีสีหน้าไม่รับแขก คิดว่างานของตนไร้ความหมาย ดึงอารมณ์ของตนออกจากเพื่อนร่วมงานหรือลูกค้า ไม่สูงส่งกับผู้ร่วมงาน ไม่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ๆ รู้สึกว่างานที่ตนทำไม่ได้รับการยอมรับ เมื่อตนเองทำผิดพลาดกลับไปตำหนิคนอื่นๆ คิดที่จะลาออกจากงาน หรือเปลี่ยนหรือลดบทบาทของตนเอง (ดุชฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2557; ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน และองค์กรในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ผลด้านร่างกาย อาจพบอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ ผลด้านจิตใจ บางรายอาจสูญเสียแรงจูงใจ หหมดหวัง รู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีอาการของภาวะ ซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับได้ หากอาการรุนแรงจะนำไปสู่โรคนอนไม่หลับเรื้อรัง ฝันร้าย อาจพบ

มีการใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับอารมณ์ และคิดฆ่าตัวตาย ผลต่อการทำงาน อาจขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงเช่นกัน อาจคิดเรื่องลาออก หรือคิดเลิกทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2562) ดังนั้นการเข้าใจระดับและสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานจะทำให้บุคคลจัดการกับตนเองและการทำงานได้อย่างเหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (2562) ได้รวมเอาภาวะหมดไฟจากการทำงาน จัดให้อยู่ในแนวทางการวินิจฉัยโรค ฉบับที่ 11 (The International Classification of Disease 11th: ICD-11) อย่างไรก็ตามแนวทางการวินิจฉัยฉบับเดิมคือ ICD-10 มีปรากฏภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ใน ICD-11 ได้เพิ่มเติมรายละเอียดมากกว่าเดิม แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ในทางการแพทย์ยังถือว่าภาวะหมดไฟจากการทำงานเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่ยังไม่ถึงขั้นเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะหมดไฟจากการทำงานตามแนวทางวินิจฉัยโรค ICD-11 ขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย คือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมี 3 อาการหลักประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือลูกค้า รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced personal accomplishment) (กมลพร วรณฤทธิ, 2562; ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2557)

มีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในอาชีพต่าง ๆ ได้แก่ พนักงานสอบสวน (ณิชชาภัทร อัมพรมุณี, 2564) ตำรวจ (ธีรญา ศรีใส และ ภิญโญ รัตนพันธ์, 2561) กำลังพลประจำเรือกองทัพเรือ (แป้งร่า ยงเจริญ, 2561) พยาบาล (บุญเอื้อ โจว, 2553) ครู (กำไล ปราณี, 2559) นักกีฬา (ฉัตรกมล สิงห์น้อย, 2551) ทนาย (วลีรัตน์ เชื้อ เทิดทูนภูกุช และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2017) พนักงานบัญชี (สมทรง คันธনী, ธาณี อังคัยศ, ญาณเดช ชื่นจิตต์ และนพดล คำพิทักษ์, 2563) พนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ (ปองกานต์ ศิโรรัตน์, 2563). พนักงานระดับปฏิบัติการของบริษัทเอกชน (ชิตชนก คุณเจริญ, 2560) พนักงานการเคหะแห่งชาติ (อิชฎา เจตินัย, รังสิมา หอมเศรษฐี และมณฑิรา จารุเพ็ง, 2563) พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน (กิตติพงษ์ เชี่ยวรุ่งโรจน์, 2548) พนักงานธนาคาร (อารีรัตน์ ปานศุภวัชร และประวีณ ปานศุภวัชร, 2561) บุคลากรในโรงพยาบาล (สายสัมพันธ์ จำปาทอง, 2554) บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการในมหาวิทยาลัย (เหมือนขวัญ จรงค์หนู และ นนทิรัตน์ พัฒนภักดี, 2563) ผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ (วัลลภ วิชาญเจริญสุข และสุนทร ศุภพงษ์, 2557) อาสาสมัครสาธารณสุข (มนัสพงษ์ มาลา, 2563) พนักงานองค์กรเภสัชกรรม (สสิพรรณ นิลสงวนเดชะ, 2558) เภสัชกร (วาริชาภา ศิวกาญจน์ และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์, 2554) สัตวแพทย์ (เจนจิรา เกียรติธนะบำรุง และสุนทรี ศักดิ์ศรี, 2561) นิสิตแพทย์ (Puranitee et.al., 2019) และ



นักจิตวิทยา (อรสา ใจจิณา, 2556) เป็นต้น ทั้งนี้ Alarcon (2011) ระบุว่าลักษณะงาน มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะอาชีพที่มีความต้องการจากงานสูงหรือทรัพยากรสนับสนุนบุคคลในการทำงานไม่เพียงพอ

สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง โดยเฉพาะแพทย์ที่เป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ประจำบ้าน (Residency) และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาเหตุเป็นเพราะต้องพบกับความเครียดในการทำงานระดับสูงแทบตลอดเวลา จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory-Human Services survey (MBI-HSS) พบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกา (Rothenberger, 2017) และร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ (Rotenstein et al., 2018) ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในประเทศไทยพบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูงร้อยละ 100 (นครินทร์ ชุนงาม, 2563) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาระงานที่มาก ทางแพทยสภา (แพทยสภา, 2560) ได้ให้ความสำคัญถึงสิ่งนี้ มีการปรับชั่วโมงการทำงานของแพทย์เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะเครียดจากการทำงานเรื้อรัง โดยได้ออกประกาศเรื่องกำหนดกรอบเวลาทำงานของแพทย์ภาครัฐ เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือนั้น โดยกำหนดให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ทำงานนอกเวลาราชการไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และระยะเวลาทำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ควรเกิน 16 ชั่วโมงติดต่อกัน และแพทย์ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ควรได้รับสิทธิจัดการอยู่เวรนอกเวลาราชการ นอกจากนี้ความเสี่ยงด้านสูญเสียการควบคุมซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้กับแพทย์ทุกคน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยบางครั้งไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และความขัดแย้งในด้านเวลาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีความต้องการพร้อมกันในหลายที่ทุกทิศทาง ทำให้ต้องเรียงลำดับการดูแล บางครั้งมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในตัวแพทย์ สาเหตุเหล่านี้เป็นตัวกักร่อนในคุณค่าชีวิตความเป็นแพทย์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานในสูตินรีแพทย์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตการทำงานพบประมาณร้อยละ 40-70 (Smith, 2017) สำหรับแพทย์ประจำบ้าน จากการศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานประมาณร้อยละ 44 ความชุกแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาอยู่ระหว่างร้อยละ 18 - 75 เหตุผลของความแตกต่างกันเนื่องมาจากการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างต่ำ (Moradi et al., 2016) มีการศึกษาในประเทศแคนาดา พบความชุกของภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 64 การลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 51 ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 25 และไม่ระบุชนิดของภาวะหมดไฟในการทำงานพบร้อยละ 73.7 (Al-Ma'mari, 2016) ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2547 มีการศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของ

แพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา พบมีปัญหาร้อยละ 29 มีอาการทางกายจากอาการทางจิตร้อยละ 18.1 ปัญหาการเข้าสังคมร้อยละ 11.9 ภาวะซึมเศร้าและความเครียด การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานโดยตรง (Prasertsiri, 2006)

แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเป็นสาขาที่มีภาวะเครียดจากการทำงานพบเป็นอันดับสาม รองจากอายุรกรรมโรคไต และอายุรกรรม (Agha, 2015) เนื่องจากมีภาระงานที่มาก ทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาให้กับตนเอง ครอบครัวและเพื่อน บางครั้งไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและอาจารย์ นอกจากนี้มีความแตกต่างของงานในแต่ละวัน เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะสุดท้ายเป็นการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ไม่เร่งด่วน แต่ทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรู้สึกหดหู่ท้อแท้ จนถึงภาวะที่ต้องเร่งด่วนและต้องทำงานแข่งกับเวลา เมื่อปฏิบัติงานในห้องคลอด สำหรับหอผู้ป่วยในมีอัตราการหมุนเวียนเตียงสูง ทำให้งานเอกสารรับผู้ป่วยใหม่ และการสรุปแฟ้มเวชระเบียนมีปริมาณมาก ด้านระบบการทำงานของแพทย์เน้นลำดับอาวุโส โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ดูแลผู้ป่วยเป็นลำดับแรก และปรึกษาตามลำดับชั้นของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สิ้นสุดที่อาจารย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เป็นบุคคลแรกในการสนทนาให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและเพื่อนร่วมงานต่างแผนก (Ironside, 2018; Rigby et al., 2019; Winkel et al., 2017) สำหรับด้านการศึกษาแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ต้องศึกษาทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา นอกจากนี้ยังต้องศึกษาทางด้านอายุรศาสตร์เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว และต้องมีความรู้เบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะการช่วยฟื้นคืนชีพ จะเห็นว่าความรู้ที่ต้องศึกษามีความหลากหลายและเกี่ยวข้องกับแพทย์หลายแผนกงานทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ เป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นถ้าผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้พบภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดขึ้นสูง ในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชานี้ (Rigby et al., 2019)

การฝึกอบรมเพื่อให้ได้วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ใช้เวลาการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 3 ปี มีการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ มีการประเมินทั้งความรู้ ทักษะ และสมรรถนะจากสถาบันที่ฝึกอบรมและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และส่งผลการสอบประเมินสำหรับการเลื่อนขั้นปีหรือจบหลักสูตรไปยังแพทยสภาเมื่อหมดปีการศึกษา การประเมินมีดังนี้ ความรู้ วิทยาศาสตร์พื้นฐานเป็นข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ ความรู้ทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเป็นข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ และข้อสอบชนิดสร้างคำตอบ เช่น Modified essay question (MEQ) และ ข้อสอบ Essay การสอบทักษะทางคลินิกรายสถานี (Objective structured clinical examination (OSCE))

ข้อสอบรายยาว (Objective structured long-case examination record (OSLER)) ด้านการทำงานและทักษะหัตถการ (Workplace-based assessment) ตรวจการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยงานวิจัย และนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมระดับประเทศของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จะเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยามีภาระงานที่มากทั้งด้านการทำงานและการเรียน สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดใช้เวลาการฝึกอบรม 2 ปี มีการทำงานและการประเมินเช่นเดียวกับแพทย์ประจำบ้าน

ในปี พ.ศ. 2563-2564 ประเทศไทยได้ประสบปัญหาภัยกับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 652,185 ราย เสียชีวิตสะสม 5,315 ราย จากสถานการณ์การระบาด พบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีภาระงานที่ไม่ใช่สายวิชาชีพเพิ่มขึ้น เช่น ชักประวัติหาความเสี่ยง ตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 และติดตามผลการตรวจ สำหรับผู้ป่วยในทุกราย ออกตรวจคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นแพทย์ในศูนย์ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่โรงพยาบาลสนามคู่กับอาจารย์แพทย์ เป็นต้น ส่วนงานทางด้านสายวิชาชีพของสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาลดลงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยทางนรีเวชกรรมลดลง จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดลดลง ผ่าตัดเฉพาะผู้ป่วยที่ฉุกเฉินเท่านั้น ทำให้มีผลกระทบต่อทักษะด้านหัตถการแต่ละช่วงหรือขั้นปี (Milestones) การทำงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด และรวมถึงตารางหมุนเวียน (Elective rotation) หรือการลาพักร้อน การทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่ภายใต้ความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 นอกจากนี้มีข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment (PPE)) บางคนอาจมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ Alrawashdeh et al. (2021) พบว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในงาน และภาวะหมดไฟในการทำงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kannampallil et al. (2020) ระบุว่าแพทย์ฝึกหัดที่สัมผัสผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าแพทย์ฝึกหัดที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ตั้งอยู่ทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมากกว่า 30 รุ่น รับแพทย์ประจำบ้านเข้าฝึกอบรมจำนวน 5 คนต่อปี แพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวน 3 คนต่อปี ในปีการศึกษา 2564 แพทย์สภานุมัติให้สถาบันฝึกอบรมรับแพทย์ประจำบ้านจำนวน 7 คนต่อปี ประเภทผู้ป่วยมีความหลากหลายครบตามที่หลักสูตรกำหนด ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีตั้งแต่ข้าราชการของกองทัพอากาศที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ประชาชนที่มีฐานะปานกลางจนถึงยากจน ในปีการศึกษา 2562-2564 พบว่ามีแพทย์ประจำบ้านขั้นปีที่ 1 ลาออกในช่วง 3 เดือนแรกของปี

การศึกษา ร้อยละ 20, 20 และ 28 ตามลำดับ และปีการศึกษา 2562-2563 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 และ 20 ตามลำดับ โดยการศึกษาของ Koutsimani et al. (2019) ระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ( $r = 0.520$ ,  $SE = 0.012$ ,  $95\% \text{ CI} = 0.492, 0.547$ ) ทั้งนี้ทางกองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุของการลาออกจากการฝึกอบรมมาก่อน ซึ่งภาวะหมดไฟอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้แพทย์ประจำบ้านลาออกจากการฝึกอบรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานเชิงปริมาณ (Prasertsiri et al., 2006; Becker et al., 2006; Castelo-Branco et al., 2007; Govardhan et al., 2012; Rua et al., 2015; Al-Ma'mari et al., 2016; Moradi et al., 2016; Bourne et al., 2019; Ofei-Dodoo et al., 2019) การศึกษาเชิงคุณภาพ (Winkel et al., 2017; Ironside, 2018) และการศึกษาเชิงผสมผสาน (Alrawashdeh et al., 2021) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาเป็นภาพรวมของทุกสาขาวิชา (ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; จามรี ณ บางช้าง, 2562; Chatlaong et al., 2020) และมีการศึกษาในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Charoentanyarak et al., 2020) ไม่มีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานเชิงผสมผสานแบบสามเส้า (mixed methods: triangulation design) ในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา การศึกษาเชิงผสมผสานแบบสามเส้า เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นำการศึกษาเชิงปริมาณมายืนยันร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะ นำไปสู่การวางแผนลดภาวะหมดไฟในการทำงานและลดผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงาน อันจะทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการเกิดภาวะหมดไฟในระหว่างการฝึกอบรม

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
3. เพื่อค้นหาข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

### ขอบเขตของงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบบสามเส้า การเก็บข้อมูลของการศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยเก็บข้อมูลทั้งสองไปพร้อมกัน การศึกษาเรื่องเดียวกัน (Across-method triangulation) โดยให้ความสำคัญวิธีการทั้งสองอย่างเท่าเทียมกัน และนำผลการศึกษามาสรุปร่วมกัน เพื่อที่จะหาภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และค้นหาข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟ ของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสุนัขสัตวศาสตร์-นรีเวชวิทยา

2. ขอบเขตด้านประชากร คือแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวนทั้งหมด 7 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 4 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 4 คน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จำนวน 3 คน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 2 จำนวน 3 คน รวมจำนวนแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสุนัขสัตวศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 21 คน โดยให้ทำแบบสอบถาม แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล

3. ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มตั้งแต่ ธันวาคม 2564 – มีนาคม 2565

### นิยามศัพท์เฉพาะ

แพทย์ประจำบ้าน คือแพทย์ที่เรียนจบแพทยศาสตรบัณฑิต ผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะระยะเวลา 1 ปี และแพทย์ใช้ทุนระยะเวลา 1-3 ปี สามารถเข้าฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 3-5 ปี แล้วแต่สาขาวิชาที่ศึกษาอบรม เมื่อจบการฝึกอบรมจะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีความสามารถสูงสุด สามารถแก้ปัญหาที่แพทย์สาขาอื่นทำไม่ได้

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด คือ แพทย์ที่จบแพทย์เฉพาะทาง เข้าฝึกอบรมต่อเพื่อลงรายละเอียดในสาขาวิชาบางอย่างในสาขาเฉพาะทางนั้นๆ ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 2 ปี

ภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง ภาวะของความอ่อนล้าของอารมณ์ จิตใจและร่างกายที่มีความเครียดสะสมจากการทำงานเป็นเวลายาวนาน แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และลดความสำเร็จส่วนบุคคล

ทัศนคติต่องาน หมายถึง ความคิดเห็นที่ส่งผลให้มีการแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบต่องานที่ปฏิบัติและวิชาชีพ ได้แก่ ความคิดเห็นของบุคคลที่แสดงออกมาเกี่ยวกับความพึงพอใจในวิชาชีพ แพทย์และการทำงาน การเคยมีความคิดในการลาออกจากงานหรือการฝึกอบรม และการไม่กลับมาในสายวิชาชีพที่ตนศึกษาถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง

ภาระงาน หมายถึง การปฏิบัติงานทั้งทางด้านการดูแลผู้ป่วยและงานเอกสารทางการแพทย์ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ ได้แก่ ภาระงานทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล งานเอกสาร จำนวนชั่วโมงในการนอน การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวร การมีอาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น หรือมีความเสี่ยงที่จะโดนฟ้องร้อง และปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน

ปัจจัยด้านการเรียน หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เรียนรู้ได้จากการลงมือกระทำและได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้กระทำลงไป (Active learning) และสามารถสอบผ่านเลื่อนชั้นปีหรือจบเป็นผู้เชี่ยวชาญตามที่คาดหวัง โดยมีอาจารย์ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือที่ปรึกษา (Mentor) ได้แก่ จำนวนของกิจกรรมทางวิชาการต่อเดือน จำนวนครั้งการสอบต่อปี งานวิจัย เวลาในการอ่านหนังสือ และอาจารย์ที่ปรึกษา

การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 คือ การที่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทำงานและเรียน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผลกระทบต่อการทำงานและการเรียนในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผลกระทบต่อการศึกษา

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน  
การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน  
ปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน  
ผลกระทบเมื่อมีภาวะหมดไฟในการทำงาน  
การป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน  
การฝึกอบรมของแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  
กรอบความคิด

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome) เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานและไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย นำไปสู่การวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้เกิดภาวะความเครียดสะสมนำไปสู่ปัญหาโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (Melamed et.al., 2006) เป็นต้น ในภาษาไทยเรียกภาวะนี้ว่า เบิร์นเอาต์ซินโดรม (พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย, 2561) ภาวะหมดไฟในการทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2562) ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ความเหนื่อยล้าในการทำงาน สำหรับศึกษานี้ใช้คำว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะนี้พบได้มากโดยเฉพาะอาชีพให้บริการ พบร้อยละ 15-50 สำหรับงานบริการทางด้านสุขภาพ บุคลากรทางสาธารณสุขมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป จากการศึกษาพบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกา (Rothenberger, 2017) และร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ (Rotenstein et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100

(นครินทร์ ชุนงาม, 2563) ภาวะหมดไฟในการทำงานในสูตินรีแพทย์ พบประมาณร้อยละ 40-70 (Smith, 2017) สำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จากการศึกษาแบบการ ทบสวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อถิมาน พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ประมาณร้อยละ 44 ความชุกแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาอยู่ระหว่าง ร้อยละ 18 ถึงร้อยละ 75 (Moradi, 2016)

### ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานได้กล่าวถึงครั้งแรกโดยนักจิตวิเคราะห์ชาวอเมริกันชื่อ Herbert Freudenberger (1974) ได้ให้คำความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน คือภาวะที่เกิดจาก ความเครียดและความวิตกกังวลจากการทำงานที่เกิดขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์ และคำนี้ได้ขยาย ไปใช้กับวงการอื่นนอกวงการแพทย์ ต่อมา Freudenberger (1980) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการ ปฏิบัติงานที่จะต้องอาศัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติงานจนหมดเรี่ยวแรงเพื่อให้บรรลุถึง ความมุ่งมั่นทุ่มเทแต่ไม่ประสบความสำเร็จตามคาดหวังจนเกิดอาการหมดกำลังใจ อ่อนล้า และท้อถอยกับชีวิตในการทำงาน

Maslach และ Johnson (1981) ได้ให้คำนิยามของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า เป็นภาวะ อ่อนล้าทางอารมณ์ และลดความเป็นตัวบุคคล ซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงานนี้เกิดขึ้นได้ระหว่าง บุคคลแต่ละบุคคลจากการทำงานในแต่ละชนิด โดย Maslach และ Johnson ได้แบ่งภาวะหมดไฟใน การทำงานออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มี แรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น

ด้านที่ 2 ด้านลดความเป็นบุคคล หมายถึง ภาวะของความรู้สึก นึกคิด เพื่อนร่วมงาน ลูกค้ำ และผู้รับบริการ จนทำให้เกิดผลของความสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งในทางลบ ต่อผู้มาติดต่อหรือรับ บริการ รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน เป็นการวัดความรู้สึกต่อผู้อื่นทางด้านลบ

ด้านที่ 3 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อตัวเองในเชิงของ ประสิทธิภาพ ความสามารถ และการมองตัวเอง

Potter (1997, อ้างถึงใน บุญเอื้อ โจ้ว, 2553) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลมีแรงจูงใจใน การทำงานลดลง และมีความรู้สึกเป็นการวัดความรู้สึกถึงความสามารถในการทำงานในทางลบ ว่าสิ่ง ที่ทำยุ่งยากซับซ้อนไปหมดโดยมีสัญญาณเตือนคือรู้สึกคับข้องใจ อารมณ์พล่าน การถอนตัวออกจาก สังคม การปฏิบัติงานต่ำ มีปัญหาสุขภาพ

พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย (2561) ของ กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของคำว่า “เบิร์นเอาต์ซินโดรม” ว่าเป็นการที่สมดุลงาน และ



ชีวิตส่วนตัวไม่ปรกติทำงานหนักเกินไป จนเกิดความเหนื่อยล้าสะสม มีความตึงเครียด จนขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน หรือเรียกว่าโรคหมดไฟ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) (2562) ได้ให้ความสำคัญและระบุภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ใน ICD-11 โดยกำหนดให้ภาวะหมดไฟในการทำงานใช้เฉพาะกับงานอาชีพหรือที่ทำงาน ไม่ใช่โรคทางการแพทย์ เดิมภาวะหมดไฟในการทำงานได้ปรากฏใน ICD-10 แต่ใน ICD-11 นี้ได้เพิ่มรายละเอียดมากขึ้นกว่าเดิม โดยได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟจากการทำงานว่าเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน และไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยมีอาการหลัก 3 อาการ ประกอบด้วย

1. รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย
2. รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือลูกค้า รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน
3. มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกลงใจในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ (นั่นหมายถึงไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในงาน) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในภายหลัง

มนัสพงษ์ มาลา (2563) สรุปภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงาน ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ โดยเป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดที่เรื้อรังจากการทำงาน ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึงกลุ่มอาการที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่เกิดจากความเครียดและวิตกกังวลสะสมเรื้อรังจากการทำงาน โดยประเมินจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ลดความเป็นบุคคล และลดความสำเร็จส่วนบุคคล

### การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน

การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานใช้แบบทดสอบชื่อว่า Maslach Burnout Inventory (MBI) ถูกสร้างขึ้นโดย Maslach และ Jackson (1981) ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานจนถึงปัจจุบัน โดยให้ผู้ถูกประเมินทำแบบทดสอบประเมินตนเอง ในระยะแรก มีด้วยกัน 3 ชุด ดังนี้

- Human Services survey (MBI-HSS) แบบทดสอบนี้เหมาะสำหรับบุคคลที่ทำงานด้านการบริการในหลากหลายอาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ ตำรวจ เป็นต้น มีจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1). ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2). ด้านลดความเป็นบุคคล และ 3). ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล เครื่องมือนี้พบว่ามีความเที่ยง และความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha values) ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.9 ด้านลดความเป็นบุคคลเท่ากับ 0.79 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 0.71 (Maslach et.al, 2018)
- General survey (MBI-GS) and General survey for student (MBI-GS(S)) แบบทดสอบนี้เหมาะสำหรับกลุ่มอาชีพอื่น นอกเหนือจากงานทางด้านบริการและงานทางด้านการศึกษา มีจำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1). ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2). ด้านทัศนคติต่องานเชิงลบ (Cynicism) และ 3). ด้านลดประสิทธิภาพในการทำงาน (Professional efficacy) เครื่องมือนี้พบว่ามีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.88 ด้านลดความเป็นบุคคลเท่ากับ 0.76 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 0.76 (Maslach et.al, 2018)
- Educators survey (MBI-ES) แบบทดสอบนี้เหมาะสำหรับนักการศึกษา เช่น ครู เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทางการศึกษา มีจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1). ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2). ด้านลดความเป็นบุคคล และ 3). ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล เครื่องมือนี้พบว่ามีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.9 ด้านลดความเป็นบุคคลเท่ากับ 0.76 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 0.76 (Maslach et.al, 2018)

Schaufeli และคณะ (2002) ได้พัฒนาแบบทดสอบ Maslach Burnout inventory – Student Survey (MBI-SS) เพื่อประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานในนักศึกษามหาวิทยาลัยเพราะมีกิจกรรมของชีวิตที่แตกต่างกับอาชีพอื่น ๆ มีทั้งหมด 15 หัวข้อ คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) และแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่: 1). ความอ่อนล้าทางอารมณ์จากความต้องการทางวิชาการ (Emotional exhaustion) จำนวน 5 ข้อ 2). ด้านการเฉยเมยต่อการเรียน (Cynicism) จำนวน 4 ข้อ

และ 3). ด้านประสิทธิภาพในการเรียน (Professional efficacy) จำนวน 6 ข้อ การแปลค่าคะแนนแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน ถ้าความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่า 14 มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง ด้านการเฉยเมยต่อการเรียนมากกว่า 6 มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลของการเรียนถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง หากผลการประเมินพบว่า มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการเมินเฉยต่อการเรียนในระดับสูง และคะแนนลดความสำเร็จส่วนบุคคลของการเรียนอยู่ในระดับต่ำแสดงว่ากำลังอยู่ในระยะหมดไฟในการทำงานอย่างเต็มที่

ประเมินคุณภาพและคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric properties) ของแบบทดสอบ MBI-SS พบว่ามีความเที่ยง และความตรงอยู่ในเกณฑ์ดีในประเทศตะวันตกโดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคของแบบทดสอบ MBI-SS ในประเทศสเปนเท่ากับ 0.74-0.79 โปรตุเกสเท่ากับ 0.69-0.86 และในประเทศเนเธอร์แลนด์เท่ากับ 0.67-0.86 เกณฑ์ที่กำหนดของค่าสหสัมพันธ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.7.ในประเทศที่ไม่ใช่ในทวีปตะวันตก เช่น เกาหลีใต้ เซอร์เบีย อิหร่าน และตุรกี ความเที่ยงและความตรงมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเช่นกัน มีการศึกษาของแบบทดสอบนี้ในประเทศญี่ปุ่น และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนโดยนำแบบทดสอบมาดัดแปลงในบางข้อให้เข้ากับบริบทของประเทศพบว่าความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับในประเทศไทย ปองทอง ปุรานิติ และคณะ (2562) ได้มีการแปล MBI-SS เป็นภาษาไทย วัดประเมินคุณภาพและคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา ประเมินภาวะหมดไฟในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึงชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีค่าความเที่ยงจากการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Inter-rater reliability) ด้วย Kappa เท่ากับ 0.83 อยู่ในระดับดี ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยใช้สูตรสหสัมพันธ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8 พิจารณาความน่าเชื่อถือรายด้านพบ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่อการเรียน และด้านประสิทธิภาพในการเรียน เท่ากับ 0.89, 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ

การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านนิยมใช้ Maslach Burnout Inventory for healthcare professionals (MBI-HSS) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในงานวิจัยเพื่อประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มอาชีพบริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หนายความ ตำรวจ นักจิตบำบัด ผู้ให้คำปรึกษา เป็นต้น มีทั้งหมด 22 หัวข้อ ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 10-15 นาที ให้ผู้ใช้แบบทดสอบประเมินตนเอง คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) โดยการประเมินแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

- 1). ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ มี 9 ข้อ (คะแนนอยู่ระหว่าง 0-54)
- 2). การลดความเป็นบุคคล มี 5 ข้อ (คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30)

3). ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล มี 8 ข้อ (คะแนนอยู่ระหว่าง 0-48)

นำผลคะแนนแต่ละด้านมาวิเคราะห์แยกจากกัน ดังนี้ 1). ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ นำผลรวมคะแนนของข้อที่ 1+2+3+6+8+13+14+16+20 มาวิเคราะห์ว่าอยู่ในระดับใด ถ้าระดับสูงมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง 2). ด้านลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ นำผลรวมคะแนนของข้อที่ 5+10+11+15+22 มาวิเคราะห์ ถ้าระดับสูงมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และ 3). ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ นำผลรวมคะแนนข้อที่ 4+7+9+12+17+18+19+21 ถ้าอยู่ระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง (ศรีสกุล เจริญแหลม และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562; Maslach et.al, 2018; Rigby et al., 2019) การแปลผลคะแนนในแต่ละด้านแสดงดังตารางที่ 1

**ตาราง 1 การแปลค่าคะแนนแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน**

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนที่เป็นไปได้	ระดับภาวะหมดไฟ		
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านที่ 1 ความอ่อนล้าทางอารมณ์	9	0-54	0-16	17-26	27-54
ด้านที่ 2 การลดความเป็นบุคคล	5	0-30	0-6	7-12	12-30
ด้านที่ 3 ลดความสำเร็จส่วนบุคคล	8	0-48	0-38	32-38	0-31

**ที่มา:** สิริยา สัมมาวาท (2532)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ มีคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง การลดความเป็นบุคคลระดับสูง และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (Maslach et.al, 2018) มีรายงานการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้าน กล่าวถึงเกณฑ์พิจารณาภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือการลดความเป็นบุคคลระดับสูง (Thomas, 2004).

ประเมินคุณภาพและคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา ของแบบทดสอบ Maslach Burnout Inventory for healthcare professionals พบว่ามีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.9

ด้านลดความเป็นบุคคล เท่ากับ 0.79 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ 0.71 (Maslach et.al, 2018)

สิระยา สัมมาวาท (2532) ได้แปลและเรียบเรียงเครื่องมือวัดความภาวะหมดไฟในการทำงานของ MBI-HSS เป็นภาษาไทย เพื่อใช้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามาริบัติ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานรายด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 0.92, 0.66 และ 0.65 ตามลำดับ

บุญศรี ชัยชิตามร (2534) ได้นำแบบทดสอบไปใช้ในกลุ่มพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤติ หาค่าสหสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.82, 0.88 ตามลำดับ

กังสดาล สุทธิวิศรีสรรค์ (2535) ได้ทดสอบในกลุ่มพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้ค่าสหสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.73, 0.81 ตามลำดับ

นฤมล กิจจานนท์ และคณะ (2552) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้ค่าสหสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.74, 0.85 ตามลำดับ

### ปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน

หลายการศึกษาได้พยายามหาสาเหตุและปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach and Leiter (1997) สรุปลักษณะภาวะหมดไฟในการทำงานสาเหตุหลักเกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างธรรมชาติของงานกับธรรมชาติของคนทำงาน และได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

1. ภาระงานหนักและมีปริมาณงานมาก
2. ขาดอำนาจในการตัดสินใจ
3. ไม่ได้รับรางวัลตอบแทนหรือรางวัลที่ได้รับไม่เพียงพอต่อสิ่งที่ทุ่มเท
4. รู้สึกไร้ตัวตนในที่ทำงานหรือรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของทีม
5. ไม่ได้ได้รับความยุติธรรม
6. ระบบบริหารที่ทำงานขัดต่อคุณค่าจตุม่งหมายในชีวิตของตนเอง

Rigby (2019) ได้กล่าวถึง 3 ปัจจัยหลักในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับระบบ (Systemic risks) ปัจจัยด้านโปรแกรมการฝึกอบรม (Program risks) และปัจจัยส่วนบุคคล (Individual risks)

ปัจจัยเกี่ยวกับระบบ ระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงจากอดีตเนื่องจากมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ เช่น การบันทึกทางการแพทย์ ขั้นตอนการทำงาน (Algorithm) และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ แพทย์ต้องมีการปรับตัวกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในอดีตการปฏิบัติงานทางการแพทย์เป็นแบบบุคคลหรือเฉพาะกลุ่มเล็กๆ ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นระบบขนาดใหญ่ แพทย์ถูกควบคุมโดยกฎหมาย สหวิชาชีพ โรงพยาบาลและกฎระเบียบที่ออกมาเพื่อกำกับดูแล ทำให้มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเป็นผลทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยด้านโปรแกรมการฝึกอบรม ในอดีตอาจารย์และคณะแพทยศาสตร์ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้าน เช่น พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีประสบการณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคณะและอาจารย์ แพทย์ประจำบ้านรู้สึกถึงการเน้นงานทางด้านบริการมากกว่าการเรียน ทางโรงพยาบาลไม่ให้สิทธิประโยชน์หรืออำนวยความสะดวกแก่แพทย์ประจำบ้าน สำหรับการปฏิบัติงานทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีการทำงานในแง่มุมที่แตกต่างกัน มีผลต่อการเพิ่มหรือการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่นงานในห้องคลอดแม้จะดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาอันสั้น แต่ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูง เรื่องการหมุนเวียนการทำงานแม้จะมีการทราบล่วงหน้า แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องงานเอกสารทางการแพทย์ที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนการหมุนเวียนแต่ละครั้ง ดังตารางที่ 2 ดังนั้นภาวะหมดไฟในการทำงานของสูตินรีแพทย์มีสาเหตุที่เฉพาะเจาะจง แตกต่างจากแพทย์สาขาอื่น นอกจากนี้ชั่วโมงการทำงาน เวลาส่วนตัวเพื่อใช้สำหรับการออกกำลังกาย การสังสรรค์ และการทำธุระส่วนตัว มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ในปัจจุบันสหรัฐอเมริกาได้กำหนดเวลาทำงานของแพทย์ประจำบ้านไม่เกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือทำงานติดต่อกันไม่ควรมากกว่า 24 ชั่วโมง

ปัจจัยส่วนบุคคล งานทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยามีความหลากหลายแตกต่างจากสาขาเฉพาะทางอื่น ซึ่งส่งผลต่อปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บทความของ American College of Obstetrics and Gynecology (Rayburn, 2017) พบว่าสูตินรีแพทย์ร้อยละ 58.7 เป็นผู้หญิงซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และพบมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นเล็กน้อย เมื่อสอบถามเพิ่มเติมถึงการคงอยู่ในสายวิชาชีพ สูตินรีแพทย์เพศหญิงมีการตัดสินใจในการคงอยู่ในสายวิชาชีพต่อถ้ามีการจ้างงาน และยังคงปฏิบัติงานในสายวิชาชีพนี้ตลอดไป ซึ่งแตกต่างจากเพศชายมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ทำให้มีความคิดที่จะเปลี่ยนสาขาวิชาชีพถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง การศึกษาของ Collie et al. (2002) พบว่าการมีบุตรช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานเพราะมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเพิ่มขึ้น การศึกษาของ Castelo Branco et al. (2006) พบว่าสถานภาพโสด ภาระงานที่หนัก และไม่มีอาจารย์แพทย์ให้คำปรึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการ

ทำงาน นอกจากนี้การมีโรคประจำตัว เวลาพักผ่อน เวลาออกกำลังกาย และเวลาที่ใช้ในกิจกรรม กลางแจ้งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

**ตาราง 2 ปัจจัยด้านลบและบวกในหน่วยที่หมุนเวียนต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์  
ประจำบ้านสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา**

	ด้านลบ	ด้านบวก
ห้องคลอด	หญิงตั้งครรภ์มีโรคซับซ้อนและ บางครั้งผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่ เป็นไปตามที่คาดหวัง	มีส่วนร่วมกับการเหตุการณ์ครั้งสำคัญ ที่มีความสุขในชีวิตของหญิง ตั้งครรภ์
นรีเวช	ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ห้องผ่าตัดและห้องฉุกเฉินมีระบบ การประสานงานที่ยุงยาก	ให้การดูแลรักษาและผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
มะเร็งนรีเวช	ผู้ป่วยมีโรคที่มีความซับซ้อนมาก บางครั้งการพยากรณ์โรคไม่ดี	แพทย์ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่ยากลำบากใน ชีวิตของผู้ป่วย
หน่วยเวชศาสตร์ มารดาและทารกใน ครรภ์	ผู้ป่วยไม่มีเวลาร่าง ขาดการติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการรักษาดี ครรภ์
เวชศาสตร์เจริญพันธุ์	ไม่สามารถช่วยให้คู่สมรสมีบุตรได้	คู่สมรสตั้งครรภ์ตามที่ต้องการ
หน่วยวางแผน ครอบครัว	ไม่สามารถให้บริการที่พึงพอใจได้ เพราะไม่ได้รับความร่วมมือ หรือ ผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่าย	ช่วยผู้ป่วยในการวางแผน ครอบครัว
แผนกผู้ป่วยนอก	มีงานเอกสารจำนวนมาก งาน ดำเนินไปอย่างช้า ๆ	ชั่วโมงในการทำงานน้อย
การอยู่เวร	ระยะเวลาอยู่เวรยาวนานติดต่อกัน เช่นอยู่เวรตลอดทั้งวันทั้งคืน	อยู่เฉพาะช่วงเวลา เช่น เวรเช้า บ่าย หรือดึก

ที่มา: Rigby, 2019

### ผลกระทบเมื่อมีภาวะหมดไฟในการทำงาน

นอกจากผลกระทบต่อตนเอง ยังมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และระบบดูแลสุขภาพ ดังนี้

ผลกระทบต่อตนเอง แพทย์ประจำบ้านมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความพึงพอใจในงานและประสิทธิภาพของงานลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงานวิจัย ลาออกจากการฝึกอบรม เปลี่ยนอาชีพ บางคนหันไปใช้สารเสพติด ดิสุรา เกิดภาวะซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย

ผลกระทบต่อผู้ป่วย พบมีความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น จากการศึกษา Shanafelt et al. (2010) ทหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานและความผิดพลาดในการผ่าตัด พบว่าคะแนนด้านลดความเป็นบุคคลที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้ความผิดพลาดในการผ่าตัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ถ้าคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ความผิดพลาดในการผ่าตัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 5

ผลกระทบต่อระบบดูแลสุขภาพซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อทีมงาน และจุดยืนของทีมในสังคม

### การป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

Chaukos et al. (2018) ศึกษาถึงการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน ดังนี้

1. มีการส่งเสริมการมีสุขภาพกายและใจที่ดี ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร
2. มีการตรวจคัดกรองถึงภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีกลยุทธ์ในการตรวจเพื่อหาบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อาจจะใช้บุคคลที่สามหรือเพื่อนร่วมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการสังเกตอย่างไม่เปิดเผย
3. อาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะเครียดสูงสามารถเข้าถึงบริการรักษาภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือภาวะทางจิตใจอื่น ๆ

Daskivich et al. (2015) ศึกษาจากการสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ประจำบ้าน เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการฝึกอบรมและนโยบายของสถาบันการฝึกอบรมเพื่อลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้ 7 ข้อ ดังนี้

1. เพิ่มการเฝ้าระวังในการเกิดภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน
2. ปรับปรุงนโยบายหรือกระบวนการเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในระหว่างการฝึกอบรม
3. จัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความเป็นผู้เชี่ยวชาญในสายวิชาชีพ ทางคณะแพทยศาสตร์ และอาจารย์ต้องมีความเข้าใจในตัวแพทย์ประจำบ้านและเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้เกิดขึ้นกับแพทย์ประจำบ้านในระหว่างการฝึกอบรม



4. ตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางจิตของแพทย์ประจำบ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ตลอดปีการศึกษา เช่น การจัดอภิปรายในหัวข้อเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดี
5. คณะแพทยศาสตร์ควรจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาอย่างเป็นทางการ
6. ทางคณะแพทยศาสตร์หรืออาจารย์ควรมีการเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี
7. การบริการทางด้านปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงได้สะดวกและตลอดเวลา

ซึ่งความคิดเห็นข้างต้นเป็นความคิดเห็นของแพทย์ประจำบ้านเพื่อที่ทำให้ประสบการณ์ของการฝึกอบรมอยู่ในบรรยากาศที่ดีขึ้น แต่มีแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 10.7 คิดว่าการส่งเสริมเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีไม่ใช่เป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ ควรทำหลังจากการบอกขอบเขตของโปรแกรมการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน มีการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (West et al., 2016) กล่าวถึงการแทรกแซงเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน โดยภาพรวมสามารถลดลงจากร้อยละ 54 เป็น ร้อยละ 44 หลังจากการใส่กิจกรรมแทรกแซงลงไป มี 17 การศึกษาแนะนำให้ลดชั่วโมงการทำงานลง ในขณะที่ 22 การศึกษากล่าวถึงการแทรกแซงเป็นรายบุคคล เช่นความสะดวกในการเข้าถึงบริการเมื่อเกิดภาวะเครียด และการดูแลตนเองขณะฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน จัดอบรมทักษะในการสื่อสาร และฝึกการมีสติ

Wagner et al. (2017) ศึกษาการลดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่ Ichan school of medicine ใน Mount Sinai พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานลดลงจากร้อยละ 64 เป็น ร้อยละ 49 หลังจากที่มีการดำเนินการทางด้านสุขภาพมากกว่า 3 ปี การดำเนินการได้แก่การเพิ่มการเข้าถึงอาจารย์หัวหน้าฝึกอบรมหรือหัวหน้าภาค การพัฒนาการเรียนการสอนให้ดีขึ้น จัดการฝึกอบรมทางด้านจิตใจอย่างเป็นทางการ ที่สำคัญได้แก่ เทคนิคการลดความเครียด การเข้าถึงการรักษาทางจิตเวชโดยไม่มีค่าใช้จ่าย การรักษาความลับ ทักษะการสื่อสาร โดยทางคณะแพทยศาสตร์และเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมให้คำปรึกษา เส้นทางที่จะป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านอันดับแรกคือโปรแกรมสุขภาพ ได้แก่ กำหนดให้มีวันสุขภาพที่ดี วันจิตอาสา และแพทย์ประจำบ้านที่มีอาการบ่งบอกถึงภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถลงรายชื่อใน ACOG's site เพื่อประเมินและรับการรักษา

Ey et al. (2013) ศึกษาถึงอุปสรรคต่อการรักษาได้แก่ ค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการ เพราะเวลาเป็นเรื่องสำคัญของแพทย์ประจำบ้าน โดยแพทย์ประจำบ้านเพศหญิงที่มารับบริการจะมีความสนใจและสอบถามเกี่ยวกับการหยุดการให้คำปรึกษาและรักษา สำหรับแพทย์ประจำบ้านเพศชายจะสนใจและสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ผู้เข้ารับบริการให้ความสำคัญกับการรักษาความลับ

ทางด้านเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจสามารถปฏิบัติได้โดยการฝึกสมาธิ และการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน มีการศึกษาพบว่าถ้าแพทย์ประจำบ้านมี

ส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายตามอธยาศัย การศึกษาของ Jager et al. (2017) พบว่าการที่แพทย์เข้าสมัครเป็นจิตอาสาอาจจะเป็นทางการแพทย์หรือไม่ใช่ทางการแพทย์มีผลทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความเป็นผู้นำและมองเห็นถึงจุดมุ่งหมายใหม่ การศึกษาของ Iserson et al. (2018) แนะนำเรื่องการเข้าอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพระดับโลก นอกจากจะได้สร้างความสัมพันธ์กับบุคคล ยังช่วยเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานและทำให้แพทย์พึงพอใจในวิชาชีพแพทย์

Rigby et al. (2019) สรุปถึงการแทรกแซงในโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน
2. กระตุ้นให้มีการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย
3. สนับสนุนการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
4. เปิดโอกาสให้มีการสมัครเป็นจิตอาสา อาสาสมัคร
5. อบรมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด/การดูแลตนเอง
6. เปิดโอกาสเข้าร่วมอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพระดับโลก
7. ฝึกทักษะในการสื่อสาร
8. ฝึกสมาธิ และการมีสติ
9. เพิ่มช่องทางที่แพทย์ประจำบ้านสามารถติดต่อกับผู้บริหารภาควิชา
10. การรักษาทางสุขภาพจิต สามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเน้นเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย
11. มีกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
12. ระบบการให้คำปรึกษาที่เข้มแข็งโดยคณะแพทยศาสตร์ หรือเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วม

Rigby et al. (2019) พบว่าแม้จะมีการสอดแทรกโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน แต่ก็มีแพทย์ประจำบ้านมีภาวะดังกล่าว ที่สำคัญคือต้องทราบว่าใครมีภาวะหมดไฟในการทำงานและสนับสนุนให้มีการดูแลรักษา ในสหรัฐอเมริกาหลายเครื่องมือที่จะประเมินภาวะนี้ส่วนใหญ่ใช้แบบทดสอบ Maslach Burnout Inventory (MBI) สูตินรีแพทย์สามารถเข้าไปประเมินได้สะดวก โดยเข้าเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา และเข้าไปที่แบบประเมินสุขภาพ (ACOG's wellness toolkit website) การประเมินเป็นรายบุคคล สามารถประเมินตนเองหรือประเมินโดยเพื่อน ซึ่งถ้าแพทย์รู้ว่าตนเองมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ทางราชวิทยาลัยมีโปรแกรมและระบบทางด้านสุขภาพที่สามารถนัดเข้ารับรักษา

## การฝึกอบรมของแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

แพทย์ประจำบ้าน คำว่า แพทย์ประจำบ้าน แปลมาจากภาษาอังกฤษว่า resident หรือ registrar มาจากการที่แพทย์ประจำบ้านโดยทั่วไปต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ภายในโรงพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานซึ่งมีสำนวนภาษาอังกฤษว่า in house ซึ่งแพทย์ประจำบ้านเป็นลำดับขั้นหนึ่งของการศึกษาหลังปริญญาของแพทยศาสตรบัณฑิต และปฏิบัติงานด้านการแพทย์เฉพาะทาง ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ และได้รับวุฒิปับัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา การศึกษาในระดับแพทย์ประจำบ้านมักต้องผ่านการเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือแพทย์ใช้ทุน (Internship) มาก่อน หรืออาจผนวกระยะของแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นขั้นปีแรกของการศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้านก็ได้ แพทย์ประจำบ้านจะฝึกอบรมในเชิงลึกเกี่ยวกับการแพทย์เฉพาะทาง อันได้แก่ วิสัญญีวิทยา อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ รังสีวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟู ศัลยศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นิติเวชศาสตร์ พยาธิวิทยา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น หลักสูตรในประเทศไทยของแพทย์ประจำบ้านนั้นโดยทั่วไปมักมีระยะเวลาประมาณ 3-5 ปี ตามแต่ละสาขาวิชา หลังจากนั้นต้องเข้าสอบเพื่อรับวุฒิปับัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา โดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ ตามสาขาของแพทย์เฉพาะทางนั้นเป็นผู้จัดการฝึกอบรมและสอบ (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี., 2562)

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด คือ แพทย์ที่จบแพทย์เฉพาะทาง และเข้าฝึกอบรมต่อเพื่อลงรายละเอียดในสาขาวิชาบางอย่างในสาขาเฉพาะทางนั้น ๆ ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 2 ปี

การเรียนแพทย์เฉพาะทางมีการศึกษาพบว่ามีความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากภาระงานที่มาก การพักผ่อนไม่เพียงพอ สำหรับทางด้านจิตใจ เกิดจากการไม่มีอิสระในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ต้องรอปรัชชาความคิดเห็นจากอาจารย์ ภาระกดดันจากงานที่ต้องรับผิดชอบและทางด้านสังคม เช่น ปัญหาด้านการเงิน และเวลาให้กับครอบครัว เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานและภาวะซึมเศร้า สำหรับระบบการทำงานของแพทย์จะเน้นลำดับอาวุโส ได้แก่ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และอาจารย์แพทย์ตามลำดับ

แพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา หมายถึง แพทย์ประจำบ้านที่ศึกษาอบรมต่อเฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ใช้เวลาศึกษาทั้งหมด 3 ปี ในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาล ตติยภูมิที่เป็นศูนย์การฝึกอบรมภายใต้การควบคุมของแพทยสภา โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้รับมอบหมายจากแพทยสภาเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการหลักสูตรการฝึกอบรมและประเมินผล

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ แพทย์ที่จบแพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เข้าฝึกอบรมต่อเพื่อลงรายละเอียดเชิงลึกในสาขาวิชาบางอย่างเฉพาะของ

สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 2 ปี อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทยสภา โดยราชวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแห่งประเทศไทยได้รับมอบหมายจากแพทยสภาเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการหลักสูตรการฝึกอบรมและประเมินผล

1. การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ รับฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปีละ 5 คน ในปี พ.ศ. 2562 ทางโรงพยาบาลทำเรื่องถึงแพทยสภาเพื่อขอเพิ่มจำนวนแพทย์ประจำบ้านเป็น 7 คน แพทยสภาอนุมัติและอนุญาตให้เปิดรับแพทย์ประจำบ้านจำนวน 7 คน ได้ในปีการศึกษา 2564 โดยทางแพทยสภาและราชวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแห่งประเทศไทย กำหนดจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมจากจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมร่วมกับเกณฑ์งานบริการตามจำนวนผู้ป่วย ทางกองสูติกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีอาจารย์ 14 คน ซึ่งสามารถรับแพทย์ประจำบ้านได้ 7 คน สำหรับเกณฑ์งานบริการผู้ป่วย แพทยสภาและราชวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแห่งประเทศไทยกำหนดไว้ 4 หัวข้อ ดังนี้

1. จำนวนการคลอด (รายต่อปี) โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน 5 คน จะต้องมีจำนวนคลอดอย่างน้อย 1,600 รายต่อปี แพทย์ประจำบ้าน 7 คน จะต้องมีจำนวนคลอดอย่างน้อย 1,900 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 กองสูติกรรม มีจำนวนผู้คลอด 3,990 ราย

2. จำนวนการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรม (รายต่อปี) โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน 5 คน จะต้องมีจำนวนการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรมอย่างน้อย 370 รายต่อปี แพทย์ประจำบ้าน 7 คน จะต้องมีจำนวนการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรมอย่างน้อย 470 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 กองสูติกรรมมีจำนวนการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรม 656 ราย

3. จำนวนครั้งของการรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนไว้ในโรงพยาบาล (ครั้งต่อปี) โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน 5 คน จะต้องมีการรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 160 ครั้งต่อปี แพทย์ประจำบ้าน 7 คน จะต้องมีการรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 180 ครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 กองสูติกรรมมีการรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 271 ครั้ง

4. จำนวนครั้งของการรับผู้ป่วยในนรีเวชกรรม (ครั้งต่อปี) โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน 5 คน จะต้องมีการรับผู้ป่วยในนรีเวชกรรมอย่างน้อย 560 ครั้งต่อปี แพทย์ประจำบ้าน 7 คน จะต้องมี การรับผู้ป่วยในนรีเวชกรรมอย่างน้อย 640 ครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 กองสูติกรรมมีการรับผู้ป่วยในนรีเวชกรรม 854 ครั้ง

สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ฝึกอบรมปีละ 2 คน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขามะเร็งนรีเวชเปิดการฝึกอบรมปีละ 1 คนจำนวนผู้ป่วยของอนุสาขาทั้งสองมีจำนวนมากกว่าที่แพทยสภาและราชวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแห่งประเทศไทย กำหนดเช่นเดียวกับแพทย์ประจำบ้าน จะเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมี

ภาระงานที่มาก นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีการหมุนเวียนไปที่หน่วยต่าง ๆ ตามหลักสูตรการฝึกอบรม ซึ่งแต่ละหน่วยจะมีความหลากหลายและแตกต่างกัน เช่น ถ้าเป็นหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช คนไข้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จะไม่มีภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ แต่บางครั้งทำให้รู้สึกถึงความหดหู่ แต่ถ้าเป็นห้องคลอดต้องมีการตื่นตัวตลอดเวลา เพราะอาจมีเหตุการณ์เร่งด่วนเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถคาดการณ์ได้ แต่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรู้สึกมีความสุขที่ได้มีส่วนร่วมกับเหตุการณ์ครั้งสำคัญที่มีความสุขในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ในดึกผู้ป่วยในและห้องคลอด แพทย์ประจำบ้านเป็นบุคคลแรกในการทำหน้าที่ซักประวัติและตรวจร่างกาย นอกจากภาระงานที่มากจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดต้องรับผิดชอบงานเอกสารทางการแพทย์ ได้แก่การบันทึกข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายในประวัติรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งมีเอกสารจำนวนมากต้องใช้เวลานานเพื่อให้สมบูรณ์ ทุกวัน แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน และเขียนบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกวัน สำหรับผู้ป่วยรายที่มีปัญหา หรือมีโรคที่ซับซ้อน แพทย์ประจำบ้านมีข้อจำกัดในการตัดสินใจ ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ทุกครั้ง นอกจากนี้ต้องสรุปเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยบางคนมีโรคที่ซับซ้อนต้องใช้เวลานานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถึงแม้ว่าจะนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาช่วยอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

สำหรับการติดต่อสื่อสาร แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเป็นบุคคลแรกที่ต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาล แพทย์หรืออาจารย์ต่างแผนก โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีหน้าที่ในการควบคุม ดูแลช่วยสอนการปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ และนิสิตเวชปฏิบัติ ภายใต้การควบคุมของอาจารย์

การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของกองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ดังนี้

#### วันราชการ

1. เวลา 06.00 น. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในร่วมกับนิสิตเวชปฏิบัติและนิสิตแพทย์ โดยอาจารย์ประจำหอผู้ป่วยในที่ได้รับผิดชอบในเดือนนั้นจะมาร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เวลา 7.00 น.
2. เวลา 08.00-09.00 น. เข้ากิจกรรมตามตารางการเรียนการสอน
3. เวลา 09.00-16.00 น. แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดตรวจผู้ป่วยนอกเข้าห้องผ่าตัด หรือห้องคลอด ตามตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน
4. เวลา 16.00 น. เป็นต้นไป ดูแลผู้ป่วยในต่อเนื่อง หรือซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยรับใหม่ หรืออยู่เวรนอกเวลาราชการ

### นอกเวลาราชการ

#### วันธรรมดา

1. 16.00 น. แพทย์ที่อยู่เวรนอกเวลาราชการรับเวรที่ห้องคลอดพร้อมกันทุกชั้นปี ร่วมวางแผนการรักษากับอาจารย์แพทย์

2. 06.00 น. แพทย์ที่อยู่เวรนอกเวลาราชการส่งเวรที่ห้องคลอดของวันถัดไป

#### วันหยุดราชการ

1. เวลา 08.00 น. สำหรับแพทย์ที่อยู่เวร รับเวรที่ห้องคลอดพร้อมกันทุกชั้นปี ร่วมวางแผนการรักษากับอาจารย์แพทย์

2. ช่วยผ่าตัดหรือทำผ่าตัดฉุกเฉินโดยมีอาจารย์เป็นผู้กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด

3. รับผิดชอบผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. ดูแลรักษาผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเองโดยขึ้นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในทุกวัน สำหรับแพทย์ที่มีได้อยู่เวร

5. กำกับดูแลช่วยสอนการปฏิบัติงานของนิสิตเวชปฏิบัติและนิสิตแพทย์ ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์

การอยู่เวร กองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จัดให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่เวรเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ ดังนี้

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อยู่เวรจำนวน 9-10 เวร/เดือน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 อยู่เวรจำนวน 7-8 เวร/เดือน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 อยู่เวรจำนวน 5-6 เวร/เดือน

(ยกเว้นเมื่อมีเหตุจำเป็นอาจจัดเวรเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามความเหมาะสม)

สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด รับผิดชอบเฉพาะทางสาขาที่ฝึกอบรมเท่านั้น เช่น อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ และมะเร็งนรีเวช เป็นต้น

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1 อยู่เวรจำนวน 10-15 เวร/เดือน

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 2 อยู่เวรจำนวน 7-10 เวร/เดือน

(ยกเว้นเมื่อมีเหตุจำเป็นอาจจัดเวรเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามความเหมาะสม)

2. การเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ในระหว่างฝึกอบรม มีกิจกรรมดังนี้

2.1 ทำวิจัย 1 เรื่อง ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์

2.2 นำเสนอ Case analysis, Review topic, Journal club, Research presentation, Perinatal conference, Ob-Pea conference, Interdepartmental conference และรายงานสถิติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์

2.3 มีการประเมินทางด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะ ทั้งในสถาบันและของราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยดังนี้

ในสถาบันฝึกอบรม มีการประเมินเพื่อเลื่อนชั้นปีตามเกณฑ์ที่กำหนดในหลักสูตร ถ้าผ่าน เกณฑ์ตามที่กำหนดแต่ละชั้นปี ทุกสิ้นปีการศึกษา สถาบันฝึกอบรมทำเรื่องเข้าแพทยสภาเพื่อเลื่อน ระดับชั้นหรือเข้าชั้น

แพทย์ประจำบ้านระดับชั้นปีที่ 1

- สถาบันฝึกอบรมจัดประเมินความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ ปีละ 1 ครั้ง

แพทย์ประจำบ้านระดับชั้นปีที่ 1-3

มีการประเมินความรู้ความสามารถทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้

- ข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ และชนิดสร้างคำตอบ ปีละ 2 ครั้ง
- การสอบทักษะทางคลินิกรายสัปดาห์ ปีละ 1 ครั้ง
- การสอบรายยาว ปี ละ 1 ครั้ง
- ประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง ปีละ 4 ครั้ง
- ประเมินทักษะหัตถการในโดยยึดตามหลักสูตรของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปีละ 1 ครั้ง ส่งคะแนนประเมินให้กับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดระดับชั้นปีที่ 1 และ 2

มีการประเมินความรู้ความสามารถเฉพาะทางต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้

- ข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ และชนิดสร้างคำตอบ ปีละ 1 ครั้ง
- ประเมินด้านการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง ปีละ 4 ครั้ง
- ประเมินทักษะหัตถการโดยยึดตามหลักสูตรของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ประเมินการใช้สมุดบันทึกเหตุการณ์ (Logbook)

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประเมินความรู้ความสามารถเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้

แพทย์ประจำบ้านระดับชั้นปีที่ 1

- สอบวิทยาศาสตร์พื้นฐานทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 100 ข้อ
- ประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกและหัตถการตามที่กำหนดในชั้นปีที่ 1

แพทย์ประจำบ้านระดับชั้นปีที่ 2

- ประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกและหัตถการตามที่กำหนดในชั้นปีที่ 2

แพทย์ประจำบ้านระดับชั้นปีที่ 3

มีการประเมินความรู้ความสามารถทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้

- ข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 150 ข้อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
- ชนิดสร้างคำตอบ จำนวน 6 ข้อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
- การสอบทักษะทางคลินิกรายสัปดาห์ จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
- ประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกและหัตถการตามที่กำหนดในชั้นปีที่ 3
- ประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
- การทำวิจัย และนำเสนอในที่ประชุมระดับประเทศของราชวิทยาลัยสูตินรี-แพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน 1 เรื่อง

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดระดับชั้นปีที่ 2

มีการประเมินความรู้เฉพาะทางต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ดังนี้

- ข้อสอบชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 150 ข้อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
- ชนิดสร้างคำตอบ จำนวน 6 ข้อ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
- ประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกและหัตถการตามที่กำหนดในแต่ละชั้นปี
- ประเมินการใช้สมุดบันทึกเหตุการณ์
- การทำวิจัย และสอบผลงานวิจัย โดยคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน 1 เรื่อง

จะเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด มีภาระงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาก มีผลทำให้มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความกดดันทางด้านจิตใจเนื่องจากไม่มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองต้องรอปรึกษาความคิดเห็นจากอาจารย์ ภาวะกดดันจากงานที่ต้องรับผิดชอบ และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ



แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอาจมีปัญหา เช่น ด้านการเงิน และเวลาให้กับครอบครัว เป็นต้น สำหรับด้านการเรียนเป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โดยกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นแบบผู้เรียนรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง (Active learning) และเรียนรู้จากการทำงาน อาจารย์แพทย์เป็นผู้คอยให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเป็นสูตินรีแพทย์ตามแบบอย่างที่เราวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและสถาบันฝึกอบรมคาดหวัง



## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### การศึกษาเชิงปริมาณ

#### การศึกษาในประเทศ

Prasertsiri et al (2006) ศึกษาในประเทศไทยถึงการประเมินภาวะสุขภาพทางจิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 256 คน มีการตอบแบบสอบถามกลับและครบถ้วนสมบูรณ์ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 62 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากร ภาระงาน ประเมินภาวะเครียด และแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพทางจิต (Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ-70)) โดยผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองจากการศึกษาพบว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตร้อยละ 29 พบโรคทางกายที่เป็นผลมาจากจิตใจเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 18.1 และปัญหาการเข้าสังคม พบเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 11.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาคืออายุน้อยกว่า 25 ปี สถานภาพสมรส และภาระงานที่หนักต้องดูแลผู้ป่วยที่ห้องคลอดมากกว่า 20 คนต่อวัน มีกิจกรรมด้านวิชาการมากกว่า 10 ครั้งต่อปี หรือสอบมากกว่า 5 ครั้งต่อปี จะเห็นว่าหนึ่งในสามของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาต้องเผชิญหน้ากับปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ โรคทางกายที่เป็นผลมาจากจิตใจ ปัญหาการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้า และโรคเครียด

ติรยา เลิศหัตถศิลป์.(2554) ศึกษาในประเทศไทยถึงภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจิตแพทย์ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาคือ จิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยซึ่งมีที่อยู่หรือที่ทำงานซึ่งสามารถติดต่อได้ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงานร่วมกับแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory ฉบับภาษาไทย เก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ จำนวนทั้งสิ้น 650 ชุด จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบมีการตอบแบบสอบถามกลับ 181 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 พบว่าจิตแพทย์มีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 ด้านลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.9 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 16.4 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.9), 3.45 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.9) และ 41.09 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.3) ตามลำดับ ปัจจัยที่เพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม จำนวนปีที่ปฏิบัติงานเป็นจิตแพทย์ที่น้อย สถานะภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน (เช่น ให้โอกาส งบประมาณ หรือ กำลังคนเพิ่ม) จำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จที่มาก ปัจจัยที่การลดความเป็นบุคคล คือ จำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จที่มาก ไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม สถานภาพโสด หม้ายหรือหย่า ไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าจิตแพทย์ชายมีด้านลดความเป็นบุคคลมากกว่าจิตแพทย์หญิง ขณะที่จิตแพทย์หญิงมีความรู้สึกด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมากกว่าจิตแพทย์ชาย ส่วนปัจจัยที่ลด

ความสำเร็จส่วนบุคคลของจิตแพทย์ทั้งหญิงและชาย คือ การไม่มีที่ปรึกษาในการทำงานเมื่อประสบปัญหา และชั่วโมงการทำงานบริหารน้อย ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือจำนวนตอบกลับของแบบสอบถามน้อย ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองเพียงอย่างเดียว ไม่มีการสังเกตหรือเก็บข้อมูลทางอื่น ทำให้ผลที่ได้อาจไม่ตรงตามความจริงทั้งหมด

ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลภาระงาน ร่วมกับแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach burnout inventory ในแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-5 ในปีการศึกษา 2555 จำนวน 574 ราย มีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามกลับ 320 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.74 แพทย์ประจำบ้านมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับต่ำร้อยละ 38.8 พบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและสูง ด้านลดความเป็นบุคคลระดับต่ำร้อยละ 52.8 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 22.28, 6.04 และ 34.42 ตามลำดับ และมีความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานโดยใช้เกณฑ์ทั้ง 3 ด้าน (ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ลดความเป็นบุคคลระดับสูง และลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ) ร้อยละ 5.63 (18 ราย) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของต่างประเทศ อาจเนื่องมาจากสังคมและวัฒนธรรมไทยที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการสนับสนุนและช่วยเหลือทั้งจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระครอบครัวปานกลาง/หนัก การปฏิบัติงานในชั้นปีที่ 1 การปฏิบัติงานในภาควิชากลุ่ม major wards (เช่น ภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา) ความรู้สึกว่างงานเอกสารน้อย/มากเกินไป ความรู้สึกชั่วโมงในการนอนหลับไม่เพียงพอ ความไม่พึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ การเคยมีความคิดในการลาออก ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การได้รับการตอบกลับน้อย ใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบกรอกเองเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสังเกตหรือเก็บข้อมูลอื่นๆ ผลที่ได้อาจไม่ตรงตามความเป็นจริงทั้งหมด

จามรี ณ บางช้าง. (2562) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 328 คน มีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามและส่งกลับทั้งหมด 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน โดยดัดแปลงจากต้นฉบับแบบสอบถาม Occupational stress indicator และแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจาก Maslach Burnout Inventory ผลการศึกษาพบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.8 ด้านลด

ความเป็นบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 48.6 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ เพศหญิง ชั้นปีที่สูง การขึ้นเวรหรือออกตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลราชวิถีในช่วงเวรดึก รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ภาระในการดูแลครอบครัวที่หนักมาก ชั่วโมงการนอนต่อวันที่ต่ำ และการใช้ยานอนหลับ เมื่อพิจารณารายภาควิชาพบแนวโน้มด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงในภาควิชา จักษุวิทยาและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สำหรับปัจจัยด้านการทำงานนั้น พบว่าด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมของภาระงาน odds ratio (OR) =0.32, 95% confidence interval (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 ด้านลดความเป็นบุคคล พบว่าข้อมูลส่วนตัวไม่สัมพันธ์กับภาวะการลดความเป็นบุคคล พบแนวโน้มของด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง ในภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ความสัมพันธ์ระหว่างด้านลดความเป็นบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน OR =0.36, 95% CI 0.18-0.73; p=0.005 และ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น OR =0.24, 95% CI 0.09-0.6; p=0.003 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนตัว และการปฏิบัติงานไม่สัมพันธ์กับด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบแนวโน้มความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงในทุกภาควิชา จะเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลราชวิธินั้นแม้ว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ความสำเร็จส่วนบุคคลโดยรวมก็มีแนวโน้มพบในระดับสูงเช่นเดียวกัน มีข้อดีคือแพทย์ประจำบ้านได้มองเห็นศักยภาพตัวเองในระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งแม้ว่าด้วยปริมาณงานที่มากแต่ก็ทำให้แพทย์ประจำบ้านรู้สึกว่าการที่ทำงานนั้นมีคุณค่าและประสบผลสำเร็จ

นครินทร์ ชุนงาม (2563) ศึกษาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive surveys) ประชากรที่ศึกษาคือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 185 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยส่งแบบสอบถามไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละโรงพยาบาลส่งและรับคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสมบูรณ์ของกรมสุขภาพจิต 55 ข้อ (TMHI-55) ส่วนที่ 3 แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานจากโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 และส่วนที่ 4 แบบสำรวจปัจจัยต่าง ๆ ในการทำงานที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามตอบกลับ และมีครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 60.5 มีสุขภาพจิตที่ดีและเท่ากับบุคคลทั่วไป

ร้อยละ 72.3 มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 43.7 และด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 45.5 แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองด้าน แต่ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สามารถทำนายได้ร้อยละ 50 ด้านลดความเป็นบุคคลสามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล สามารถทำนายได้ร้อยละ 45.5 จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ คือปริมาณงานที่หนัก (Work load) จากการดูแลผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวันและต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง ร่วมกับการจ่ายค่าตอบแทน ล่าช้า ค้างจ่าย และปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันของผู้ป่วย ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ทศนคติต่อคำว่าภาวะหมดไฟในการทำงานอาจเป็นความรู้สึกทางลบและทำลายต่อการยอมรับของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ตอบตามความเป็นจริงทั้งหมด และจากอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่มีเพียงร้อยละ 60.5 ซึ่งกลุ่มที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม อาจเป็นผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจำนวนมาก ไม่ต้องการให้ข้อมูล หรือเลี่ยงคำตอบที่เป็นจริง ยุ่งยากใจ

Chatlaong et al (2020) ศึกษาถึงคุณภาพการนอน ภาวะหมดไฟในการทำงาน ในแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอน ปัจจัยที่มีผลต่อการนอน มุ่งเน้นถึงปัญหาการนอนและการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2562 เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นแพทย์ประจำบ้านที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และตอบคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ เกณฑ์คัดออกคือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา วิธีการศึกษาโดยการจัดชั้นเรียนเพื่ออธิบายชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา อธิบายถึงแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลประชากรทั่วไป 2) แบบทดสอบคุณภาพการนอน ด้วย Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย 3) แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานด้วย Maslach Burnout Inventory ฉบับภาษาไทย หลังจากนั้น ให้เวลาแพทย์ประจำบ้านตัดสินใจถึงการเข้าร่วมการศึกษา แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมการศึกษาสามารถส่งแบบสอบถามทันทีหรือภายหลัง โดยใส่กล่องหน้าชั้นเรียน หรือกล่องหน้าภาควิชาจิตเวช มีผู้ให้ข้อมูล 217 คน จาก 341 คน พบการนอนไม่ได้คุณภาพร้อยละ 78.3 ความสัมพันธ์ระหว่างงานและคุณภาพการนอน คือถูกรบกวนการนอนช่วงเวลา 02.00-04.00 ชั่วโมง การทำงานต่อสัปดาห์ที่มาก และปัญหาสิ่งแวดล้อมในห้องนอนขณะปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการ ได้แก่กลิ่นเหม็นและเสียงรบกวน จากการศึกษาพบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 95.4 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 56.2 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูงร้อยละ 94 จากวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) พบภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์และปัจจัยที่รบกวนที่ห้องนอนเมื่อปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน ข้อจำกัด

ของการศึกษานี้ คือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบทดสอบด้วยตนเอง อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามต่ำร้อยละ 63.6 มีผลทำให้เกิดอคติ และศึกษาในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ไม่สามารถใช้อ้างอิงทั้งประเทศได้ แนะนำการศึกษาในอนาคตควรมีหลายสถาบันและทุกภูมิภาค

Charoentanyarak et al (2020) ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง ในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2562 โดยการส่งแบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร และแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory ฉบับภาษาไทย ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เฟซบุ๊ก (Facebook) และไลน์ (Line) จำนวน 703 คน ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบด้วยตนเอง มีแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวตอบแบบสอบถามกลับ 149 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ไม่พบภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเมื่อใช้เกณฑ์ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง และลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ แต่เมื่อปรับเกณฑ์ใหม่โดยใช้เฉพาะด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงและด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง พบภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 10.74 (95% CI: 6.26-16.85) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคือปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน และมีความคิดลาออกจากการฝึกอบรม ข้อจำกัดของการศึกษานี้คืออัตราการตอบกลับของแพทย์ประจำบ้านน้อย และเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์ และคณะ (2564) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามและแบบทดสอบประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปและส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับงาน 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และ 4) แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory (MBI) ฉบับภาษาไทย มีผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.2 เป็นเพศชายร้อยละ 56.7 เวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 84.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอร้อยละ 59.7 เคยมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 58.2 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผลการศึกษาพบแพทย์ประจำบ้านมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 50.7 ด้านลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 38.8 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ

ร้อยละ 94.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนด้านความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ได้แก่ เวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย ชั่วโมงในการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การมีบุคคลผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาไม่เพียงพอและการเคยมีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ประจำบ้าน ในด้านลดความเป็นบุคคล ได้แก่ การมีบุคคลผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาไม่เพียงพอ ส่วนในด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลพบว่ามีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ศึกษาได้แก่ ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อุปกรณ์ป้องกัน ข้อมูลที่ได้รับในการปฏิบัติงานและการป้องกันตนเองในช่วงที่มีการระบาด สวัสดิการค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและผลกระทบด้านการฝึกอบรมในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เช่น ได้รับการเรียนการสอนที่ไม่เพียงพอ การเรียนล่าช้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะภาวะหมดไฟในการทำงาน ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนน้อย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และให้ผู้ข้อมูลประเมินตนเอง ไม่มีการสังเกต หรือเก็บข้อมูลโดยวิธีอื่นๆ ผลที่ได้อาจไม่ตรงตามความเป็นจริงทั้งหมด

#### การศึกษาต่างประเทศ

Becker et al. (2006) ศึกษาความพึงพอใจในงานและความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะซึมเศร้า กิจกรรมในการดูแลตนเอง และภาระงานที่หนักของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ส่งแบบสอบถามให้แพทย์ประจำบ้านประเมินตนเอง ใน 23 สถาบันฝึกอบรมแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากร ความพึงพอใจในงาน แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) การดูแลตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับภาระงาน และความบกพร่องในการทำงาน โดยส่งทางไปรษณีย์ การตอบกลับร้อยละ 29 (125/429) ตอบคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ 94 (118/125) จากการศึกษาพบความพึงพอใจในงานของแพทย์ประจำบ้านในระดับมากและค่อนข้างมากถึงร้อยละ 89 ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.8 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.2 ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาบกพร่องร้อยละ 96 มีแพทย์ประจำบ้านที่สนใจติดตามหลังการรักษาบกพร่องร้อยละ 35 เท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่พึงพอใจในงานพบมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าพึงพอใจในงานมากถึง 2 เท่า เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Stepwise logistic regression พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการติดตามหลังจากการรักษาบกพร่องมีความสามารถในการทำนายความพึงพอใจในงานที่ลดลงได้อย่างมาก การศึกษานี้พบว่าความพึงพอใจในงานของแพทย์ประจำบ้านเป็นสัดส่วนผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงานและภาวะซึมเศร้า ความกังวลในการรักษาที่บกพร่องเป็นอิทธิพลด้านลบต่อ

ความพึงพอใจในงาน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือมีการตอบกลับของแบบสอบถามที่ค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่สามารถประเมินข้อมูลของคนที่ไม่ตอบกลับได้ ทำให้ข้อมูลที่ได้มีข้อจำกัดในการกล่าวสรุป อ้างอิงถึงแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาทั้งหมด

Castelo-Branco et al.(2007) ศึกษาเรื่องภาวะเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานใน แพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 8 โรงพยาบาล ในประเทศสเปน มีผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมดจำนวน 162 คน แบบสอบถามและแบบทดสอบประกอบด้วย แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน (MBI questionnaire) แบบสอบถามลักษณะประชากร และข้อมูลการทำงาน มีผู้ตอบ กลับจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 67 พบมีภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 58 พิจารณารายด้าน พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 8 ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 64 และ ทั้งสองด้านร้อยละ 29 ในด้านลดความเป็นบุคคลพบในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีทีน้อยมีภาวะนี้มากกว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ แพทย์ประจำ บ้านชั้นปีทีน้อยมีมากกว่าชั้นปีที่สูง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์โดยใช้ Bivariate analysis พบว่าจำนวนผู้ป่วยต่อสัปดาห์มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Multivariate analysis พบว่าภาวะโสดมีภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 5.2 เท่าเมื่อเทียบกับสมรส จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลเพิ่มขึ้นทุก 10 คนต่อสัปดาห์ มีผลต่อภาวะหมดไฟ เพิ่มขึ้น 1.25 เท่า การมีอาจารย์แพทย์รับคำปรึกษาในผู้ป่วยทุก ๆ 10 คนต่อสัปดาห์ ภาวะหมดไฟใน การทำงานเพิ่มขึ้น 1.05 เท่า (95% CI 0.85–1.3) ในขณะที่ไม่มีอาจารย์รับคำปรึกษาพบภาวะหมดไฟ ในการทำงานเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า (95% CI 1.3–2.9).จากการศึกษาพบว่าการมีอาจารย์รับคำปรึกษาและ การเกิดภาวะหมดไฟการทำงานไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อจำกัดของการศึกษา คือมีอคติจากการคัดเลือก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ตอบแบบสอบถาม และงานศึกษานี้มีด้านลดความ เป็นบุคคลมากกว่าด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยอื่น แต่ก็ไม่สามารถอธิบายว่า เพราะเหตุใด

Govardhan et al. (2012) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะซึมเศร้า และความพึง พพอใจในงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 7 สถาบันในประเทศ สหรัฐอเมริกา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES -D) และความพึงพอใจในการ ทำงาน คำถามที่ใช้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ ได้รับการตอบกลับและคำตอบสมบูรณ์เพียงร้อยละ 46 (57/124) เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.2 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 27.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10 ด้านลดความเป็น บุคคลคะแนนเฉลี่ย 10.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 แปลผลระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยด้านลด



ความสำเร็จส่วนบุคคล 37.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.3 แผลผลระดับปานกลาง มีคะแนนผิดปกติทุกด้านร้อยละ 13 พบมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 50 แพทย์ประจำบ้านที่มีคะแนนของด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานที่ลดลง รู้สึกเสียใจที่เลือกเรียนสาขาวิชานี้ และสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับด้านลดความเป็นบุคคลมีความพึงพอใจในงานต่ำ มีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น และคะแนนด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ตรงข้ามกับด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล ถ้ามีระดับคะแนนระดับสูง จะมีความพึงพอใจในงาน และพึงพอใจในการฝึกอบรมสาขาวิชานี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 37.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ปัจจัยที่ลดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ชั้นปีที่สูงขึ้น ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ลดลง ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับระดับคะแนนที่สูงของด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 70 มีความพึงพอใจในงาน ภาวะพึงพอใจในงานที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานและความภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบภาวะหมดไฟในการทำงานสูง ซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงานสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเป็นเพราะว่าแพทย์ประจำบ้านที่มาฝึกอบรมส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นเพศหญิง ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางข้อมูลบางอย่างได้จากการนิยกย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษานี้แนะนำถึงการลดความเครียด การกระตุ้นการเข้าร่วมและการสนับสนุนการศึกษา อาจช่วยให้แพทย์ประจำบ้านมีความพึงพอใจในงาน แต่ไม่ได้ลงลึกถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยลดความภาวะหมดไฟในการทำงาน

Agha et al. (2015) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ระดับกลางรวมทั้งแพทย์ประจำบ้านที่มีอายุงานมากกว่า 6 เดือน โรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศซาอุดีอาระเบียเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ศึกษาในสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคไต และเวชบำบัดวิกฤต แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานใช้ Maslach Burnout Inventory-Health Services Survey (MBI-HSS) นอกจากนี้มีข้อมูลพื้นฐานลักษณะประชากร ความเครียด ความพึงพอใจในงานและข้อเสนอแนะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลดความเครียดในที่ทำงาน มีจำนวนแพทย์ที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้า 105 คน คัดออก 9 คน เหลือ 96 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 30.2 อยู่ในภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 45.8 เพศชายร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสร้อยละ 86.5 พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 68.8 ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 63.6 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 38.5 และพบมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านใดด้านหนึ่งร้อยละ 88.5 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลลักษณะประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านลดความเป็นบุคคลมีสัมพันธ์กับสถานภาพโสด ไม่มีครอบครัว ไม่มีบุตร อายุงานน้อยกว่า 5 ปี โดยมีคะแนนที่สูงขึ้น

เหนือค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านลดความเป็นบุคคล สาขาที่คะแนนพึงพอใจน้อยสุดคืออายุรศาสตร์โรคไต ตามด้วยอายุรกรรม ผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจในงานร้อยละ 9.3 ไม่พึงพอใจในงานและคิดลาออกถ้ามีโอกาส ร้อยละ 32.3 ภาควิชาที่เป็นแหล่งทำให้เกิดความเครียดในการทำงานได้แก่ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์ และ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตามลำดับ ประโยชน์ของการศึกษานี้เพื่อนำข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อหาการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย ศึกษาไม่ครบทุกสาขาวิชา และผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง

Rua et al. (2015) ศึกษาความชุกและปัจจัยการเกิดของภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จากหลายสถาบันฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ส่งแบบสอบถามผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากรและแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 19.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.19 ด้านลดความเป็นบุคคลคะแนนเฉลี่ย 8.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.10 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนเฉลี่ย 33.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.01 การศึกษาพบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 19.45 ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง ร้อยละ 33.33 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 11.11 และแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 36.11 และพบทั้ง 3 ด้าน เท่ากับร้อยละ 5.55 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน คือจำนวนของภาคการศึกษามีผลต่อด้านลดความเป็นบุคคล ( $P=0.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Al-Ma'mari et al (2016) ศึกษาความชุกและการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศแคนาดา โดยแจกแบบสอบถามผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 373 คน ตอบกลับและสมบูรณ์ 143 คน แบบสอบถามมี 3 ส่วน ส่วนที่ 1. เป็นข้อมูลพื้นฐานลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ชั้นปี ส่วนที่ 2. ปัจจัยทางด้านการทำงานที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และส่วนที่ 3. แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory ผลการศึกษาด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 64 ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 51 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 25 ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานไม่ระบุชนิด (Any burnout) ร้อยละ 73.7 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ได้แก่ อายุน้อยกว่า 30 ปี มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 12.6 เพศหญิงมีภาวะการอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าเพศชายร้อยละ 12.4 สำหรับด้านลดความเป็นบุคคล เพศชายมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคลสูงกว่าเพศหญิงร้อยละ 13 และด้านความสำเร็จ

ส่วนบุคคล พบอายุน้อยจะต่ำกว่าอายุมากร้อยละ 10.6 เพศชายสูงกว่าเพศหญิงร้อยละ 17.8 แต่ปัจจัยดังกล่าวแม้จะมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยการมีอาจารย์แพทย์ให้คำปรึกษาปัญหาในเวลากลางคืน แพทย์ประจำบ้านมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์น้อยกว่าที่ไม่มีอาจารย์ร้อยละ 30 ผลที่ได้นี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำหรือไม่ระบุชนิดของภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับปัจจัยการเข้าถึงแหล่งอาหารในตอนกลางคืน มีผลต่อการลดลงของภาวะหมดไฟในการทำงานไม่ระบุชนิดร้อยละ 16 นอกจากนี้การลดลงของชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ช่วยลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และไม่ระบุชนิดของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 22 ปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อจำกัดของการศึกษาคือ ไม่ทราบถึงชั่วโมงการทำงานของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี ซึ่งอาจเป็นปัจจัยต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และการตอบแบบสอบถามผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์แม้จะปลอดภัยในเรื่องการรักษาความลับ แต่ก็มีข้อจำกัดคือการคาดการณ์ของจำนวนการตอบกลับและบางครั้งมีอคติจากการเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะคนที่ไม่ตอบแบบสอบถาม และการศึกษานี้ไม่ได้แนะนำถึงกลยุทธ์ที่จะช่วยลดภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

Moradi et al. (2016) ศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อภิมาน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 ถึง 2005 โดยค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Science Direct และ Science Information คำที่ใช้ค้นคือ ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา การศึกษาภาคตัดขวาง และเป็นภาษาอังกฤษ พบการศึกษาทั้งหมด 4,572 เรื่อง ตัดออก 4,560 เรื่อง เนื่องจากการศึกษามีผลลัพธ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษา การศึกษาซ้ำ และไม่ใช้การศึกษาภาคตัดขวาง เหลือการศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 2,509 คน การศึกษาทั้ง 12 เรื่องใช้แบบสอบถาม Maslach burnout inventory จากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 44 แต่ผลการศึกษานี้นำมาซึ่งความชุกแตกต่างกันมาก อยู่ระหว่างร้อยละ 18 ถึง 75 เหตุผลของความแตกต่างกันเนื่องมาจากการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างต่ำ บางการศึกษาตอบกลับเพียงร้อยละ 35 และอาจมีอคติจากการเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะคนที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาระงานที่มาก สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน และการไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม นอกจากนี้การศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านนรีเวชวิทยามีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง เป็นเพราะว่าอายุน้อย ภาระงานมากและยาวนาน ชั่วโมงการทำงานไม่เหมือนบุคคลทั่วไป ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์และบ่อยครั้งมีปัญหาคอครบครันร่วมด้วย

การศึกษานี้ทราบว่าความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และต้องการให้มึนโยบายในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานในอนาคต เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีความสุขในขณะที่ฝึกอบรม

lorga et al. (2017) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 220 คน ในประเทศโรมาเนีย มีการตอบกลับและคำตอบสมบูรณ์ 116 คน เป็นเพศหญิง 81 คน เพศชาย 35 คน แพทย์ประจำบ้าน 42 คน แพทย์เฉพาะทาง ไม่ใช่อาจารย์แพทย์ 11 คน และอาจารย์แพทย์ 63 คน แบบสอบถามและแบบทดสอบประกอบด้วย 1) Maslach Burnout Inventory แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน 2) Big Five Inventory (BFI) แบบทดสอบบุคลิกภาพ 3) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) แบบทดสอบวัดภาวะด้านชาต่อความรู้สึก และ 4) แบบสอบถามพื้นฐานของลักษณะประชากร ทุกเครื่องมือที่ใช้มีการประเมินค่าความเที่ยงตรง ผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 นอนไม่หลับร้อยละ 35.3 สำหรับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านลดความเป็นบุคคล เพศชายมีคะแนนต่ำกว่าเพศหญิง (ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์  $18.73 \pm 13.48$  เทียบ  $24.14 \pm 11.71$  ด้านลดความเป็นบุคคล  $5.97 \pm 5.45$  เทียบ  $7.70 \pm 5.29$ ) ภาวะซึมเศร้าผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองพบว่ามีระดับคะแนนที่สูงในภาวะหมดไฟในการทำงานทั้ง 3 ด้าน มีระดับคะแนนสูงขึ้นในภาวะด้านชาต่อความรู้สึก (Alexithymia) และความไม่เสถียรทางอารมณ์ (Neuroticism) และคะแนนระดับต่ำในความสนใจต่อสิ่งภายนอก (Extraversion) ความสำนึกในกฎ (Conscientiousness) และความเปิดรับประสบการณ์ (Openness) แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์แพทย์มีคะแนนแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าคนที่มีประสบการณ์มากกว่า จะมีระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคลต่ำกว่า และมีระดับของด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าเมื่อเทียบกับประสบการณ์น้อยกว่า ชั่วโมงในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน การอดนอนมีผลต่อสุขภาพกายและใจสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในสูติ-นรีแพทย์อย่างมาก การศึกษานี้ช่วยให้สูตินรีแพทย์รับมือกับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมืออาชีพ พิจารณาปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพ ภาวะด้านชาต่อความรู้สึก และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหากลวิธีรับมือกับความเครียด ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมือง จำนวนประชากรที่ศึกษาน้อย และปัจจัยไม่ครอบคลุมทั้งหมด เช่นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่เหนือกว่าหรือเพื่อนร่วมงาน และเป็นศึกษาภาคตัดขวาง ไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง

Morgan et al. (2019) ศึกษาถึงมุมมองของการรับรู้การมีความสุขสมบูรณ์ (Wellness) ของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จากการศึกษาสำรวจระดับประเทศในสหรัฐอเมริกา ใช้คำถามที่สร้างขึ้นเอง 6 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการมีความสุขสมบูรณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโปรแกรมเพื่อมีความสุขสมบูรณ์ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความสุขสมบูรณ์ และภาวะหมดไฟในการทำงาน สสำรวจผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ ช่วงก่อนการจัดสอบในสถาบันฝึกอบรม เพื่อทราบ

ถึงทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อทำให้มีความสุขสมบูรณ์ มีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสำรวจและครบถ้วน ร้อยละ 93 (4,999/5,376 คน) พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 51.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.0 ดื่มสุร่าอย่างหนักร้อยละ 12.6 ภาวะหมดไฟในการทำงานพบมากขึ้นหลังชั้นปีที่ 1 พบว่าชั้นปีที่ 2 สูงกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 พบมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เพราะฉะนั้นกิจกรรมเพื่อสนับสนุนความสุขสมบูรณ์ ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่ากิจกรรมเพื่อทำให้มีความสุขสมบูรณ์มีความสำคัญร้อยละ 88.4 ส่วนใหญ่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ส่วนคนที่ตอบไม่สำคัญพบมีสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ กิจกรรมนอกหลักสูตรร้อยละ 41.1 ถ้าเลือกกิจกรรมเพียงหนึ่งกิจกรรมแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 41.2 เลือกเวลาอิสระของตนเอง กิจกรรมที่ควรสนับสนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี คือ การอยู่ในสถานที่สงบผ่อนคลาย (Retreat) จะเห็นว่าข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงมุมมองของตัวอย่างหรือระบบที่สำคัญเพื่อเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรเพื่อสนับสนุนให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้เรียน ความรู้ที่แพทย์ประจำบ้านต้องการคือการส่งเสริมดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และกระบวนการจัดการกับความเครียด เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านสามารถแก้ปัญหาได้เมื่อมีภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดขึ้น จะเห็นว่าการกระทำส่วนบุคคลในการแก้ปัญหามีความสำคัญ แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือการแก้ไขปัญหาที่ระดับองค์กรและระบบ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง แบบทดสอบที่ใช้ไม่มีการประเมินความเที่ยงความตรง ไม่ได้ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน Maslach Burnout Inventory ในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวนข้อคำถามน้อย และเป็นการสำรวจที่เกิดขึ้นทันที ก่อนที่จัดสอบในสถาบัน ทำให้มีสภาพแวดล้อมที่เครียด การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลลักษณะของประชากรพื้นฐานบางอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ ครอบครัว และสถานภาพ แม้ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามมีปริมาณน้อย แต่อาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้ตอบแบบสอบถาม

Ofei-Dodoo et al. (2019) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 207 คน โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะของประชากรทั่วไป แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานใช้ Copenhagen Burnout Inventory และความพึงพอใจในงานใช้ Spector's Job Satisfaction Scale ได้รับการตอบกลับและคำตอบมีความสมบูรณ์ร้อยละ 81 (171/207) เป็นเพศหญิงร้อยละ 94 จากการศึกษาพบความพึงพอใจในงานระดับสูงร้อยละ 13 ระดับปานกลางร้อยละ 70 ระดับต่ำร้อยละ 13 สำหรับภาวะหมดไฟในการทำงานพบระดับสูงถึงร้อยละ 39 ระดับปานกลางร้อยละ 25 และระดับต่ำร้อยละ 36 จากการศึกษาพบความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่ลดการเกิดภาวะหมดไฟใน

การทำงานคือเพื่อนร่วมงาน และอาจารย์แพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการป้องกันด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในอนาคต โดยการแนะนำจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อลดภาวะดังกล่าว และเป็นสิ่งแรกที่จะต้องจัดทำ ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือศึกษาบางพื้นที่ ไม่ได้ศึกษาทั้งหมดของประเทศ ทำการสำรวจแค่ครั้งเดียว และผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองทำให้เกิดอคติได้

Bourne et al. (2019) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-being) และการปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้องทางการแพทย์ ในอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแต่ไม่ใช่อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศอังกฤษ โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะของประชากร ปัจจัยทั้งทางด้านงานและองค์กร แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Personnel) จำนวน 22 ข้อ แบบทดสอบประเมินการปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้องทางการแพทย์ (Defensive medical practice) จำนวน 12 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-being) ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 5,661 คน ตอบกลับ 3,102 คน คิดเป็นร้อยละ 55 เป็นอาจารย์แพทย์จำนวน 1,462 คน แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวน 1,357 คน และแพทย์เฉพาะทางแต่ไม่ใช่อาจารย์จำนวน 254 คน พบภาวะหมดไฟในการทำงานโดยภาพรวมร้อยละ 36 จากการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดพบภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุดถึงร้อยละ 43 การปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้องทางการแพทย์โดยภาพรวมพบร้อยละ 13 พบในอาจารย์แพทย์มากที่สุดร้อยละ 16 ภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคืออายุน้อย เนื่องจากอาจารย์แพทย์มีการจัดสรรเวลาได้ดีกว่า เชื่อชาติพบในคนผิวขาว ไม่ทราบแน่ชัดว่าเพราะเหตุใด อาจเป็นเพราะแพทย์ผิวดำและเอเชียมีความอดทนต่ออุปสรรคมากกว่าเพราะมีความเครียดด้านอื่นร่วมด้วย และสถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิตจากประเทศอังกฤษและไอร์แลนด์ มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดีของการศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับชาติจำนวนประชากรที่ศึกษามีจำนวนมาก ข้อจำกัดคือการตอบกลับของแบบสำรวจเพียงร้อยละ 54.8 ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองทำให้แพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานหรือภาวะซึมเศร้าอาจไม่บอกความเป็นจริง และการศึกษาภาคตัดขวางทำในจุดใดจุดหนึ่งของเวลาทำให้ไม่ได้ข้อมูลตัวแปรที่นอกเหนือจากเวลาที่ศึกษาที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น เวลา และบุคคลอื่นๆ เป็นต้น จากการศึกษาี้สรุปว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้องทางการแพทย์ และการมีความสุขของแพทย์ การมีความสุขและการคงอยู่ในอาชีพมีผลต่อคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดี เพราะฉะนั้น

ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ในการจัดกิจกรรมในอนาคต เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ และทำให้การดูแลคนไข้ดีขึ้น

Ryder et al. (2020) ศึกษาความทนทาน (Resilience) และความเครียดในสถานที่ทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จุดมุ่งหมายของงานวิจัยนี้ต้องการหาช่องว่างที่สำคัญของระดับความทนทานที่ได้จากการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากที่ทำงาน ความเครียดส่วนบุคคล การลาออกจากการฝึกอบรม และระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และลิงค์อิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะของประชากร แบบทดสอบความทนทานใช้ Resilience scale (RS 14) จำนวน 14 ข้อ และวัดระดับกลไกของการช่วยเหลือเป็น Likert scale จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 638 คน ตอบกลับ 233 คนคิดเป็นร้อยละ 36 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 พบภาวะความสามารถในการทนทานอยู่ที่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11) มีความคิดที่จะลาออกจากการฝึกอบรมในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 68 เมื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่าแพทย์กลุ่มนี้มีคะแนนความทนทานต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เพราะฉะนั้นความทนทานสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความคิดลาออกจากการฝึกอบรมเป็นบางครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับการปรับปรุงการช่วยเหลือแพทย์ประจำบ้านคิดเป็นร้อยละ 88 จากการสำรวจผู้ให้ข้อมูลได้รับการช่วยเหลือจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ในระดับต่ำถึงต่ำมากคิดเป็นร้อยละ 57 ได้รับการช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาระดับต่ำถึงต่ำมากคิดเป็นร้อยละ 33 ผู้ให้ข้อมูลมีความเสี่ยงที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 55 ความเครียดส่วนบุคคลร้อยละ 58 ความเครียดจากการทำงานร้อยละ 62 การศึกษานี้พบว่าความเครียดจากที่ทำงานและส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลางถึงสูง และความทนทานระดับต่ำ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ต้องการที่กล่าวถึงการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านยังคงมีความทนทานในการฝึกอบรมและเจริญเติบโตในสายวิชาชีพนี้ต่อไป ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยตนเอง อาจเกิดอคติจากการนึกย้อนหลังและความถูกต้อง จำนวนการตอบกลับน้อย การศึกษาทำในช่วงเดือนพฤษภาคม หลังจากฝึกอบรมได้ 4 เดือนในออสเตรเลีย และ 6 เดือนในนิวซีแลนด์ ไม่ใช่ช่วงเริ่มการศึกษาหรือจบการศึกษาไม่มีอคติของภาคการศึกษา และทำในช่วงฤดูใบไม้ร่วง ไม่มีอคติของฤดู

Khalafallah et al. (2020) ศึกษาผลกระทบเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงานช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในแพทย์ประจำบ้านสาขา

ประสาทศัลยศาสตร์ เป็นการสำรวจระดับประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน แบบสำรวจประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ความเครียดส่วนบุคคลและเกี่ยวกับวิชาชีพ ความพึงพอใจในงาน และ Maslach Burnout Inventory ฉบับย่อ 9 ข้อ โดยการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังแพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทศัลยศาสตร์จำนวน 1,374 คน ได้รับการตอบกลับและตอบคำถามสมบูรณ์ 167 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.8 คนผิขาวร้อยละ 75.7 แพทย์ประจำบ้านร้อยละ 67.6 กล่าวถึงปริมาณงานที่ลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ให้ข้อมูลกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่ถึงเป้าหมายในแต่ละช่วงหรือชั้นปี (Surgical milestones) ร้อยละ 65.8 พบภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 26.1 ความพึงพอใจในวิชาชีพร้อยละ 73.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานคือการเปลี่ยนแปลงตารางการหมุนเวียน (elective rotation) หรือการลาพักร้อน และการไม่กลับมาฝึกอบรมสาขาประสาทศัลยแพทย์ถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง ชั้นปีที่สูงมีระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ ความพึงพอใจในงานร้อยละ 33.2 แพทย์ประจำบ้านมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยในสาขาวิชาของตน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 คือการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงาน (Workflow) ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การตอบกลับน้อย มีผลทำให้เกิดอคติจากการเลือกผู้ให้ข้อมูล

Civantos et al. (2020) ศึกษาสุขภาพทางจิตในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อ ยอด สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา และแพทย์ที่ร่วมทีม ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นการสำรวจระดับประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นทุกข์ ระหว่างวันที่ 14-25 เมษายน พ.ศ. 2563 ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบไปด้วย แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน (Mini-Z burnout assessment) จำนวน 1 ข้อ แบบทดสอบความวิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) จำนวน 7 ข้อ แบบทดสอบประเมินการความรู้สึกเป็นทุกข์ (Impact of event scale) จำนวน 15 ข้อ และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (Patient health questionnaire) จำนวน 2 ข้อ ผลการศึกษาพบการตอบกลับและตอบคำถามสมบูรณ์ 349 คน คิดอัตราการตอบกลับของแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 10.22 แพทย์ประจำบ้านต่อยอดร้อยละ 0.42 และแพทย์ที่ร่วมทีมร้อยละ 6.46 พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 21.8 ความวิตกกังวลร้อยละ 47.9 ความรู้สึกเป็นทุกข์ร้อยละ 60.2 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.6 แพทย์ร่วมทีมมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะบทบาทการทำงานในโรงพยาบาลและชั่วโมงการทำงานแตกต่างกัน เพศหญิงมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ความวิตกกังวล และความรู้สึกเป็นทุกข์มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์ที่ทำงานอยู่ในรัฐที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสาย



พันธุ์ใหม่ 2019 มากกว่า 20,000 คน มีความรู้สึกเป็นทุกข์เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับน้อยกว่า 20,000 คน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือศึกษาแค่ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่มีกลุ่มควบคุม และมีการตอบกลับน้อยซึ่งทำให้เกิดอคติจากการเลือกผู้ให้ข้อมูลได้

Gualano et al. (2021) ภาวะของภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตและแผนกฉุกเฉินในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อหาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มประชากรนี้ ดำเนินการตามแนวทางของ PRISMA ค้นหาจากฐานข้อมูล PubMed, Embase, PsychINFO และ Scopus ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีการกล่าวถึงความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานในผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล นักบำบัดโรคทางเดินหายใจ เภสัชกร และผู้บริหาร (Administrators)) ที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือแผนกฉุกเฉิน ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และเผยแพร่ผลการศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ เกณฑ์คัดออกคือนักเรียน ได้การศึกษาทั้งหมด 927 คัดออกจำนวน 916 เหลือการศึกษาที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 11 การศึกษา การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในช่วงเดือนเมษายนและเดือนพฤษภาคม 2563 กลุ่มประชากรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 15 ถึง 12,596 คน จากการศึกษาศึกษาพบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในประชากรกลุ่มนี้ เท่ากับร้อยละ 49.3-58 พยาบาลพบมีความเสี่ยงสูงกว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและคุณลักษณะประชากรที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในงาน ได้แก่ อายุ เพศหญิง มีความวิตกกังวลกับปัญหาด้านการเงิน ปัญหาการสื่อสารที่ไม่ดีจากหัวหน้า ปริมาณงานที่มากและความต้องการงานที่มาก ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หรือการขาดแคลนทรัพยากรอื่น ๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และถูกตีตราจากชุมชน ภาวะหมดไฟในการทำงานพบมากในกลุ่มประชากรนี้มาเนิ่นนานไม่มีหลักฐานเพียงพอทำให้เข้าใจว่าในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้น

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 2) ทักษะคติต่องาน 3) ข้อมูลภาระงาน 4) ปัจจัยด้านการเรียน และ 5) การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ (Al-Ma'mari et al., 2016) อายุ (Bourne et al., 2019; Moradi et al., 2016; Prasertsiri et al., 2547) อายุงาน (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2554; Agha et al., 2015; Iorga et al., 2017) สถานภาพ (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 255; Agha et al., 2015; Bourne et al., 2019; Castelo-Branco et al., 2007; Prasertsiri et al., 2006) จำนวนบุตร (Agha et al., 2015) หลักสูตรการอบรม ชั้นปีที่ศึกษา (ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; Morgan et al., 2019) สถาบันที่จบแพทยศาสตรศึกษา (Bourne et al., 2019) รายได้ (จามรี ณ บางช้าง, 2562) ค่าตอบแทนค่าเช่า ค้างจ่าย (นครินทร์ ชุนงาม, 2563; ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557) โรคประจำตัว (Bourne et al., 2019) ชั่วโมงการนอน (Chatlaong et al., 2020; Iorga et al., 2017) ประวัติการใช้ยานอนหลับ (จามรี ณ บางช้าง, 2562) ภาวะครอบครัว (จามรี ณ บางช้าง, 2562; ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; Moradi et al., 2016)

2) ทักษะคติต่องาน ได้แก่ ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ (ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; Bourne et al., 2019; Govardhan et al., 2012; Ofei-Dodoo et al., 2019) ความพึงพอใจในงาน (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2554; Agha et al., 2015; Becker et al., 2006; Govardhan et al., 2012; Ofei-Dodoo et al., 2019) การเคยมีความคิดในการลาออก (ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; Al-Ma'mari et al., 2016; Charoentanyarak et al., 2020) การไม่กลับมาในสายวิชาชีพที่ตนศึกษาถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง (Khalafallah et al., 2020)

3) ข้อมูลภาระงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงานและภาระงาน (นครินทร์ ชุนงาม, 2563; Al-Ma'mari et al., 2016; Castelo-Branco et al., 2549; Moradi et al., 2016; Prasertsiri et al., 2547) จำนวนชั่วโมงในการอยู่เวรนอกเวลา (นครินทร์ ชุนงาม, 2563) ชั่วโมงการนอน (จามรี ณ บางช้าง, 2562; ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557; Chatlaong et al., 2020) งานเอกสาร (ศรัณย์ ศรีคำ และคณะ, 2557) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2554; Moradi et al., 2016) การมีอาจารย์ปรึกษาในการทำงานเมื่อประสบปัญหา (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2554; Al-Ma'mari et al., 2016; Castelo-Branco et al., 2007) การเข้าถึงแหล่งอาหารในตอนกลางคืน (Al-Ma'mari et al., 2016) ผลลัพธ์การรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2554; นครินทร์ ชุนงาม, 2563) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงานทั้งอาจารย์ เพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วย (Charoentanyarak et al., 2020; Ofei-Dodoo et al., 2019; Moradi et al., 2016) การถูกฟ้องร้อง (Bourne et al., 2019)

4) ปัจจัยด้านการเรียน ได้แก่ มีกิจกรรมวิชาการมากกว่า 10 ครั้งต่อปี (Prasertsiri et al., 2547) การสอบมากกว่า 5 ครั้งต่อปี (Prasertsiri et al., 2547) การมีอาจารย์แพทย์รับคำปรึกษา (Al-Ma'mari et al., 2016; Castelo-Branco et al., 2549) จำนวนของภาคการศึกษาที่มากขึ้น (Rua et al., 2015)

5) การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้แก่ การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Civantos et al., 2020) ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Alrawashdeh et al., 2021; Gualano et al., 2021) ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Gualano et al., 2021) การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Alrawashdeh et al., 2021) ผลกระทบต่อการฝึกอบรม ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงตารางการหมุนเวียน (elective rotation) หรือการลาพักร้อน (Khalafallah et al., 2020)

## การศึกษาเชิงคุณภาพ

### การศึกษาในประเทศ

ไม่พบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

### การศึกษาต่างประเทศ

Rutherford และ Oda (2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพถึงภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา วัตถุประสงค์คือเพื่อสำรวจประสบการณ์ของภาวะหมดไฟในการทำงาน หาปัจจัยและคำแนะนำเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสนทนากลุ่มมีแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 10 คน ก่อนเข้าสนทนากลุ่มให้ทำแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach Burnout Inventory ผลการศึกษาพบภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 70 จัดประเด็นได้เป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1). ประสบการณ์การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน มีประเด็นรองคือ ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ความเหนื่อยล้าทางจิตใจ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน รู้สึกโดดเดี่ยวจากเพื่อนและครอบครัว ภาวะบิบบิ้นทางจริยธรรม และการเสียความมั่นใจในตนเอง 2). ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน มีประเด็นรองคือ วัฒนธรรมองค์กร ภาระงานที่หนัก ประเมินคุณค่างานของเวชศาสตร์ครอบครัวต่ำ ไม่มีอำนาจการตัดสินใจ การหมุนเวียนการปฏิบัติงานในหน่วยต่าง ๆ บ่อย โปรแกรมการฝึกอบรมไม่ตอบสนองกับสิ่งที่แพทย์ประจำบ้านต้องการ ปริมาณงานที่ต้องการมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ส่วนบุคคล 3). ปัจจัยป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน มีประเด็นรองคือ มีแบบอย่างที่ดี เช่นอาจารย์ที่มีการ

จัดการเวลาได้สมดุลระหว่างงานและชีวิต วัฒนธรรมองค์กรของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเน้นความสมดุลระหว่างงานและชีวิต การหมุนเวียนของการฝึกอบรมในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สถาบันฝึกอบรมให้การสนับสนุน งานที่มีคุณค่า เช่น มีคุณค่ากับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน 4). ข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน มีประเด็นรองคือ ประเด็นของความสมดุลระหว่างงานและชีวิต เข้าถึงการบริการให้คำปรึกษาหรือนักจิตวิทยา สามารถจัดสรรเวลาของตนเองได้ มีการแนะนำการปฏิบัติงานเมื่อหมุนเวียนไปที่หน่วยเฉพาะทาง จำกัดชั่วโมงการทำงานและการโทรปรึกษา จุดเด่นของการศึกษานี้คือทราบปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงานที่เฉพาะเจาะจงกับแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ การบันทึกสรุปการรักษาบ่อยครั้งเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงานของหน่วยที่หมุนเวียน ในวัฒนธรรมองค์กรแพทย์มีการลดคุณค่าของแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีความขัดแย้งกันระหว่างเป้าหมายของการเรียน และการหมุนเวียนไปในสาขาวิชาที่ไม่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดของการศึกษาคือ แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 10 คน อาจมีผลกระทบต่อความอึดตัวของข้อมูล ศึกษาในสถาบันฝึกอบรมในเมือง และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตคือ ทำการศึกษาเขตนอกเมือง หรือเมืองอื่น ๆ

Miyasaki et al. (2017) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพถึงภาวะหมดไฟในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-being) ของประสาทแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2016 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาประสบการณ์ที่เป็นตัวขับเคลื่อนและบรรเทาภาวะหมดไฟในการทำงาน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำข้อมูลจากคำถามปลายเปิดแสดงความคิดเห็น จำนวน 676 ข้อความ ของการศึกษาเชิงปริมาณจากการสำรวจของ American academy of neurology จำนวน 1,671 ชุด เรื่องภาวะหมดไฟในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปี ค.ศ. 2016 มาวิเคราะห์ ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่มีอายุมาก เป็นเจ้าของหรือหุ้นส่วนของสถานที่ปฏิบัติงาน หรือทำงานเพียงลำพัง ผลการวิเคราะห์ได้ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) นโยบายและบุคคลที่ส่งผลต่อประสาทแพทย์ ได้แก่ ข้อบังคับของรัฐบาล ข้อบังคับของบริษัทประกัน ค่าจ้างค่าตอบแทนที่ลดลงเพราะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และภาวะผู้นำที่ถูกกัดกร่อน 2) ภาระงานทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย งานเอกสาร ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ได้แก่ ภาระงานที่มาก การบันทึกข้อมูลทางสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยและงานเอกสารที่ใช้เวลามากขึ้นมีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน 3) การมีส่วนร่วม ความเป็นมืออาชีพถูกกัดกร่อนจากปัจจัยภายนอก งานที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจงกับประสาทแพทย์ 4) แนวทางการแก้ไขปัญหาในระดับระบบหรือองค์กรและระดับบุคคล การสนับสนุนอื่นๆ ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในประสาทแพทย์ มีผลทำให้ประสาทแพทย์ลดชั่วโมงการทำงาน ลดการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และพิจารณาเกษียณก่อนกำหนด ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือนำข้อมูลมาจากคำถามปลายเปิดเพียงข้อเดียว ไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างกันได้ในเวลาที่แตกต่างกัน ผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เป็นเจ้าของกิจการหรือหุ้นส่วนไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

Winkel et al. (2017) ศึกษาถึงการเจริญเติบโตสู่ความเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกล่าวถึงความสามารถในการปรับตัวของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาที่มีความกดดันในการทำงานที่มีความจำเพาะและมีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง ใช้ทฤษฎีแนวคิด (Constructivist theory) และวิธีทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือแพทย์ประจำบ้านระดับปานกลาง ที่ไม่มีปัญหาและไม่ตีเลิศ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว (thematic saturation) จำนวน 18 คน หัวข้อในการสัมภาษณ์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม นำบทสัมภาษณ์ที่ได้มาสร้างรหัส วิเคราะห์รหัส และสร้างประเด็น ผลการศึกษาสิ่งที่มีผลต่อการปรับตัว คือ เส้นทางการตนเองกับการเป็นมืออาชีพต้องแบกความผิดหวังและความท้อแท้ เมื่อคาดหวังสูงทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรที่มีการแข่งขันและมีระบบลำดับอาวุโสในการทำงาน การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน คำแนะนำถึงแนวทางในการทำงานและการต่อสู้กับอุปสรรคคุณค่าในตัวเอง การคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพและการเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่น และการเรียนรู้ผ่านสิ่งที่ร้ายและไม่แน่นอน การศึกษานี้ทำให้ทราบว่ากระบวนการปรับตัวของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เกิดขึ้นจากรากฐานของความ เป็นอัตลักษณ์ในตนเองและวิชาชีพ ดังนี้ การผ่านเหตุการณ์เลวร้ายและไม่แน่นอนมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดการปรับตัว การติดต่อสื่อสารในบุคลากรทางการแพทย์ การบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลทางด้านการทำงาน และการดูแลตนเอง ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือข้อคำถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ขาดบางหัวข้อ เช่นความคิดที่สัมพันธ์กับอัตลักษณ์ในวิชาชีพ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น มนุษยธรรม เป็นต้น

Ironside (2018) ศึกษามุมมองของแพทย์ประจำบ้านและสถาบันฝึกอบรมในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ปัจจัยและกลวิธีในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน ใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 14 กลุ่ม 5 สาขาเฉพาะทาง ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ และ จิตเวชศาสตร์ ในเมือง Los Angeles และ Fontana ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์แพทย์ประจำบ้านแยกออกจากคณะอาจารย์ที่รับผิดชอบบริหารการฝึกอบรม มีแพทย์ประจำบ้านเข้าเกณฑ์ ร้อยละ 40 (72/180) จัดกลุ่มสัมภาษณ์ กลุ่มละ 10 คน คณะอาจารย์ที่รับผิดชอบบริหารการฝึกอบรมเข้าเกณฑ์ ร้อยละ 52 (48/92) จัดกลุ่มสัมภาษณ์ กลุ่มละ 7 คน หลังจากการสัมภาษณ์ นำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการบันทึกเสียง มาถอดและวิเคราะห์

เพื่อหาประเด็น โดยใช้ Matrix-based approach เพื่อทราบถึงหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้ 5 ประเด็นดังนี้ 1) ความเข้าใจหรือไม่เข้าใจถึงความหมายและวัตถุประสงค์ของงานที่ทำ แพทย์ประจำบ้านรู้สึกที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่มากกว่าการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยของการทำงานทางด้านบวกได้แก่ มีความก้าวหน้า เป็นที่ยอมรับ และได้รับความสำคัญ ได้เรียนรู้ การเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีความหลากหลายในงานและมีโอกาสได้สอน มีข้อมูลเพียงพอที่ช่วยในการตัดสินใจ 2) ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า เกิดจากปริมาณงานที่มาก ทำให้ขาดสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว นอกจากนี้ไม่มีเวลาสำหรับออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อน และงานอดิเรก 3) วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องเป็นบุคคลแรกที่ต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ทางด้านอาจารย์ที่รับผิดชอบการฝึกอบรมให้ความเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านไม่มีความอดทน เพราะแพทย์ประจำบ้านอยู่ใน generation Y (เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2523 ถึง 2543) เป็นผู้มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ยึดถือตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคม ต้องการรูปแบบชีวิตที่มีความยืดหยุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2563) 4) พบความเครียดที่สูงขึ้นเป็นปกติจากการเปลี่ยนจาก นิสิต แพทย์เป็นแพทย์ประจำบ้าน 5) ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและนอกที่ทำงาน ผู้ให้ข้อมูลแนะนำถึงกลยุทธ์ในการป้องกันและบรรเทาภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้ ระดับบุคคลควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ มีสร้างเครือข่ายทางสังคมของแพทย์ประจำบ้าน และเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการฝึกอบรม การศึกษานี้เน้นถึงกลวิธีในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในอนาคตและเป้าหมายที่สำคัญเน้นที่การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการฝึกอบรม ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือแพทย์ประจำบ้านบางสาขามีเพียงสถาบันเดียวทำให้ไม่อาจครอบคลุมไปถึงอีกสถาบันหนึ่งได้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ได้บอกความจริงทั้งหมดขณะสัมภาษณ์ มีการสัมภาษณ์แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 การจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ในแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน การศึกษานี้ไม่ได้สำรวจถึงความแตกต่างในแต่ละชั้นปีและไม่ได้ประเมินถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมที่จัดขึ้น

Walsh et al. (2019) ศึกษาถึงกุญแจสำคัญของการแทรกแซงเพื่อป้องกันและลดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลในประเทศไอร์แลนด์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิภาพของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน และความพึงพอใจในประเด็นของการแทรกแซง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ หลังจากการสำรวจระดับประเทศเกี่ยวกับความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) และวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) ในอาจารย์แพทย์สาขาต่าง ๆ จำนวน 16 คน และแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ จำนวน 16 คน ในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ เน้นการปฏิบัติและการแทรกแซงอย่างเป็นระบบไม่เน้นตัวบุคคล ผลการศึกษาผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น มีการขาดแคลนแพทย์ ความจำเป็นอย่างเร่งด่วนคือการจัดหาบุคลากรให้เพียงพอ สำหรับเรื่องการ

แทรกแซง อันดับแรกได้แก่การเข้าถึงสิทธิ์การลาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย การทราบล่วงหน้าและมีระบบในการจัดหาบุคคลมาทำงานแทนเมื่อมีการลาเกิดขึ้น ลำดับถัดไปเป็นการส่งเสริมทางด้านการจัดการจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อมของการทำงานในชีวิตประจำวัน เวลาและการฝึกอบรมสายงานทางคลินิก กิจกรรมที่เป็นกุญแจในการจัดการ เช่น การให้คำแนะนำ การแทรกแซงโดยการจัดการศึกษาที่เน้นด้านความเสี่ยงจากความเครียดจากการทำงาน แนวทางการดูแลรักษา การดูแลตนเอง และการฝึกอบรมถึงการดูแลซึ่งกันและกันในระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากสายงานทางคลินิก ขาดทักษะและเวลาเกี่ยวกับการจัดการด้านบุคคล องค์กรแพทย์ควรพัฒนาการจัดการทักษะทางคลินิกอย่างเป็นระบบ วัฒนธรรมขององค์กรต้องเปลี่ยนแปลงจากการแข่งขันและตีตรา เป็นวัฒนธรรมของการเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกมาอย่างจำเพาะเจาะจง ศึกษาในสถาบันฝึกอบรมและโรงเรียนแพทย์ ไม่ได้ศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

Wainwright et al. (2019) ศึกษาถึงภาวะเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในงานในแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยาในประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความพอใจและความสุขในการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือต้องการหาปัจจัยในการป้องกัน และอาจมีประโยชน์เป็นแนวทางในการรับเข้า การจัดการและการติดตามแพทย์ประจำบ้าน ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกจากการศึกษาเชิงปริมาณ เรื่องความพึงพอใจและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-being) ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา (Satisfaction and wellbeing in anaesthetic training study (SWeAT)) โดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทางโทรศัพท์ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง สัมภาษณ์จนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว สัมภาษณ์แพทย์ประจำบ้านจำนวน 12 คน นำมาวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยแบ่งผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ยากกว่า (มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานและซึมเศร้า) จำนวน 10 คน กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ง่ายกว่า มีผู้ให้ข้อมูลบางคนได้เข้ารับการรักษาแล้ว โดยมีประเด็นดังนี้ ประเด็นที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน แบ่งเป็นประเด็นรองดังนี้ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยามีความรู้สึกสนุกเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี การสนับสนุนจากครอบครัวและที่ทำงาน ประเด็นที่ 2 ความเครียดจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา แบ่งเป็นประเด็นรองดังนี้ ปริมาณงานที่ไม่ใช่ทางคลินิกมีปริมาณมากโดยปราศจากการจัดสรรเวลา ความเหนื่อยอ่อนจากความรับผิดชอบที่หลากหลาย ความรัก/เกลียดสัมพันธ์กับงาน ความรู้สึกถึงขอบเขตและความไม่ปลอดภัยในงาน เช่น การขึ้นศาล การเปลี่ยนแปลงเส้นทางของสังคมในการพบแพทย์ ประเด็นที่ 3 คำแนะนำที่ทำให้สภาพการทำงานและการฝึกอบรมดีขึ้น แบ่งเป็นประเด็นรองดังนี้ ต้องการเวลาเพื่อทำงานที่ไม่ใช่ทางคลินิก มีอาจารย์ที่ปรึกษาเพียงพอและได้รับ

ข้อมูลป้อนกลับ เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรเป็นการให้ความรู้และสนับสนุนการมีสุขภาพจิตที่ดี อย่างเป็นระบบ มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองทั้งในและนอกที่ทำงาน ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลไม่สมดุลโดย จำนวน 10 คน มีคะแนนความไม่พึงพอใจในงานสูงและเสี่ยง ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ของการศึกษาด้านคุณภาพพบประเด็น ดังนี้ นโยบายและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Miyasaki et al., 2017) ด้านภาระงาน ทั้งทางด้าน การดูแลผู้ป่วยและ งานเอกสารทางการแพทย์ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (Ironsides, 2018; Miyasaki et al., 2017; Rutherford and Oda, 2014; Wainwright et al. 2019; Walsh et al. 2019) การมีส่วนร่วม ความเป็นมืออาชีพ อัตลักษณ์ของวิชาชีพ (Miyasaki et al., 2017; Rutherford and Oda, 2014; Winkel et al., 2017) แนวทางการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุน (Miyasaki et al., 2017; Rutherford and Oda, 2014; Winkel et al., 2017; Wainwright et al. 2019; Walsh et al. 2019) ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียดจากการทำงาน การดูแลตนเอง และดูแลซึ่งกัน และกัน (Rutherford and Oda, 2014; Walsh et al. 2019) วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์ (Ironsides, 2018; Winkel et al., 2017; Wainwright et al. 2019; Walsh et al. 2019) การเรียนรู้ ที่ผ่านเหตุการณ์ที่เลวร้ายและความไม่แน่นอน มีส่วนในการทำให้เกิดการปรับตัว (Winkel et al., 2017) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพและการเห็นอกเห็นใจ (Ironsides, 2018; Rutherford and Oda, 2014; Winkel et al., 2017) ความเครียดที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนจากนิสิตแพทย์เป็น แพทย์ประจำบ้าน (Ironsides, 2018) สรุปประเด็นต่าง ๆ ดังตารางที่ 3



ตาราง 3 สรุปประเด็นและข้อเสนอแนะของการศึกษาเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม

ชื่อผู้แต่ง	ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
Rutherford และ Oda (2014)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประสบการณ์การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน</li> <li>2) ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหมดไฟ</li> <li>3) ปัจจัยป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน</li> </ol>	4) ข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน
Miyasaki et al. (2017)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) นโยบายและบุคคลที่ส่งผลต่อการทำงานของแพทย์</li> <li>2) ภาระงานทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย เอกสาร ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน</li> <li>3) การมีส่วนร่วมความเป็นมืออาชีพ</li> </ol>	4) แนวทางการแก้ไขปัญหในระดับระบบและระดับบุคคล การสนับสนุน
Winkel et al. (2017)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) เส้นทางของตนเองกับการเป็นมืออาชีพ</li> <li>2) วัฒนธรรมองค์กรที่มีการแข่งขัน</li> <li>3) การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน</li> <li>4) คำแนะนำถึงแนวทางในการทำงานและการต่อสู้กับอุปสรรค</li> <li>5) คุณค่าในตัวเอง</li> <li>6) การคาดหวังของตนเองและผู้อื่น</li> <li>7) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพ</li> <li>8) การเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่น</li> <li>9) การเรียนรู้ผ่านสิ่งที่ร้ายและไม่แน่นอน</li> </ol>	
Ironside (2018)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ความเข้าใจหรือไม่เข้าใจถึงความหมายและวัตถุประสงค์ของงานที่ทำ</li> <li>2) ความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว</li> <li>3) วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์</li> <li>4) ความเครียด</li> <li>5) ความสัมพันธ์ระหว่างที่ทำงานและนอกที่ทำงาน</li> </ol>	

ตาราง 3 สรุปประเด็นและข้อเสนอแนะของการศึกษาเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม  
(ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
Wainwright et al. (2019)	1) ความพึงพอใจในงาน 2) ความเครียด	3) คำแนะนำที่ทำให้สภาพการทำงานและการฝึกอบรมดีขึ้น

การศึกษาเชิงคุณภาพ จะพบประเด็นเชิงลึกในการทำความเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการลดภาวะหมดไฟ

#### การศึกษาเชิงผสมผสาน

##### การศึกษาในประเทศ

ไม่พบการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสานของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

##### การศึกษาต่างประเทศ

Alrawashdeh et al (2021) ศึกษาถึงภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงานของแพทย์ในช่วงวิกฤตการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธีแนวทางแบบคู่เข้า-คู่ขนาน (Convergent parallel mixed-method study) ในประเทศจอร์แดน เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงานสำรวจความคิดเห็น ประสบการณ์ การรับรู้ที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน การศึกษาเชิงปริมาณโดยการส่งแบบสำรวจผ่าน google form ไปยังแพทย์ในประเทศจอร์แดนจำนวน 973 คน แบบสำรวจประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ข้อมูลลักษณะประชากรและสังคม แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานใช้ Burnout Measure, Short version (BMS) และ ความพึงพอใจในงานใช้ Short Index of Job Satisfaction (SIJS) สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แพทย์ผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 11 คน มีการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 57.7 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้แก่ เพศหญิง ทำงานในโรงพยาบาลที่มีปริมาณงานมาก รายได้น้อยกว่า 700 ดินาร์จอร์แดน ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การอยู่เวรกลางคืน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment (PPE)) และตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานได้แก่

อายุ ภาวะหมดไฟในการทำงาน การสูบบุหรี่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รายได้น้อยกว่า 700 ดินาร์จอร์แดนและทำงานในโรงพยาบาลที่มีปริมาณงานมาก สำหรับการศึกษาระดับปริญญาโท พบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การทำงานมีผลต่อความเครียดทางจิตใจในท่ามกลางการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2) ประสบการณ์ในความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ 3) ผลกระทบต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และทักษะทางสายวิชาชีพ 4) ผลกระทบทางเศรษฐกิจในช่วงการระบาดและการปิดพื้นที่ (lockdown) สรุปจากการศึกษานี้พบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีผลกระทบต่อกายและจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการและการตัดสินใจของสถาบันมีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงาน ความเหมาะสมของทรัพยากรบุคคลและค่าตอบแทนเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้บุคลากรทางการแพทย์ยังคงอยู่ในงานโดยเฉพาะช่วงวิกฤต ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เป็นการศึกษาช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลประเมินแบบทดสอบด้วยตนเองมีผลทำให้มีอคติในการย้อนนึก สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาเชิงคุณภาพไม่เห็นภาษากายเนื่องจากเป็นสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ของการศึกษาเชิงผสมผสานพบประเด็นเกี่ยวกับปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้ ความเครียดทางด้านจิตใจ ประสบการณ์ในความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ผลกระทบต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ทักษะวิชาชีพ และผลกระทบทางเศรษฐกิจ (Alrawashdeh et al., 2021)

**สรุปภาพรวม** จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบความชุกสูงในแพทย์ประจำบ้านสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา พบร้อยละ 18-75 (Moradi et al., 2016) จากการศึกษาเชิงปริมาณพบตัวแปร คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 2) ทักษะติดต่อกับงาน 3) ข้อมูลภาระงาน 4) ปัจจัยด้านการเรียน 5) การปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพพบประเด็น คือ 1) นโยบาย กฎระเบียบ 2) วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพ 4) เส้นทางของตนเองกับการเป็นมืออาชีพ 5) คุณลักษณะส่วนบุคคล 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน 7) แนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและรายบุคคล การสนับสนุน และ 8) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั้งนี้การศึกษาเชิงผสมผสานเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อลดภาวะหมดไฟในพื้นที่ได้

## กรอบความคิด

การทำงานและการเรียนต่อยอดความรู้ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภายใต้สถานการณ์ความซับซ้อนของระบบสุขภาพและสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานและการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด โดยภาวะหมดไฟในการทำงานของการศึกษานี้ หมายถึง ภาวะของความอ่อนล้าของอารมณ์ จิตใจและร่างกายที่มีความเครียดสะสมจากการทำงานเป็นเวลายาวนาน แพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ แพทย์ที่เรียนจบการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต ผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ใช้ทุน เข้าฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ใช้เวลาฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 3 ปี แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ แพทย์ที่จบแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เข้าฝึกอบรมต่อเพื่อลงรายละเอียดเชิงลึกในสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ใช้เวลาฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 2 ปี แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น มีชั่วโมงการทำงานยาวนานและต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน แต่สามารถควบคุมการทำงานต่างๆ ได้น้อย นอกจากนี้มีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยระดับบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อมในการฝึกอบรม นโยบายของหน่วยงาน ที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน รูปแบบการวิจัยแบบสามเส้า (Mixed methods: triangulation design) เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณหาคำตอบไปพร้อมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ และให้น้ำหนักความสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองอย่างเท่าเทียมกัน มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ภาวะหมดไฟในการทำงาน ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำให้ได้คำตอบในประเด็นที่ต่างกัน แต่อยู่ภายใต้ปัญหาวิจัยเดียวกัน และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปตีความร่วมกัน ในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกันของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา นำไปสู่การวางแผนลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ลดผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงาน พัฒนาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อันจะทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีคุณภาพชีวิตระหว่างการฝึกอบรมที่ดี



ภาพ 1 กรอบความคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงาน และข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ 2) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และ 3) เพื่อค้นหาข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

แผนการดำเนินงานตลอดการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระเบียบวิธีการวิจัยหรือกระบวนการวิจัย (Methodology) โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) รูปแบบการศึกษาแบบแผนแบบสามเส้า (Triangulation design) (Creswell & Plano Clark, 2018) โดยการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ให้ความสำคัญของข้อมูลทั้งสองเท่าเทียมกัน และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปตีความร่วมกันในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟ ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานและข้อเสนอแนะ

แนวทางป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสรุปการดำเนินการดังนี้

#### การศึกษาเชิงปริมาณ

ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามและแบบทดสอบประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะ 2) ทักษะคิดต่องาน 3) ข้อมูลภาระงาน 4) ปัจจัยด้านการเรียน 5) การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และ 6) แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory for healthcare professionals (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย

#### การศึกษาเชิงคุณภาพ

ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ร่วมกับการค้นหาข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดำเนินการโดยสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

### **ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล**

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปีการศึกษา 2564 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565

#### ผู้ให้ข้อมูล

#### การศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษานี้ประชากร ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 7 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 4 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 4 คน แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1 จำนวน 3 คน และชั้นปีที่ 2 จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน

#### การศึกษาเชิงคุณภาพ

สำหรับขนาดของผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยคุณภาพนั้น ตามหลักการกำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพไม่ควรมีขนาดใหญ่เกินไป ซึ่งจะทำให้ยากต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ควรมีขนาดเล็กเกินไปจนไม่สามารถ ไปถึงจุดที่ข้อมูลอิ่มตัว และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ควรสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 5-30 คน (ประไพพิมพ์ สุธีสินนท์ และประสพชัย พสุนนท์, 2559 อ้างถึงใน Nastasi และ Schensul, 2005) การศึกษานี้เป็นการศึกษาประชากรโดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และ

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 21 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปัจจุบันฝึกอบรมที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีโรคประจำตัว เช่น โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่รับประทานยาต้านเศร้า

#### เกณฑ์การถอน (Withdrawal criteria)

ไม่มี หากอาสาสมัครไม่สามารถมาเข้าร่วมในวันที่กำหนดทางผู้วิจัยจะนัดอาสาสมัครเป็นรายบุคคลเพื่อให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูล 6 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ หลักสูตรการฝึกอบรม ชั้นปีการศึกษา สถานภาพ ปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรคประจำตัว จำนวนบุตร สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต เกรดเฉลี่ย รายได้ หนี้สิน ปัญหาค่าตอบแทนออกค่าเช่าหรือค่าง่าย ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และการใช้ยานอนหลับในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. ข้อมูลทัศนคติต่องาน ได้แก่ ความพึงพอใจในงานและในวิชาชีพ การคิดลาออกจากการฝึกอบรม และการไม่กลับมาในสายวิชาชีพที่ตนศึกษาถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

3. ข้อมูลภาระงาน ได้แก่ ภาระงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ งานเอกสาร จำนวน ผู้ป่วยที่ดูแลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด ชั่วโมงการนอน การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน มีอาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน เช่น อาจารย์เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย เป็นต้น ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะโดนฟ้องร้อง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง



4. ปัจจัยด้านการเรียน ได้แก่ มีกิจกรรมด้านวิชาการ การสอบ การทำวิจัย เวลาในการอ่านหนังสือ และบทบาทของอาจารย์แพทย์ที่ปรึกษา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

5. การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้แก่ การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผลกระทบต่อการทำงาน ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงตารางการหมุนเวียน (Elective rotation) หรือการลาพักร้อน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

6. แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้ Maslach Burnout Inventory-Health Services Survey (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย ลิขสิทธิ์จาก Mind Garden Incorporated มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ โดยแบ่งภาวะหมดไฟในการทำงานออกเป็น 3 ด้าน

6.1). ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มี 9 ข้อ ดังนี้ 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 และ 20 คะแนนเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) คะแนนด้านนี้อยู่ระหว่าง 0-54 ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 0- 16 แปลผลมีภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับระดับต่ำ คะแนน 17-26 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนน 27-54 เท่ากับระดับสูง ค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 (Maslach, et al., 2018; Maslach & Jackson, 1981).

6.2). ด้านลดความเป็นบุคคล มี 5 ข้อ ดังนี้ 5, 10, 11, 15 และ 22 คะแนนเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 ถ้าคะแนนได้ 0-6 เท่ากับภาวะหมดไฟระดับต่ำ คะแนน 7-12 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนน 12-30 เท่ากับระดับสูง ค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79 (Maslach, et al., 2018; Maslach & Jackson, 1981).

6.3). ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล มี 8 ข้อ มีหัวข้อที่ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 และ 21 คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-48 ถ้าคะแนน มากกว่า 38 เท่ากับระดับต่ำ คะแนน 32-38 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนน 0-31 เท่ากับระดับสูง ค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71 (Maslach, et al., 2018; Maslach & Jackson, 1981)

### การแปลความหมายภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ 27-54 การลดความเป็นบุคคลระดับสูง คะแนนตั้งแต่ 12-30 และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ คะแนนตั้งแต่ 0-48 (Maslach et.al, 2018)

มีรายงานการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้าน กล่าวถึงเกณฑ์พิจารณาภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูง (Thomas, 2004).

### การศึกษาเชิงคุณภาพ

การดำเนินการแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลแบบเปิดกว้าง มีความยืดหยุ่น โดยใช้คำถามปลายเปิด แนวคำถามจะเกี่ยวข้องกับข้อมูลสภาพ ปัจจัยและข้อเสนอแนะในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดคำถามสัมภาษณ์ จากแนวทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อคำถามสามารถปรับได้ตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์เชิงลึกหรือเพิ่มประเด็นอื่นจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นจริง (In-depth insight) ของสถานการณ์นั้นโดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

ประเด็นคำถามระยะเปลี่ยนผ่าน 3 ประเด็น ดังนี้

1. วิชาชีพแพทย์
2. ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน
3. ประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ประเด็นคำถามหลัก 8 คำถามหลัก

1. นโยบาย กฎระเบียบ
2. วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพ
4. เส้นทางของตนเองกับการเป็นมืออาชีพ
5. คุณลักษณะส่วนบุคคล
6. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน
7. แนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและรายบุคคล การสนับสนุน
8. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

เมื่อได้ข้อคำถามระยะเปลี่ยนผ่าน และคำถามหลัก ได้ดำเนินการจัดพิมพ์ (ร่าง) ข้อคำถาม และนำร่างข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม ได้แก่ จุดมุ่งหมายของการศึกษา เนื้อหาสาระในแนวคำถามและแนวคำถามชัก และความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดพิมพ์ข้อคำถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

สำหรับตัวผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้มีการฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำแบบสัมภาษณ์ ลักษณะกึ่งโครงสร้าง ไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียง ถอดเสียงที่บันทึกเป็นคำต่อคำ และสร้างรหัสข้อมูล ก่อนลงพื้นที่จริง

### การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

#### การศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงปริมาณมีตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้แก่ คุณลักษณะประชากร ทัศนคติต่องาน ข้อมูลภาระงาน ปัจจัยด้านการเรียน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งตัวแปรต้นได้ข้อคำถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ สำหรับตัวแปรตามคือภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้แบบทดสอบ Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย โดยซื้อลิขสิทธิ์จาก Mind Garden Incorporated ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานสากลนำมาใช้ทั้งฉบับทุกข้อคำถามไม่มีการดัดแปลง สามารถแบ่งภาวะหมดไฟในการทำงานได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล แบบทดสอบมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์แบบแอลฟาของครอนบาคแต่ละด้านเท่ากับ 0.9, 0.79 และ 0.71 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้นำตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) จิตแพทย์ 2) อาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) นักจิตวิทยาผู้ใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจนของข้อคำถาม และความถูกต้องทางภาษา รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ข้อคำถามที่นำไปใช้ได้จะต้องมีการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหาในคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-objective congruence index: IOC) โดยในการศึกษานี้ใช้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

### การศึกษาเชิงคุณภาพ

ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงคุณภาพ มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นระยะเวลาานาน (Prolonged engagement) นานจนผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) กับผู้ให้ข้อมูลจนแน่ใจว่าจะได้ความจริงจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อผลในการสร้างความเชื่อถือของข้อมูลในระดับสูง (Lincoln & Guba, 1985) ขณะสัมภาษณ์เชิงลึกมีการบันทึกเสียงและบันทึกของนักวิจัย (Researcher notes) มีการถอดเสียงที่บันทึกเป็นคำต่อคำ ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังตารางที่ 4



#### ตาราง 4 ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงคุณภาพ

ความน่าเชื่อถือ	วิธีการดำเนินการ
1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)	การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกในเวลานานเพียงพอเหมาะสม ซึ่งการใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมนั้น จะทำให้ผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคุ้นเคยจนเกิดความไว้วางใจและได้ข้อมูลเชิงลึก
2. การตรวจสอบสามเส้าระหว่างบุคคล (Personal data triangulation)	ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากประชากรทุกคนที่ได้รับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ทุกชั้นปี ทำได้ข้อมูลเพื่อนำมายืนยันความจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่
3. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) หรือการอธิบายข้อมูลแบบละเอียด (Thick description)	ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลบริบทของพื้นที่ ลักษณะการเรียนการสอน การฝึกอบรมอย่างละเอียดในพื้นที่ในหัวข้อภาวะหมดไฟในการทำงานและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ. ภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน และมีการเขียนวิธีการวิจัยในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงผลการศึกษาที่มีการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbaton) และนำมาจัดกลุ่มประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Sub-theme) อย่างละเอียด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการภายนอกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและผู้อำนวยการกองสูตินรีกรรม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปีการศึกษา 2564 ช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

3. ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความขออนุญาตถึงคณะกรรมการศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ คัดค้านทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อพิจารณาขอจริยธรรมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จริง ดังนี้

### การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาประชุม ทำเอกสารขอความร่วมมือ เพื่อชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัย และรายละเอียดของแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน พร้อมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการฝึกอบรม ผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามพร้อมซองเพื่อปิดผนึกส่งกลับให้กับผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสำรวจทั่วไปและแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงานโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรำลึกข้อมูลย้อนหลัง 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบได้ตลอดเวลาที่กล่องหน้าสำนักงานของกองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และนัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกหลังจากได้แบบสอบถามครบถ้วน การจัดประชุมเพื่อชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย วางแผนการจัดการประชุมตามสถานการณ์ ดังนี้

4.1 ในสถานการณ์ปกติ จะนัดหมายแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุกคน จำนวน 21 คน ประชุมพร้อมกันที่ห้องประชุมของกองสูตินรีกรรมที่สามารถบรรจุคนได้ 50 คน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถามและแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

4.2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดประชุมปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรค วางแผนจัดประชุม 1 รอบ โดยใช้ห้องประชุมของกองสูตินรีกรรมที่สามารถบรรจุคนได้ 50 คน ก่อนเข้าร่วมประชุมมีการวัดอุณหภูมิ ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลและสวมหน้ากากอนามัยทุกคน ในห้องจัดประชุม มีการงดอาหารว่าง มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล

1-2 เมตร ใช้เวลาประชุมประมาณ 20-30 นาที แต่ถ้ากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขกำหนดผู้เข้าร่วมประชุมไม่เกิน 5 คน วางแผนจัด 5-6 รอบละ 4-5 คน

4.3 สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไม่สามารถเข้าร่วมประชุมตั้งแต่วันและเวลาดังกล่าวทางผู้วิจัยจะทำการนัดเป็นรายบุคคลเพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัยและนัดสัมภาษณ์เชิงลึก

#### การศึกษาเชิงคุณภาพ

การดำเนินการแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสมบูรณ์แล้ว จะทำการถอดเสียงสนทนาเป็นคำต่อคำโดยผู้ทำการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลตามความอนุญาตเท่านั้น และได้ขออนุญาตในการนำข้อความมานำเสนอในการวิจัย นำเสนอโดยใช้ชื่อสมมติ จะไม่มีผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่ทำการเผยแพร่ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยแบ่งคำถามเป็นข้อคำถามระยะเปลี่ยนผ่าน และคำถามหลัก

การจัดการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ถ้าเป็นช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรค โดยจัดในห้องประชุมในห้องคลอড มีการวัดอุณหภูมิ ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล และสวมหน้ากากอนามัยก่อนเข้าร่วมการจัดการสัมภาษณ์เชิงลึก ขณะสัมภาษณ์เชิงลึก งดอาหารว่าง และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร

#### การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทัศนคติต่องาน ข้อมูลภาระงาน ปัจจัยด้านการเรียน การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน และข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่วางไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### การศึกษาเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านข้อมูลคุณลักษณะ ทัศนคติต่องาน ภาระงาน ปัจจัยด้านการเรียน การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่  $p < 0.05$  ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา
  - 1.1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม (Qualitative data) โดยการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ
  - 1.2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ที่มีการกระจายปกติ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
  - 1.3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายไม่ปกติ โดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range)
2. สถิติเชิงอนุมาน
  - 2.1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติเชิงอนุมาน Fisher's exact test (เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงของข้อมูลอันดับสเกล (Ordinal))
  - 2.2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายปกติ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Student t-test
  - 2.3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายไม่ปกติ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Mann-Whiney U test

#### การศึกษาเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง จัดระเบียบข้อมูล สร้างรหัสข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอแบบการสรุปอุปมาน (Analytic induction)

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาทางด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น และหาทางป้องกันตลอดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โครงการวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครที่เป็นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จำนวน 21 คน ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลคำอธิบายและขอความยินยอมกับอาสาสมัคร คือ หัวหน้าโครงการวิจัย ซึ่งไม่ได้มีอิทธิพลต่ออาสาสมัคร เพื่อชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัยและรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบทดสอบ และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบ



กึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เคารพความเป็นบุคคล และรักษาความลับของอาสาสมัคร พร้อมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการฝึกอบรม หลังจากที่อาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อ การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจปราศจากอิทธิพลใด ๆ บังคับขู่เข็ญหรือชักจูง อาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัคร (Risk and benefit) อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่จะเป็นข้อมูลในงานวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ เสนอเป็นแนวทางให้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบรายวิชาใช้ในการกำหนดนโยบายการจัดระบบการฝึกอบรม และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และเสนออาจารย์ผู้สอนเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน การให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา สุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

3. การรักษาความลับของอาสาสมัคร (Privacy and confidentiality) โดยในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบทดสอบ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เคารพความเป็นบุคคล และรักษาความลับของอาสาสมัคร และไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร และจะมีการถอดเทปบันทึกเสียงโดยใช้นามสมมติของอาสาสมัคร เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยและเทปบันทึกเสียงจะถูกจัดเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกที่ห้องทำงานของหัวหน้าโครงการ กองสุติธรรม จะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสล็อกของหัวหน้าโครงการเท่านั้น จะมีการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

4. หลักความยุติธรรม (Justice) เนื่องจากโครงการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลของอาสาสมัครที่เป็นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จำนวน 21 คน ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นการรับอาสาสมัครทุกคนที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือก มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

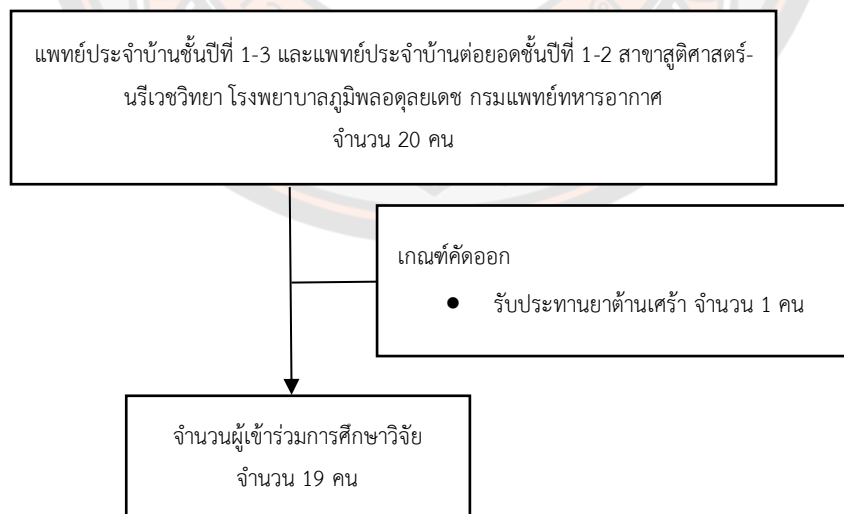
5. อุปสรรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและความรับผิดชอบของผู้วิจัย (Challenges and risks towards participants including investigator's responsibility) คือ อุปสรรคหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร เช่น คำถามบางคำถามอาจกระทบกระเทือนจิตใจอาสาสมัคร และเสียเวลา ดังนั้นผู้วิจัยมีวิธีป้องกันโดยการมีนักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ หากมีกรณีดังกล่าวเกิดขึ้น

6. ผลกระทบต่อชุมชนและมาตรการการป้องกันหรือการจัดการผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้อง

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงาน และข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน ได้มาจากการเก็บข้อมูลการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ แบบสอบถามและแบบทดสอบประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะ 2) ทักษะคิดต่อ งานและวิชาชีพ 3) ข้อมูลภาระงาน 4) ปัจจัยด้านการเรียน 5) การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของผู้ให้ข้อมูล 6) แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน MBI-HSS ฉบับภาษาไทย ข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพได้จากการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ในต้นปีการศึกษา จำนวน 21 คน ก่อนเริ่มการศึกษาแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ลาออก 1 คน เหลือแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 20 คน คัดออกเนื่องจากได้รับยาต้านเศร้า 1 คน จำนวนผู้ให้ข้อมูลวิจัยทั้งหมด จำนวน 19 คน (ภาพที่ 2)



ภาพ 2 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลวิจัย

โดยบทนี้ จะนำเสนอผลการวิจัยใน 2 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาเชิงปริมาณ
  - 1.1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร ทิศนคติต่องาน ข้อมูลภาระงาน ปัจจัยด้านการเรียน และการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019
  - 1.2. ผลการศึกษาความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน
  - 1.3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ
  - 2.1. ความชุกและความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน
  - 2.2. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน
  - 2.3. ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน
  - 2.4. ข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

### การศึกษาเชิงปริมาณ

#### ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ผลการศึกษา ดังนี้
  - เพศ ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 และ เพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8
  - อายุ ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 30.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.26
  - ระดับการอบรม ผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6
  - ชั้นปีการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และน้อยที่สุดคือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 2 จำนวนละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8
  - เกรดเฉลี่ย มีค่าเฉลี่ย 3.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27
  - สถานภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีสถานภาพโสด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 และสมรส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3
  - จำนวนบุตร ผู้ให้ข้อมูลไม่มีบุตร จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 และมีบุตร 1 คน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8

โรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 และมีโรคประจำตัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 เป็นโรคภูมิแพ้ และผื่นแพ้ จำนวนละ 1 คน

จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ผู้ให้ข้อมูลจบการศึกษาเป็นระยะเวลา 4 ปี และ 5 ปี จำนวนละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 รองลง คือ 4 ปี 7 ปี และ 8 ปี จำนวนละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 และน้อยที่สุดจบ 9 ปี และ 10 ปี จำนวนละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ค่าเฉลี่ย 6.32 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73

สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต ผู้ให้ข้อมูลจบจากสถาบันส่วนกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 และส่วนภูมิภาค จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1

รายได้ต่อเดือน ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ระหว่าง 15,000-25,000 บาท และมากกว่า 25,000-35,000 บาท จำนวนอย่างละ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 และรายได้มากกว่า 35,000-บาท จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4

ภาระส่วนบุคคลและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลไม่มีภาระ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 และมีภาระ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4

ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย ผู้ให้ข้อมูลไม่มีปัญหา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 และมีปัญหา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6

การใช้จ่ายนอนหลับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูล ไม่ใช้จ่ายนอนหลับ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 และใช้จ่ายนอนหลับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8

ความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาให้ครอบครัว มีค่ามัธยฐาน 7.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทล์ 3.00-28.00 ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาให้เพื่อนหรือแฟน มีค่ามัธยฐาน 7.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทล์ 4.50-20.00 ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาออกกำลังกาย มีค่ามัธยฐาน 2.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทล์ 0.00-5.00 และผู้ให้ข้อมูลมีเวลาสำหรับงานอดิเรก มีค่ามัธยฐาน 7.50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทล์ 6.00-20.00

ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

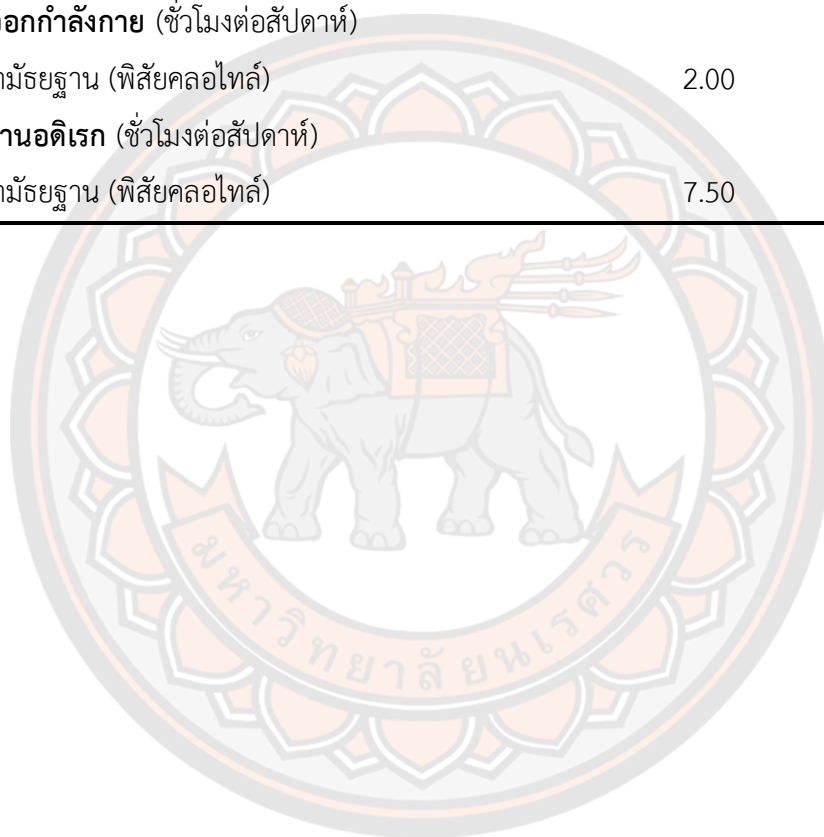
ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	3	15.8
หญิง	16	84.2
<b>อายุ</b> ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	30.5	( $\pm$ 2.26)
<b>ระดับการอบรม</b>		
แพทย์ประจำบ้าน	13	68.4
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	6	31.6
<b>ชั้นปี</b>		
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	6	31.6
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	3	15.8
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	4	21.0
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1	3	15.8
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 2	3	15.8
<b>เกรดเฉลี่ย</b> ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.22	( $\pm$ 0.27)
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	14	73.7
สมรส และอยู่ด้วยกัน	5	26.3
<b>จำนวนบุตร</b>		
0 คน	16	84.2
1 คน	3	15.8
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	17	89.5
มี	2	10.5

ตารางที่ 5 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต</b>		
10 ปี	1	5.3
9 ปี	1	5.3
8 ปี	3	15.8
7 ปี	3	15.8
6 ปี	4	21.1
5 ปี	4	21.1
4 ปี	3	15.8
ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6.32	( $\pm 1.73$ )
<b>สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต</b>		
ส่วนกลาง	11	57.9
ส่วนภูมิภาค	8	42.1
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
15,000-25,0000 บาท	7	36.8
>25,000-35,0000 บาท	7	36.8
>35,000 บาท	5	26.4
<b>การส่วนบุคคลและครอบครัว</b>		
ไม่มี	10	52.6
มี	9	47.4
<b>ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย</b>		
ไม่มี	13	68.4
มี	6	31.6
<b>การใช้ยานอนหลับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</b>		
ไม่มี	16	84.2
มี	3	15.8

ตารางที่ 5 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เวลาให้ครอบครัว (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์)	7.00	(3.00-28.00)
เวลาให้เพื่อน/แฟน (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์)	7.00	(4.50-20.00)
เวลาออกกำลังกาย (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์)	2.00	(0.00-5.00)
เวลาดูงานอดิเรก (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์)	7.50	(6.00-20.00)



## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่องาน ผลการศึกษา ดังนี้

ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจระดับปานกลางและมาก จำนวนอย่างละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมาคือระดับมากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และน้อยที่สุดคือระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในวิชาชีพ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ความพึงพอใจในงานโดยรวม ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจระดับปานกลางจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาคือระดับมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุดคือระดับมากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานโดยรวม 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70

ความคิดลาออกจากการฝึกอบรมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความคิดที่จะลาออก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 และมีความคิดที่จะลาออก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1

การเลือกเรียนสาขาสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ ผู้ให้ข้อมูล มีความคิดที่จะเลือกเรียนสาขานี้ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และมีความคิดที่จะไม่เลือกเรียนสาขานี้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 6



ตาราง 6 ข้อมูลทัศนคติต่องาน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์</b>		
ไม่พึงพอใจ	0	0.0
พึงพอใจน้อย	1	5.3
พึงพอใจปานกลาง	8	42.1
พึงพอใจมาก	8	42.1
พึงพอใจมากที่สุด	2	10.5
ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.58	( $\pm$ 0.77)
<b>ความพึงพอใจในงานโดยรวม</b>		
ไม่พึงพอใจ	0	0.0
พึงพอใจน้อย	0	0.0
พึงพอใจปานกลาง	11	57.9
พึงพอใจมาก	6	31.6
พึงพอใจมากที่สุด	2	10.5
ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.53	( $\pm$ 0.70)
<b>ความคิดลาออกจากการฝึกอบรมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา</b>		
ไม่มี	11	57.9
มี	8	42.1
<b>การตัดสินใจในการเลือกเรียนสาขาเฉพาะทาง</b>		
ไม่เลือก	1	5.3
เลือก	18	94.7

### 3. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาระงาน ผลการศึกษาพบ ดังนี้

ภาระงาน ในเวลาราชการ ผู้ให้ข้อมูลมีภาระงานในเวลาราชการ มีค่ามัธยฐาน 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 40.00-61.50 ภาระงานนอกเวลาราชการ มีค่ามัธยฐาน 21.50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 18.5-45.00 และภาระการทำงานเอกสาร มีค่ามัธยฐาน 10.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 7.00-18.00

จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ผู้ให้ข้อมูลมีการตรวจผู้ป่วยนอก มีค่ามัธยฐาน 42.50 คนต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 30.00-70.00 จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหึ่งคลอดและหอผู้ป่วยใน มีค่ามัธยฐาน 17.50 คนต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 12.00-30.00 และจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด มีค่ามัธยฐาน 5.00 คนต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทม์ 3.00-10.00

ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอนต่อวัน ผู้ให้ข้อมูลมีชั่วโมงการนอน มีค่าเฉลี่ย 5.69 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3

การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน ผู้ให้ข้อมูลมีการเข้าถึงอาหาร จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และไม่มีการเข้าถึงอาหาร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

มีอาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลมีการเข้าถึงอาจารย์รับคำปรึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความผิดพลาด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 และมีความผิดพลาด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่รุนแรง เช่น ไม่นัดตรวจสุขภาพทารกในครรภ์หรือออกไปตรวจทางห้องปฏิบัติการในการฝากครรภ์ครั้งต่อไป ดุคลื่นเสียงความถี่สูงทารกในครรภ์จากครรภ์แฝดเป็นครรภ์เดียว เป็นต้น

การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ผู้ให้ข้อมูลได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และไม่แสดงความคิดเห็น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลไม่มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 และมีปัญหา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 โดยมีปัญหาเรื่องส่วนตัว และเรื่องงาน จำนวนอย่างละ 1 คน

ความสุ่มเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีความสุ่มเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

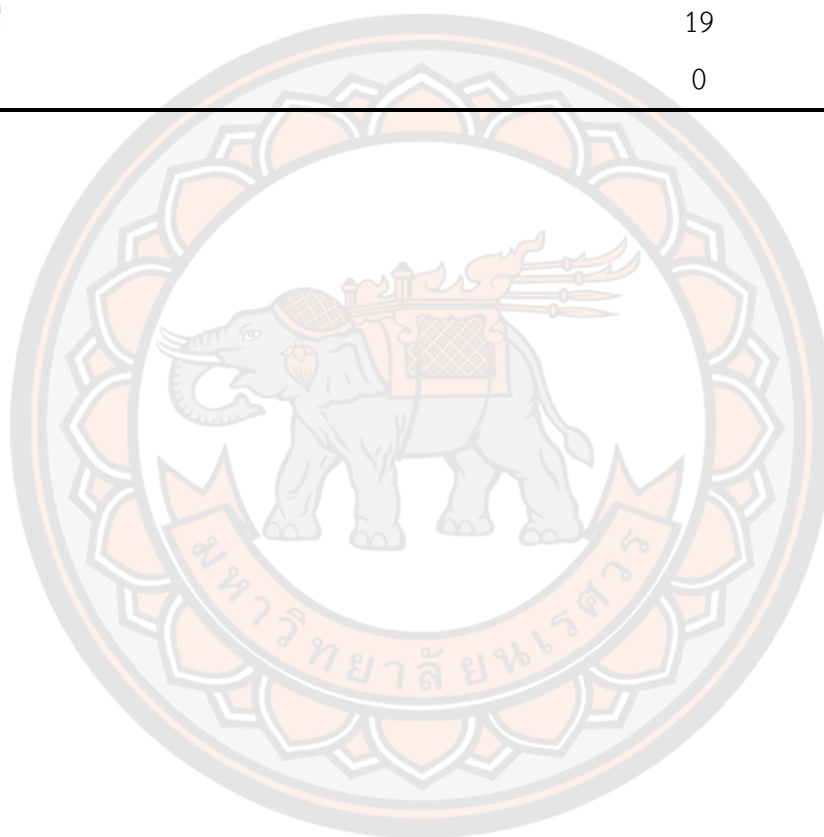
ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 7

## ตาราง 7 ข้อมูลภาระงาน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ในเวลาราชการ (ชั่วโมง/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	45.00	(40.00-61.50)
<b>นอกเวลาราชการ (ชั่วโมง/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	21.50	(18.5-45.00)
<b>การทำงานเอกสาร (ชั่วโมง/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	10.00	(7.00-18.00)
<b>การตรวจผู้ป่วยนอก (คน/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	42.50	(30.00-70.00)
<b>จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหึ่งคลอดและหอผู้ป่วยใน (คน/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	17.50	(12.00-30.00)
<b>จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด (คน/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)	5.00	(3.00-10.00)
<b>ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอน (ชั่วโมง/ต่อวัน)</b>		
ค่าเฉลี่ย (±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.69	(±1.30)
<b>การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน</b>		
ไม่มี	1	5.3
มี	18	94.7
<b>อาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน</b>		
ไม่มี	0	0.0
มี	19	100.0
<b>ความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น</b>		
ไม่มี	13	68.4
มี	6	31.6
<b>การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน</b>		
ได้รับ	18	94.7
ไม่แสดงความเห็น	1	5.3

ตารางที่ 7 ข้อมูลภาระงาน (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน</b>		
ไม่มี	17	89.6
มี	2	10.4
<b>ความสับสนเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง</b>		
ไม่มี	19	100.0
มี	0	0.0



4. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเรียน ผลการศึกษาพบว่ามีภาระการเรียน ดังนี้  
 กิจกรรมด้านวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลมีกิจกรรมวิชาการ มีค่ามัธยฐาน 2.00 ค่าพิสัยคลอไทล์

1.00-3.00

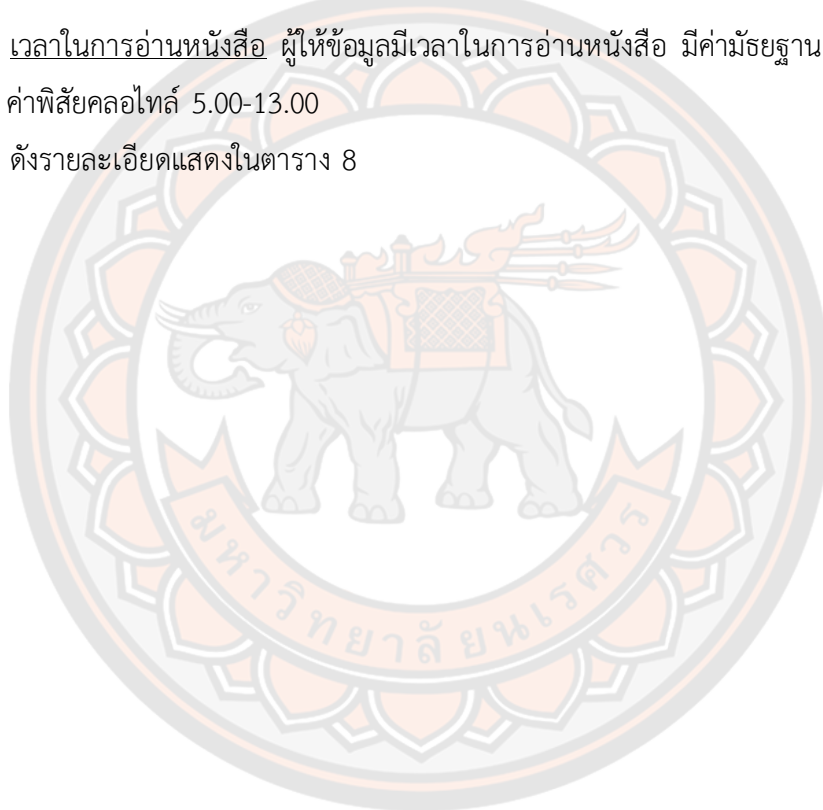
การสอบ ผู้ให้ข้อมูลมีการสอบ มีค่าเฉลี่ย 2.16 ครั้งต่อปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96

บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการเรียน บทบาทเหมาะสม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และบทบาทไม่เหมาะสม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

แนวโน้มงานวิจัยจบในช่วงการฝึกอบรม ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มงานวิจัยจบ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และงานวิจัยไม่จบ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

เวลาในการอ่านหนังสือ ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาในการอ่านหนังสือ มีค่ามัธยฐาน 10.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยคลอไทล์ 5.00-13.00

ตั้งรายละเอียดแสดงในตาราง 8



## ตาราง 8 ข้อมูลด้านการเรียน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>กิจกรรมด้านวิชาการ (ครั้ง/เดือน)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทม์)	2.00	(1.00-3.00)
<b>การสอบ (ครั้ง/ปี)</b>		
ค่าเฉลี่ย ( $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.16	( $\pm 0.96$ )
<b>บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาทางการเรียน</b>		
ไม่เหมาะสม	1	5.3
เหมาะสม	18	94.7
<b>แนวโน้มงานวิจัยในช่วงการฝึกอบรม</b>		
ไม่จบ	1	5.3
จบ	18	94.7
<b>เวลาในการอ่านหนังสือ (ชั่วโมง/สัปดาห์)</b>		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทม์)	10.00	(5.00-13.00)

5. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา  
สายพันธุ์ใหม่ 2019 ผลการศึกษา ดังนี้

การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ให้ข้อมูลมีความ  
เกี่ยวข้อง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ให้ข้อมูลได้รับวัคซีน  
จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ผู้ให้ข้อมูลมีชุดอุปกรณ์ป้องกัน  
เพียงพอ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 และไม่เพียงพอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5

ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ให้ข้อมูลไม่กังวลเกี่ยวกับ  
การติดเชื้อ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 และกังวล จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8

การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ให้ข้อมูลตรวจไม่พบเชื้อ จำนวน 18 คน  
คิดเป็นร้อยละ 94.7 และตรวจพบเชื้อ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3

ผลกระทบต่อการฝึกอบรม ผู้ให้ข้อมูลไม่มีผลกระทบ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6  
และมีผลกระทบ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4

ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ข้อมูลการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</b>		
ไม่เกี่ยวข้อง	0	0.0
เกี่ยวข้อง	19	100.0
<b>การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ</b>		
ไม่ได้	0	0.0
ได้	19	100.0
<b>ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)</b>		
ไม่เพียงพอ	2	10.5
เพียงพอ	17	89.5
<b>ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</b>		
ไม่มี	7	36.8
มี	12	63.2
<b>การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</b>		
ไม่มี	18	94.7
มี	1	5.3
<b>ผลกระทบต่อการศึกษา</b>		
ไม่มี	10	52.6
มี	9	47.4



### ผลการศึกษาความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน

จากแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน MBI-HSS จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ผลคะแนนแต่ละด้านพิจารณาเป็นอิสระต่อกัน การแปลผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

ตาราง 10 การแปลผลระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน

ด้าน	จำนวน ข้อ คำถาม	คะแนน ที่เป็น ไปได้	ระดับภาวะหมดไฟ			ภาวะหมดไฟ	
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง	มี	ไม่มี
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	9	0-54	≤ 16	17-26	> 27	> 27	0-26
การลดความเป็นบุคคล	5	0-30	≤ 6	7-12	> 12	> 12	0-11
ลดความสำเร็จส่วนบุคคล	8	1-48	> 38	32-38	≤ 31	> 38	0-37

#### ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาพบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานจำนวน 12 คน ใน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 (95% CI: 42.1-84.2) โดยใช้เกณฑ์ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือการลดความเป็นบุคคลระดับสูงของ Thomas (2004) ดังนั้น ข้อมูลตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม คือ แบ่งเป็นมีภาวะหมดไฟในการทำงานและไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

ความถี่ของภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์หรือลดความเป็นบุคคลระดับสูง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 พบหนึ่งด้านจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 และไม่พบทั้งสามด้าน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 แสดงดังตารางที่ 11

ตาราง 11 ข้อมูลรายบุคคลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน

ผู้ให้ข้อมูล	ด้าน		
	อ่อนล้าทางอารมณ์	ลดความเป็นบุคคล	ลดความสำเร็จส่วนบุคคล
1	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
2	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
3	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
4	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ
5	ต่ำ	ต่ำ	สูง
6	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
7	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
8	สูง	ต่ำ	สูง
9	สูง	ต่ำ	ปานกลาง
10	ปานกลาง	ต่ำ	สูง
11	ปานกลาง	สูง	สูง
12	สูง	สูง	สูง
13	สูง	ต่ำ	ต่ำ
14	สูง	ต่ำ	ต่ำ
15	สูง	ต่ำ	ต่ำ
16	สูง	ปานกลาง	สูง
17	สูง	ปานกลาง	สูง
18	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
19	สูง	สูง	ปานกลาง

### ระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน

จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบภาวะหมดไฟในการทำงานโดยจำแนกรายด้าน ดังนี้

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย 26.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.46 แปลผลในระดับปานกลาง โดยผู้ให้ข้อมูลมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 และน้อยที่สุดคือระดับต่ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อประสบการณ์การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้น (Maslach et al., 2018)

ลดความเป็นบุคคล คะแนนเฉลี่ย 6.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.06 แปลผลในระดับต่ำ โดยผู้ให้ข้อมูลมีภาวะด้านความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุดคือระดับสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อประสบการณ์การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้น (Maslach et al., 2018)

ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ย 36.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.83 แปลผลในระดับปานกลาง โดยผู้ให้ข้อมูลมีภาวะด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และน้อยที่สุดคือระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำมีความสัมพันธ์ต่อประสบการณ์การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้น (Maslach et al., 2018)

สรุป เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 26.58 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านลดความเป็นบุคคล คะแนนเฉลี่ย 5.06 อยู่ในระดับต่ำ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ย 36.32 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ระดับสูงพบร้อยละ 57.9 การลดความเป็นบุคคลระดับสูงร้อยละ 15.8 และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำพบร้อยละ 47.4

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะหมดไฟในการทำงาน  
จำแนกรายด้าน

ด้าน	ระดับภาวะหมดไฟในการ ทำงาน			คะแนน เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
	ต่ำ	กลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	3 (15.8)	5 (26.3)	11 (57.9)	26.58	12.46	ปานกลาง
การลดความเป็นบุคคล	10 (52.6)	6 (31.6)	3 (15.8)	6.42	5.06	ต่ำ
ลดความสำเร็จส่วนบุคคล	9 (47.4)	2 (10.5)	8 (42.1)	36.32	8.83	ปานกลาง

S.D. = Standard Deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ทักษะคิดต่องาน ภาระงาน และปัจจัยด้านการเรียน ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยในด้านคุณลักษณะประชากร (อายุ จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เกรดเฉลี่ย เวลาให้ครอบครัว เวลาให้เพื่อน/แฟน เวลาออกกำลังกาย และเวลางานอดิเรก) ทักษะคิดต่องาน (ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ และความพึงพอใจในงานโดยรวม) ข้อมูลภาระงาน (ภาระงานในเวลาราชการ ภาระงานนอกเวลาราชการ การทำงานเอกสาร จำนวนการตรวจผู้ป่วยนอก จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหึ่งคลอดและหอผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดและค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอน) และปัจจัยด้านการเรียน (กิจกรรมด้านวิชาการ จำนวนครั้งของการสอบ และเวลาในการอ่านหนังสือ) ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Student t-test เมื่อข้อมูลมีการกระจายปกติ และ Mann-Whiney U test เมื่อข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

อายุ พบอายุของผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน เฉลี่ย 29.73 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 น้อยกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน อายุเฉลี่ย 30.60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 โดยมีค่า p-value 0.048 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมีจำนวนปีที่จบการศึกษา มีค่าเฉลี่ย 6.32 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 น้อยกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 8.00 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 โดยมีค่า p-value <0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมีความพึงพอใจในวิชาชีพค่าเฉลี่ย 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ต่ำกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 โดยมีค่า p-value 0.010 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาระงานนอกเวลาราชการ พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมีภาระงานนอกเวลาราชการ ค่ามัธยฐาน 47.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 40.00-54.00 มากกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่ามัธยฐาน 21.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 18.50-40.00 โดยมีค่า p-value 0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหึ่งคลอดและหอผู้ป่วยใน พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมีการดูแลผู้ป่วยใน ค่ามัธยฐาน 7.50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 4.50-11.50 มากกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่ามัธยฐาน 0.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 0.00-4.50 โดยมีค่า p-value 0.008 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด ค่ามัธยฐาน 7.50 คนต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 5.00-10.00 มากกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่ามัธยฐาน 5.00 คนต่อสัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ 3.00-8.00 โดยมีค่า p-value 0.013 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอนต่อวัน พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีจำนวนเฉลี่ยชั่วโมงการนอน ค่าเฉลี่ย 4.89 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 น้อยกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 6.71 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 โดยมีค่า p-value 0.002 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนครั้งของการสอบ พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานมีจำนวนครั้งของการสอบเฉลี่ย 2.75 ครั้งต่อปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 มากกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 1.14 ครั้งต่อปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 โดยมีค่า p-value <0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 13



ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นเชิงปริมาณต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Student t-test และ Mann-Whiney U test

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7)	มี (n=12)	
<b>คุณลักษณะประชากร</b>			
อายุ <sup>†</sup>	30.60 ± 0.56	29.73 ± 2.30	0.048 <sup>*a</sup>
จำนวนปีที่จบการศึกษา <sup>‡</sup>	8.00 ± 1.15	5.33 ± 1.55	<0.001 <sup>*a</sup>
แพทยศาสตรบัณฑิต			
เกรดเฉลี่ย <sup>†</sup>	3.20 ± 0.37	3.24 ± 0.20	0.742 <sup>a</sup>
เวลาให้ครอบครัว <sup>‡</sup>	14.00 (5.25-32.00)	2.5 (2.00-3.00)	0.421 <sup>b</sup>
เวลาให้เพื่อน/แฟน <sup>‡</sup>	7.00 (4.75-17.00)	7.00 (4.00-10.00)	0.445 <sup>b</sup>
เวลาออกกำลังกาย <sup>‡</sup>	4.00 (1.00-6.00)	1.00 (0.00-3.00)	0.251 <sup>b</sup>
เวลางานอดิเรก <sup>‡</sup>	8.00 (6.50-22.00)	2.00 (0.00-4.00)	0.219 <sup>b</sup>
<b>ทัศนคติต่องาน</b>			
ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ <sup>†</sup>	4.14 ± 0.38	3.25 ± 0.75	0.010 <sup>*a</sup>
ความพึงพอใจในงานโดยรวม <sup>†</sup>	3.71 ± 0.76	3.42 ± 0.67	0.384 <sup>a</sup>
<b>ข้อมูลภาระงาน</b>			
ภาระงานในเวลาราชการ <sup>‡</sup>	45.00 (40.00-55.00)	65.00 (50.00-80.00)	0.242 <sup>b</sup>
ภาระงานนอกเวลาราชการ <sup>‡</sup>	21.00 (18.50-40.00)	47.00 (40.00-54.00)	0.001 <sup>*b</sup>
การทำงานเอกสาร <sup>‡</sup>	10.00 (7.00-15.50)	39.00 (8.00-70.00)	0.687 <sup>b</sup>

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05, †: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,

‡: ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์), a: Student t-test, b: Mann-Whitney U test

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงปริมาณต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Student t-test และ Mann-Whiney U test (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7)	มี (n=12)	
จำนวนการตรวจผู้ป่วยนอก <sup>‡</sup>	40.00 (22.50-50.00)	67.50 (35.00-100.00)	0.419 <sup>b</sup>
จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในห้อง คลอดและหอผู้ป่วยใน <sup>‡</sup>	0.00 (0.00-4.50)	7.50 (4.50-11.50)	0.008 <sup>*b</sup>
จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด <sup>‡</sup>	5.00 (3.00-8.00)	7.5 (5.00-10.00)	0.013 <sup>*b</sup>
ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการการนอน <sup>†</sup>	6.71 ± 0.95	4.89 ± 0.92	0.002 <sup>*a</sup>
<b>ปัจจัยด้านการเรียน</b>			
กิจกรรมด้านวิชาการ <sup>‡</sup>	3.00 (2.00-3.00)	1.50 (1.00-2.00)	0.566 <sup>b</sup>
จำนวนครั้งของการสอบ <sup>†</sup>	1.14 ± 0.38	2.75 ± 0.62	<0.001 <sup>*a</sup>
เวลาในการอ่านหนังสือ <sup>‡</sup>	2.00 (1.00-3.00)	3.00 (2.00-4.00)	0.098 <sup>b</sup>

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05, †: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,

‡: ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไท์), a: Student t-test, b: Mann-Whitney U test



ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ทักษะคติต่องาน ภาระงาน ปัจจัยด้านการเรียน และการปฏิบัติงาน ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยในด้านคุณลักษณะประชากร (เพศ ระดับการอบรม ชั้นปี สถานภาพ โรคประจำตัว จำนวนบุตร สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต รายได้ต่อเดือน ภาระส่วนบุคคลและครอบครัว ปัญหาค่าตอบแทนล้าช้า ค้างจ่าย และการใช้ยานอนหลับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ทักษะคติต่องาน (ความคิดลาออกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและการตัดสินใจเลือกเรียนสาขาเฉพาะทาง) ข้อมูลภาระงาน (การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน อาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน ความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน และความสับสนต่อการถูกฟ้องร้อง) ปัจจัยด้านการเรียน (บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการเรียน และแนวโน้มงานวิจัยในช่วงการฝึกอบรม) และการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การได้รับวัคซีนป้องกัน ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผลกระทบต่อการศึกษา) ของผู้ให้ข้อมูลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน การเลือกใช้สถิติเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม โดยใช้ Pearson's Chi squared test โดยมีข้อสมมุติ (assumption) ดังนี้

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ Pearson's Chi squared test

ข้อตกลงเบื้องต้น	ลักษณะข้อมูลของงานวิจัย	การประเมินลักษณะข้อมูลของงานวิจัยกับข้อตกลงเบื้องต้น
1. ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม	<p><b>ตัวแปรต้น ที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม</b> ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>คุณลักษณะประชากร:</b> เพศ ระดับการอบรม ชั้นปี สถานภาพ โรคประจำตัว จำนวนบุตร สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต รายได้ต่อเดือน ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย ภาระส่วนบุคคลและครอบครัว และการใช้ยานอนหลับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</li> <li>▪ <b>ทัศนคติต่องาน:</b> ความคิดลาออกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและการตัดสินใจเลือกเรียนสาขาเฉพาะทาง</li> <li>▪ <b>ข้อมูลภาระงาน:</b> การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน อาจารย์รับค่าปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน ความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน และความสูญเสียต่อการถูกฟ้องร้อง</li> <li>▪ <b>ปัจจัยด้านการเรียน:</b> บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการเรียน และแนวโน้มงานวิจัยในช่วงการฝึกอบรม</li> </ul>	เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม โดยใช้ Pearson's Chi squared test (ต่อ)

ข้อตกลงเบื้องต้น	ลักษณะข้อมูลของงานวิจัย	การประเมินลักษณะข้อมูลของงานวิจัยกับข้อตกลงเบื้องต้น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019: การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การได้รับวัคซีนป้องกัน ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผลกระทบต่อการศึกษา</li> </ul>	
	<p><b>ตัวแปรต้น ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>คุณลักษณะประชากร:</u> อายุ จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เกรดเฉลี่ย เวลาให้ครอบครัว เวลาให้เพื่อน/แฟน เวลาออกกำลังกาย และเวลางานอดิเรก</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ทัศนคติต่องาน:</u> ความพึงพอใจในวิชาชีพ แพทย์ และความพึงพอใจในงานโดยรวม</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ข้อมูลภาระงาน:</u> ภาระงานในเวลาราชการ ภาระงานนอกเวลาราชการ การทำงานเอกสาร จำนวนการตรวจผู้ป่วยนอก จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหออคลอดและหอผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดและค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอน</li> </ul>	

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม โดยใช้ Pearson's Chi squared test (ต่อ)

ข้อตกลงเบื้องต้น	ลักษณะข้อมูลของงานวิจัย	การประเมินลักษณะข้อมูลของงานวิจัยกับข้อตกลงเบื้องต้น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ปัจจัยด้านการเรียน: กิจกรรมด้านวิชาการ จำนวนครั้งของการสอบและเวลาในการอ่านหนังสือ สามารถจัดเป็นกลุ่มได้</li> </ul>	
2.	ตัวแปรตาม ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม	
3. ควรมีจำนวน N ไม่น้อยกว่า 50	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19	ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
4. ค่า E ไม่ต่ำกว่า 2	เมื่อจัดกลุ่มแล้วมีค่า E ที่ต่ำกว่า 2	ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
5. จำนวนกลุ่มของ E ที่มีค่าน้อยกว่า 5 จะต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวแปรทั้งหมด	จำนวนกลุ่มของ E ที่มีค่าน้อยกว่า 5 จะต้องเกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวแปรทั้งหมด	ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

E แทนความถี่ที่คาดหวัง

จากลักษณะข้อมูล ไม่บรรลุข้อตกลงเบื้องต้น จึงเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกัน คือสถิติ Fisher Exact test

ผลการศึกษามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ระดับการอบรม จากการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดพบจำนวนละ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 โดยมีค่า p-value < 0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชั้นปี จากการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีภาวะหมดไฟในการทำงานจำนวนละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 แพทย์ประจำบ้านชั้นต่อยอดชั้นปีที่ 1 และ 2 จำนวนละ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 โดยมีค่า p-value 0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่จบมาจากส่วนภูมิภาค มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 เมื่อเปรียบเทียบกับส่วนกลางมีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีค่า p-value 0.013 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย โดยมีค่า p-value 0.044 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Fisher's exact test

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7) จำนวน (ร้อยละ)	มี (n=12) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>คุณลักษณะประชากร</b>			
<b>เพศ</b>			0.704
ชาย	1 (14.3)	2 (16.7)	
หญิง	6 (85.7)	10 (83.3)	
<b>ระดับการอบรม</b>			<0.001*
แพทย์ประจำบ้าน	1 (14.3)	12 (100.0)	
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	6 (85.7)	0 (0.0)	
<b>ชั้นปี</b>			0.001*
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	0 (0.0)	6 (50.0)	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	0 (0.0)	3 (25.0)	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	1 (14.3)	3 (25.0)	
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1	3 (42.9)	0 (0.0)	
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 2	3 (42.9)	0 (0.0)	
<b>สถานภาพ</b>			0.604
โสด	5 (71.4)	9 (75.0)	
สมรส	2 (28.6)	3 (25.0)	
<b>โรคประจำตัว</b>			0.123
ไม่มี	5 (71.4)	12 (100.0)	
มี	2 (28.6)	0 (0.0)	
<b>จำนวนบุตร</b>			0.704
0 คน	6 (85.7)	10 (83.3)	
1 คน	1 (14.3)	2 (16.7)	

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Fisher's exact test (n=19 คน) (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7) จำนวน (ร้อยละ)	มี (n=12) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต</b>			0.013*
ส่วนกลาง	7 (100.0)	4 (33.3)	
ส่วนภูมิภาค	0 (0.0)	8 (66.7)	
<b>รายได้ต่อเดือน</b>			0.110
15,000-25,0000 บาท	1 (14.3)	6 (50.0)	
>25,000-35,0000 บาท	2 (28.6)	5 (41.7)	
>35,000 บาท	4 (57.1)	1 (8.3)	
<b>ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย</b>			0.044*
ไม่มี	7 (100.0)	6 (50.0)	
มี	0 (0.0)	6 (50.0)	
<b>ภาระส่วนบุคคลและครอบครัว</b>			0.170
ไม่มี	2 (28.6)	8 (66.7)	
มี	5 (71.4)	4 (33.3)	
<b>การใช้ยานอนหลับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</b>			0.263
ไม่มี	7 (100.0)	9 (75.0)	
มี	0 (0.0)	3 (25.0)	
<b>ทัศนคติต่องาน</b>			
<b>ความคิดลาออกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา</b>			0.633
ไม่มี	5 (71.4)	6 (50.0)	
มี	2 (28.6)	6 (50.0)	

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Fisher's exact test (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7) จำนวน (ร้อยละ)	มี (n=12) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>การตัดสินใจเลือกเรียนสาขาเฉพาะทาง</b>			0.632
ไม่เลือก	0 (0.0)	1 (8.3)	
เลือก	7 (100.0)	11 (91.7)	
<b>ข้อมูลภาระงาน</b>			
<b>การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน</b>			0.368
ไม่มี	1 (14.3)	0 (0.0)	
มี	6 (85.7)	12 (100.0)	
<b>อาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหา ในการทำงาน</b>			N/A
ไม่มี	0 (0.0)	0 (0.0)	
มี	7 (100.0)	12 (100.0)	
<b>ความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น</b>			0.622
ไม่มี	5 (71.4)	8 (66.7)	
มี	2 (28.6)	4 (33.3)	
<b>การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อน ร่วมงาน (n=18)</b>			N/A
ได้รับ	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่แสดงความเห็น	7 (100.0)	11 (0.0)	
<b>ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ภาพกับบุคคล อื่นในการปฏิบัติงาน</b>			0.509
ไม่มี	7 (100.0)	10 (83.3)	
มี	0 (0.0)	2 (16.7)	

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05



ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Fisher's exact test (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7) จำนวน (ร้อยละ)	มี (n=12) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>ความสุ่มเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง</b>			N/A
ไม่มี	7 (100.0)	12 (100.0)	
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>ปัจจัยด้านการเรียน</b>			
<b>บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการเรียน</b>			0.632
ไม่เหมาะสม	0 (0.0)	1 (8.3)	
เหมาะสม	7 (100.0)	11 (91.7)	
<b>แนวโน้มงานวิจัยในช่วงการฝึกอบรม</b>			0.632
ไม่จบ	0 (0.0)	1 (8.3)	
จบ	7 (100.0)	11 (91.7)	
<b>การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</b>			
<b>การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</b>			N/A
ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0.0)	0 (0.0)	
เกี่ยวข้อง	7 (100.0)	12 (100.0)	
<b>การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ</b>			N/A
ไม่ได้	0 (0.0)	0 (0.0)	
ได้	7 (100.0)	12 (100.0)	
<b>ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)</b>			0.509
ไม่เพียงพอ	0 (0.0)	2 (16.7)	
เพียงพอ	7 (100.0)	10 (83.3)	

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นข้อมูลเชิงกลุ่มต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน  
โดยใช้ Fisher's exact test (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		p-value
	ไม่มี (n=7) จำนวน (ร้อยละ)	มี (n=12) จำนวน (ร้อยละ)	
ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019			0.656
ไม่มี	2 (28.6)	5 (41.7)	
มี	5 (71.4)	7 (58.3)	
การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ 2019			0.632
ไม่มี	7 (100.0)	11 (91.7)	
มี	0 (0.0)	1 (8.3)	
ผลกระทบต่อการฝึกอบรม			0.570
ไม่มี	4 (57.1)	6 (50.0)	
มี	3 (42.9)	6 (50.0)	

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

## การศึกษาเชิงคุณภาพ

### ความชุก ระดับ และความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน

#### 1. ความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 19 คน ทุกคนประเมินตนเองไม่เข้าเกณฑ์ของภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อแยกพิจารณารายด้านของภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน จาก 19 คน ประเมินว่าตนเองมีภาวะอ่อนล้า เห็น้อยล้า

“...มันเหนื่อยทุกวันนะ แบบมันก็เหนื่อยทุกวันแหละ ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

ด้านลดความเป็นบุคคล ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ไม่มีความรู้สึกทางลบหรือไม่เข้าใจผู้ป่วย

ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูล 5 คน ใน 19 คน ไม่มีมันใจการผ่าตัดในผู้ป่วย นรีเวชบางโรค เมื่อจบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะการผ่าตัดโรคของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนหรือยื่นย้อย เพราะช่วงการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นระยะเวลากว่า 2 ปี มีการผ่าตัดเฉพาะในรายที่เร่งด่วน มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดลดลง

“...การฝึกตัดมดลูกอะไรก็จะน้อยลงก็กังวลว่าเวลาเราออกไปทำข้างนอก อย่าง V-hys อย่างนี้คะหนูก็แบบถ้าไม่ได้ทำเลยคะ ก็กังวลเหมือนกันว่าถ้าออกไปข้างนอกหนูน่าจะทำ V-hys ไม่ได้คะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 2. ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 19 คน ได้ให้ความหมาย ของภาวะหมดไฟในการทำงานที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ความไม่อยากทำงาน ความเบื่อหน่าย ภาระงานมาก การหมดไฟ หมดพลัง การปล่อยให้ชีวิตผ่านไปวัน ๆ ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความคิดลาออก โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ความไม่อยากทำงาน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ภาวะที่หมดไฟไม่ยอมมาทำงาน ไม่อยากเรียน จนถึงไม่ยอมทำอะไรทั้งสิ้น ทั้ง ๆ ที่มีความตั้งใจในการทำงานและเรียนมาก่อน

ดังคำกล่าวที่ว่า

“...รู้สึกว่แบบไม่ยอมทำงานแล้ว ไม่มี inspiration...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...เราเคยตั้งใจทำแล้วตอนนี้ไม่ยอมทำแล้ว ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 11, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### ความเบื่อหน่าย

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงจากงานที่ชอบเป็นไม่ชอบ หมดความกระตือรือร้น หมดความคิดสร้างสรรค์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...น่าจะเป็นช่วงที่ เหมือนเราไม่สนุกกับสิ่งที่เราเคยทำ หรือเรารู้สึกกับสิ่งที่เราเคยชอบ เปลี่ยนไป คือลดลงหรือมันดูธรรมดาหรือมันดูแบบไม่น่าตื่นเต้นไปแล้วคะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 1, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

### ภาระงานมาก

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ การทำงานหนัก ปริมาณงานจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะเครียด ขาดความสมดุลของชีวิตและจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เหมือนเราทำงานหนักโดยที่ โดยที่ไม่ได้สนใจเกี่ยวกับสุขภาพใจของตัวเอง...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 3, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...ทำงานหนักๆ เครียด ๆ แล้วมันรู้สึกแบบเหนื่อยพอมันเหนื่อยมากๆ มันสะสมแบบ stress stress...” (ผู้ให้ข้อมูล # 9, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### การหมดไฟ หมดพลัง

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ การหมดแรง หมดพลังในการทำงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ก็น่าจะหมดแรง ทั้งกำลังกาย กำลังใจ ท้อแท้ ไม่ยอมมาทำงาน...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 6, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...คนมันก็เหมือนโทรศัพท์ที่แบตหมดอะไรอย่างเนี่ยคะ มันก็ต้องมีช่วงชาร์จแบตบ้าง...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 14, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### การปล่อยให้ชีวิตผ่านไปวัน ๆ

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ การปล่อยวาง การวางมือในงานที่ทำ ปล่อยให้ชีวิตผ่านไปวัน ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ปล่อยให้ชีวิตผ่านไปวัน ๆ ทำให้ผ่าน ๆ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 8, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...รู้สึกว่าการปล่อยวางเพราะคำว่าปล่อยวางของแต่ละคนไม่เหมือนกันบางคนปล่อยวางไม่สนใจไปเลยหรือว่าแบบสิ่งที่เคยทำได้ดีกว่าจะไม่ดีอะไรประมาณนี้ค่ะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 9, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ภาวะของความรู้สึกนึกคิดต่อเพื่อนร่วมงาน หรือผู้ป่วยในทางลบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ภาวะที่แบบเหนื่อย ท้อ แล้วก็เหมือนไม่อยากจะทำงานแล้ว ไม่อยากตื่นมาทำงาน ไม่อยากเจอคนประมาณนี้ค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ไม่อยากจะสนใจไม่อยากจะรับรู้แบบนี้เวลาคนพูดก็แบบเดินไปเลยอะไรแบบนี้...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 7, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### ความคิดล้าออก

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 1 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ล้าออกจากการฝึกอบรม หรือวิชาชีพแพทย์ หรือเปลี่ยนเป็นวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...อยากล้าออก ไปทำอย่างอื่น...” (ผู้ให้ข้อมูล # 6, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

## **ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน**

ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึงสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้นิยามไว้ข้างต้น โดยจัดเป็นประเด็นดังนี้

### 1. ภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าภาระงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการมีปริมาณมาก จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลรักษามีปริมาณมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงใช้เวลาพักผ่อน เวลาออกกำลังกายหรือเวลาสำหรับครอบครัวและเพื่อนมาทดแทน มีผลทำให้เสียสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...แบบทำงานทั้งวัน และอยู่เวร และตื่นเช้ามาต้องทำงานต่ออะไรอย่างเนี่ย อันนี้เป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกที่เราแบบใช้พลังงานเยอะ และเรารู้สึกเหนื่อยแบบ อย่างวันนี้ก็รู้สึกล้ามาก

รู้สึกเหนื่อยมาก...” (ผู้ให้ข้อมูล # 14, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ช่วงที่อยู่กรีเวชนี่ทรมานมาก เพราะว่างานก็เยอะแล้วก็ราวด์เช้า เลิกเย็น แล้วก็มีการตัดบางทีก็ตึก เลิกตึกอย่างเนี่ย ก็คือเหนื่อยมาก...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...เวลาให้ตัวเองยังแบบน้อยมาก ๆ เลย ที่เหลือก็คือเป็นเวลาของการทำงานกับการเรียนแบบเนี่ย แต่นี้ก็รู้สึกว่าจะแบบ แค่ว่า balance ทั้งหมดเนี่ย ก็เหนื่อยมากแล้ว แล้วพอแบบพอเราไม่มีเวลาให้ตัวเองเท่าไร มีเวลาให้ตัวเองลดลงอะ มันก็ มันก็คือเพิ่มความเหนื่อยมากขึ้นไปอีกอะใช่มั้ยคะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## 2. ระบบและบรรยากาศการเรียนการสอนและการสอบ

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการจัดกิจกรรมด้านความรู้ช่วงเช้าทุกวันเวลา 8.00-9.00 น. เนื้อหาวิชาการไม่มากอยากให้อาจารย์สอนบรรยายความรู้เพิ่มขึ้น ระบบการเรียนการสอนในสายสูติศาสตร์เน้นทางด้านบริการมากกว่าวิชาการ แตกต่างจากสายรีเวชที่ต้องปรึกษาผู้ป่วยนอกทุกรายและได้รับการสอนผู้ป่วยในทุกเตียง ระบบการสอบหัตถการไม่มีการกำหนดวัน เวลา และอาจารย์ผู้คุมสอบ ทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีการสอบล่าช้าสำหรับเรื่องตารางการเรียนการสอนบางครั้งไม่เอื้อต่อการประชุมวิชาการนอกสถาบันฝึกอบรมที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ส่วนกิจกรรมเสริมบางอย่างที่สถาบันฝึกอบรมจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมทักษะทางด้านภาษาของแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์และคลายเครียด แต่มีผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกว่าเป็นสาเหตุของความเครียด นอกจากนี้บรรยากาศในการเรียนการสอนของสถาบันฝึกอบรมเป็นทางการสูง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกว่าต้องระมัดระวังทั้งคำพูด ตัวอักษร และไวยากรณ์ และการเรียนการสอนผ่าน Zoom ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารเป็นแบบทางเดียวคือจากผู้ส่งสารถึงผู้รับสาร สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...บางอย่างคิดว่ามันมาเสริม การเล่น ๆ ฟัง ๆ ไป แต่ว่าบางทีมันมันไม่เล่น ๆ ฟัง ๆ ค่ะ มันเครียด...” (ผู้ให้ข้อมูล # 7, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...รู้สึกที่อาจารย์สอนนะคะ ยังน้อย ส่วนใหญ่จะมีสอนแค่แบบเดือนแรกๆ แล้วหลังจากนั้นก็คือส่วนใหญ่ก็จะเป็น case analysis หรือว่าเป็นแบบ case discussion เป็นแบบ journal อะไรแบบนี้ค่ะ ซึ่งบางทีเราก็ก็นำสรุปความได้ไม่ตรงประเด็นค่ะ หมายถึงว่าถ้าแบบมีอาจารย์สอนเรื่องนี้เรื่องนี้เพิ่มก็จะได้ค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...หนูว่ามันแบบไม่ค่อย work เลยค่ะ ... หนูคิดว่าแบบพร้อมเมื่อไหร่ค่อยสอบ หมายถึงว่า มันน่าจะจะมี schedule ชัดเจนนะ ก็คือแบบแคว้งคว้าง ๆ มากเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 11, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...เกร็งคำพูด อะใช่มั้ยคะ เวลา present จะต้องถูกเป๊ะ ๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### 3. การทำวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการทำวิจัยเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการทำ ตั้งแต่การคิดหัวข้อเรื่องการวิจัยและการเขียนโครงร่างการวิจัยในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนผลงานการวิจัยในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และการส่งตีพิมพ์ในฐานข้อมูลนานาชาติในแพทย์ชั้นปีที่ 3 นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงนักสถิติ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยนอกสถาบันฝึกอบรม เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ปัญหาใหญ่ของหนู คือการหาเรื่องการทำวิจัย เพราะว่าหนูกำลังแบบ กำลังหาข้อมูลอยู่หาข้อมูลอยู่ว่าอยากทำอะไรอย่างไรอย่างเนี่ย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...เรื่องของนัก stat อะไรอย่างเนี่ยครับ ยัง ยังมีการสนับสนุนไม่ค่อยเยอะมาก อย่างนักสถิติอย่างเนี่ย เราไม่ได้ไปเจอเค้าง่าย ๆ ครับ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 5, เพศชาย แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

### 4. งานเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 11 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่างานเอกสารมีจำนวนมาก ระบบอิเล็กทรอนิกส์ช้า และมีความซับซ้อน ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการทำงาน ลดเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...หนูว่าบางอย่างมันก็เยอะไปนะคะ แบบเราอะเสีย สมมุติรับเคสคนไข้คนนึงนะเราเสียเวลากับการกรอกเอกสารค่อนข้างนาน แล้วก็แบบเต็มไปหมดเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...อิเล็กทรอนิกส์หรือระบบมันซับซ้อน ซับซ้อนอยู่ค่ะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### 5. วัฒนธรรมองค์กรและสถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต

วัฒนธรรมองค์กร ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่า การทำงานโดยเน้นลำดับอาวุโสมีการแบ่งงานชัดเจนตามระดับชั้นปี มีการรายงานผู้ป่วยและทำงานเป็นลำดับชั้น มีข้อจำกัดในการตัดสินใจด้วยตนเองขึ้นกับแพทย์ประจำบ้านอาวุโสกว่าและอาจารย์ และลำดับในการเลือกขึ้นกับลำดับอาวุโส โดยอาวุโสมากกว่ามีสิทธิ์ในการเลือกก่อน ส่วนแพทย์ประจำบ้านที่มีลำดับอาวุโสน้อยที่สุด มีสิทธิ์ในการเลือกเป็นคนสุดท้าย เมื่อต้องมีการจัดเวรหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น คลินิกโรคทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะได้เวรที่ตรงกับวันหยุดราชการ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เป็นน้องห้ามออกความคิดเห็น หรือว่าแบบ แบบเป็นน้องแล้วต้องอยู่เวลาที่แยกว่า.หนูแบบ เสนออะไรไปให้รุ่นพี่เค้าก็บอก ไม่ แล้วแบบพอเสนอให้อาจารย์ เอ้ย โอเค อะไรแบบเนี่ย เค้าก็ไม่ชอบ เขาแบบงอแงแบบไม่ผ่านพี่ ชำมหน้าชำมตาอะไรอย่างเนี่ย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ตอนแรกก็แอบงงเหมือนกันว่าแบบต้องบอกทุกอย่างอะไรอย่างนั้นเลยหรือเนี่ย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ถ้าเกิดเรารู้สึกว่าเราไม่เห็นด้วยหรืออะไรเนี่ย ก็แค่เทคโน้ตให้รู้ว่าเป็นทับจากคนนี้ อะไรอย่างนี้เท่านั้น คือบางทีเราก็คงจะไม่ได้สามารถตัดสินใจได้เอง เพราะว่าเรายังเล็กอยู่...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 14, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน ที่จบจากสถาบันที่มีความเข้มงวดของระบบลำดับอาวุโสมากมีความเห็นว่าระบบลำดับอาวุโสของสถาบันฝึกอบรมปัจจุบันไม่เข้มงวดเท่าสถาบันที่จบมา และจำนวน 1 คน จาก 3 คน มีความเห็นว่าสถาบันฝึกอบรมแห่งนี้ไม่ให้ความสำคัญของระบบลำดับอาวุโส มีผลทำให้รุ่นน้องแสดงความคิดเห็นและไม่ปฏิบัติตามเมื่อมีความคิดเห็นที่แตกต่าง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ที่นี้ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของ seniority นะคะ คือแบบน้องก็ไม่ได้เคารพพี่ หรือว่าอะไรขนาดนั้น...” (ผู้ให้ข้อมูล # 11, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 6. ความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการคาดหวังของตนเอง บิดามารดา อาจารย์ และผู้ป่วย เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...หนูอาจจะกดดันตัวเอง เพราะว่าเหมือนหนูรู้สึกไปเองว่าอาจารย์คาดหวังว่าเราต้องรู้ทุกอย่างได้แล้ว...” (ผู้ให้ข้อมูล # 3, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...คนที่เขามาคลอดเขามีความหวังอะค่ะ เราอาจจะต้องแบบ จะต้องแบบดูแลเป็นพิเศษ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 14, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 7. ภาระการเรียน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 7 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่ามีภาระในการเรียนมาก มีกิจกรรมการเรียนการสอนทุกวันในเวลาเช้าและเที่ยง กิจกรรมการเรียนการสอนเป็นแบบผู้เรียนรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง (Active learning) โดยมีอาจารย์แพทย์เป็นผู้คอยให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลป้อนกลับ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจะได้รับมอบหมายในการนำเสนอกิจกรรมทางด้านวิชาการ ซึ่งบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงแนะนำเสนอกะทันหัน นอกจากนี้การสอบหัตถการที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีจำนวนมาก และการซ่อมทำหัตถการกับ



หุ้่นจำลองทางการแพทย์ต้องหาเวลาช่วงพักเพื่อมาฝึกซ้อม เหตุการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...activity การเรียนเยอะ ที่นี่เยอะมาก ตอนเช้าก็มีทุกเช้า ตอนเที่ยงก็มี...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

“...เวลาใช้ชีวิตส่วนตัววันหยุดแทบจะไม่มีเลย เวลาหนูทำ OB report ค่ะ แย่มาก...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 16, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...คือดูเหมือนว่าทุกวันนี้ก็คือว่าง ๆ ก็หาทางฝึกเอง ...ถ้าเราสามารถบริหารจัดการเวลาให้จริงจังหรือทำเป็น workshop กันจริงจังอะไรเงี้ยมันจะดีไหม...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 4, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

#### 8. กฎระเบียบของโรงพยาบาล กอง และค่าตอบแทน

กฎระเบียบของโรงพยาบาลและกอง ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่ากฎระเบียบของโรงพยาบาลบางอย่างมีรายละเอียดมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เช่นการรับรักษาผู้ป่วยในและการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด สำหรับกฎระเบียบกองมีความเข้มงวดบางเรื่องมากเช่นการเข้าเรียนตอนเช้า ต้องเปิดกล้อง และมาตรงเวลา ถ้าไม่สามารถเข้าเรียนได้เนื่องจากปฏิบัติงานต่อเนื่องในห้องผ่าตัดจะต้องเขียนรายงานส่งผู้อำนวยการกอง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความน้อยใจ หมดกำลังใจ เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เราจะ admit ward เราต้องทำอันนี้นั้นอันนี้ เราต้องเจาะอันนี้ ๆ อะไรแบบนี้ค่ะ หนูว่ามันจะจุกจิก อย่างเช่นแบบเตรียมคนไข้ผ่าตัด หรือว่าเตรียมคนไข้ผ่าคลอดทางหน้าท้องพุงนี้ มันจะจุก ๆ จิก ๆ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...แล้วอาจารย์โทรมาไล่จิกเรียงตัวแล้วให้เขียนใบรายงานความผิดครับ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 13, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

ค่าตอบแทน ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าค่าตอบแทนต่ำ และบางครั้งค่าตอบแทนออกล่าช้า ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ค่าจ้างน้อยค่ะ หนูอยู่เวรเกือบ 10 เวน ได้ค่าเวร 10,000 เดียว ก็น้อย หนูว่าถ้าขึ้นค่าตอบแทนกับงานที่เราทำไป ก็จะมีกำลังใจมากขึ้นนะคะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 9. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้สึกถึงความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงาน ดังนี้ อาจารย์แพทย์สามารถเข้าถึงง่าย แพทย์ต่างสาขา พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ให้ความร่วมมือ ให้เกียรติและเห็นใจซึ่งกันและกัน สำหรับผู้ป่วยมีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษา ผู้ให้ข้อมูลบางคน มีความรู้สึกของความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ดังนี้

อาจารย์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน จาก 19 คน มีความเห็นถึงความหนักใจเมื่อเข้าหาอาจารย์ที่มีอายุ เพราะอาจารย์ถามถึงความรู้ ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย อาจารย์บางคนมีน้ำเสียงหงุดหงิด อาจารย์บางคนให้ความสำคัญกับเด็กที่มีปัญหาเป็นพิเศษทำให้เกิดความสงสัยในเรื่องของความยุติธรรมในตัวอาจารย์ เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าเป็นอาจารย์ gen หลัง ๆ กล้าคุยนะคะ แต่ถ้าอายุเยอะ ๆ หนูก็จะเกร็ง ๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...แต่ถ้าก็อาจารย์บางคนก็อาจจะ consult ยากนิดนึงค่ะ แต่อาจารย์มีกินหัวบ้างนิดหน่อยค่ะ ก็จะมาเครียดตอนจะ consult ค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน จาก 19 คน มีความเห็นบางครั้งแพทย์ประจำบ้านอาวุโสกว่าได้รับแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมในการทำงานทำให้ตำหนิแพทย์ประจำบ้านที่อาวุโสน้อยกว่า เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...คำพูดจากคนรอบข้างมันก็ทำให้เรา burnout...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 9, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ถ้ามันกดดันมาก ๆ เขาก็มีบ้าง มีขึ้นเสียงบางที ก็เข้าใจได้อยู่ว่ามันก็กดดัน...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

แพทย์ต่างสาขาวิชา ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าบางครั้งการทำงานร่วมกับสาขากุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ และเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจมีความเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องงาน การบริหารจัดการ และการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...มันก็น่าจะมีบริหารจัดการเรื่องเตียงเด็กเขามากกว่านี้ มันบ่อยเกินไปที่ว่า

คุณให้เหตุผลว่าเตียงเต็ม...” (ผู้ให้ข้อมูล # 1, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...อย่างก็จะมีแบบ ER บางคนก็แทบไม่ได้ตรวจคนไข้เลย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าพยาบาลบางคนเสียงดัง ดุพูดจาเหี้ยมเข้ม มีพฤติกรรมเหยียด และบางครั้งก้าวร้าวด้านการรักษา เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ก็อาจจะก็มีบางคนก็แบบว่า ทำไมเค้าแบบพูดไม่ดีเลยอะไรอย่างเนี่ย ดุ ๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...อาจจะอีต๊อดแบบอย่างที่พยาบาลที่ห้องคลอด บางคนอย่างที่บอกค่ะ เขาอยากได้แบบนี้ แล้วเราคิดว่ามันไม่น่าใช่แบบนี้ค่ะแล้วเราก็แบบ consult staff แล้วมันก็เป็นแบบเราก็ตาม management ของเราแต่เขาอาจจะไม่พอใจอย่างนี้ค่ะ มันก็มีบ้าง...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

**ผู้ป่วย** ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าบางครั้งการพูดคุยกับผู้ป่วยมีความยากลำบาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการอธิบายถึงโรค แผนการรักษา หรือบางสถานการณ์เช่น ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดเมื่อปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติหรือสถานการณ์ห่อผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเต็ม หรือเตียงรอกคลอดเต็ม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปฏิเสธผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ก็สมควรแก่การคลอดแล้ว แล้วก็มาบอกเขาว่าเตียงเต็มให้เขาไปคลอดที่อื่นมันก็คุยยากก็พูดยาก เขาก็อาจจะไม่พอใจ คนคุยก็ลำบากใจที่จะต้องตัดคนไข่ออกไป...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 1, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...ไม่ชอบที่จะคุยเวลา end of life บางทีมันก็พูดยาก แล้วก็เหมือนกับบางที่เราจะต้องคิดคำพูดที่สื่อความหมายได้ แต่ว่าคือน้ำเสียงจะต้องแบบให้คนฟัง ฟังดูแล้วไม่ได้ห้วนมากเกินไปครับ ก็เลยเครียดนิดหนึ่ง...” (ผู้ให้ข้อมูล # 5, เพศชาย แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

#### 10. อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าสถานที่ทำงานบางส่วนและห้องพักมีขนาดเล็ก ไม่เป็นสัดส่วน กิจกรรมทุกอย่างทำในห้องเดียวกัน อุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างมีสภาพทรุดโทรม ล้าสมัยยากต่อการใช้ เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เราทำงานอยู่ตรงนี้ทุกวันเรารู้สึกว่ามันไม่สบาย ต้องมานั่งแบบแก่ไปที่ละอย่างพอพอทำงานแล้วมันไม่สบายมันก็นำไปสู่ความหงุดหงิด...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 1, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...แบบว่าหนูเห็นอย่างอื่นเขาจะมีห้องพักเป็นสัดส่วนส่วนกว่านี้ ที่ใส่ของให้เรา...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 11. บทบาทในครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าบทบาทของมารดาที่มีต่อบุตร หรือบุตรที่มีต่อบิดามารดาที่มีความสำคัญมากกว่าการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...แต่ที่ไม่อยากไปต่อจริง ๆ ก็เรื่องแม่นะคะ หนูรู้สึกว่ามีชีวิตอีกนิดเดียว แม่เลี้ยงหนูมาทั้งชีวิตเลยอะไรอย่างเนี่ย ก็เลยคิดว่าอยากกลับไปดูแลแม่...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ยังมีลูก คนที่ไม่มีลูกอาจจะไม่เท่าไร แต่หนูนะพอมีลูกแล้วมีความรู้สึกว่า ความที่เราเป็นแม่ พอได้อยู่กับลูก มันก็มีความรู้สึกว่ามันเป็นแม่ ฉันได้ดูแลลูก ให้นมลูก ได้แบบป้อนข้าวลูก อะไรอย่างเนี่ย เมื่อกลับมา กลับมาในบริบทที่เราเป็นเหมือนนักเรียนซึ่งแบบ มันก็จะแบบอีกอารมณ์หนึ่ง แล้วก็รู้สึกว่ามันต้องการชีวิตแบบอีกแบบหนึ่งมากกว่าอะไรอย่างเนี่ย...”  
(ผู้ให้ข้อมูล # 14, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## 12. การเปลี่ยนจากแพทย์ใช้ทุนเป็นแพทย์ประจำบ้าน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าบทบาทของตนเองเปลี่ยนแปลงจากแพทย์ใช้ทุนซึ่งเป็นผู้นำ มีคนให้เกียรติและเป็นบุคคลสำคัญระดับต้นของโรงพยาบาล ต้องปรับตัวอย่างมากเมื่อมาเป็นแพทย์ประจำบ้านซึ่งเป็นนักเรียน และเป็นน้องเล็กสุดของทีม เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เราอยู่ แบบเราก็เป็นแบบผู้นำนะครับ แต่ว่านี่เรากลับมา แบบเหมือนเป็นแบบเป็นน้องเล็ก...” (ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

“...ตอนเป็นหมอ รพช. หรือว่าอยู่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะเป็นใหญ่ คือทุกคนจะให้ อย่างน้อยคือ ให้เกียรติเราระดับหนึ่ง...” (ผู้ให้ข้อมูล # 16, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## 13. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...แล้วก็มีส่วนหนึ่งที่แบบคนไข้มี intraabdominal organ hemorrhage จนทำแบบ เป็นแบบ burnout จนแบบแทบจะไม่อยากเป็นสูติเลยคะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 7, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...จนมาเจอเคสเมื่อวันศุกร์ที่ผ่านมา ความมั่นใจผมลดลงไปนิดนึงครับ ประมาณว่าเป็นเคสคลอดแล้วตกเลือด ต้องผ่ามดลูก ผมเข้าตั้งแต่ 2:00 น ถึง 9:00 น เลยอย่างเนี่ย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

## 14. การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ผู้ให้ข้อมูลทุกคน จำนวน 19 คน ได้ปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่ไม่กังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ แต่กลัวจะนำไปติดให้กับผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัว จำนวนผู้ป่วยนรีเวชลดลง มีผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยนรีเวชมีเวลาว่าง พักผ่อน และอ่านหนังสือเพิ่มมากขึ้น ทำให้ลดภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ขั้นตอนการทำงานเพิ่มขึ้น มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งต้องรอผลตรวจเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้มีผลกระทบต่อการฝึกอบรมเรื่องทำหัตถการและวิจัย เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าไม่มีโควิดน่าจะดีกว่าค่ะ เพราะคนไข้จะได้มาเยอะ และหนูก็จะได้เก็บเคสเยอะ โควิดเคสน้อยค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 3, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต๋อยอด)

“...มันก็ดูติดขัดไปหมด มันต้อง swab รอ swab กว่าจะทำอะไรได้ คิดว่ามันเพิ่มขึ้นตอนและเวลา อันนี้ต้องรอ ๆ ๆ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

### ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

#### 1. การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 19 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การได้ระบายถึงความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

“...แล้วเพื่อนก็คอย support แกเป็นไร่บ้าง แกมีไร อะไรอย่างนี้ คุยกัน เย็นก็ไปกินข้าวด้วยกัน...” (ผู้ให้ข้อมูล # 3, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต๋อยอด)

“...เหมือนมีที่ระบายเยอะนะคะ โทรหาแม่ก็ บ่น ๆ ๆ ๆ เพื่อนก็ บ่น ๆ ๆ ๆ ก็หาย ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 2. คุณค่าในตนเอง

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 19 คน จาก 19 คน มีความพึงพอใจในวิชาชีพ การเป็นที่ไว้วางใจจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน การทำงานสำเร็จ การเป็นส่วนหนึ่งของทีม ได้รับคำชมเชย สอนน้องนิสิต แพทย์ ได้ทำหัตถการที่ชอบและได้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีความสุข มีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เหมือนเราก็ได้ช่วยเหลือคนอื่น ก็เหมือนเราก็ทำประโยชน์...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

“...หนูว่าการเป็นหมอมันทำให้เรารู้สึกมีคุณค่ามาก ๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 3. การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าอาจารย์เข้าถึงง่าย ให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาทั้งเรื่องส่วนตัวและการทำงาน คุมหัตถการ ให้ข้อมูลป้อนกลับ คอยปกป้องเมื่อเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด เป็นต้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจ ปลอดภัย เป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ก็จะมีอาจารย์ มีทีม แล้วก็มีแบบทีม risk เข้าไปคุย ที่เคสไหนที่เสี่ยงจะฟ้องร้อง อาจารย์ก็จะไปคุยค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...under อาจารย์ไปหมด เพราะฉะนั้นก็เลย ไม่ค่อย แทบจะไม่เจออะไรที่ผิดพลาดค่ะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 6, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...ที่นี้ง่ายค่ะอาจารย์ที่ปรึกษาหรือไม่ได้อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถเข้าถึงง่ายค่ะ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 9, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 4. การจัดการารวมเวียนการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการจัดการารวมเวียนการปฏิบัติงานในแต่ละเดือนมีความสำคัญ การจัดเดือนที่หนักสลับกับเดือนที่เบา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้ถึงเวลาที่สิ้นสุดของภาระงานที่หนัก และมีเวลาว่างสำหรับตนเองในเดือนถัดไป เป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...จริงแต่มันจะเป็นแค่ช่วง 1 เดือนในเดือนนั้น ๆ แต่พอมันผ่านช่วงนั้นไปมันก็จะดีขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 9, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ไปอยู่นอกกองมา หนูก็แบบว่าชีวิตสบาย มีความสุขมากเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...อยู่สุดก็เหนื่อย มันจะเป็นช่วงที่เหนื่อยสุด แล้วก็วนรีเวซต่อค่ะ เหนื่อยมาก...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### ข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 19 คน ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป ดังนี้

##### 1. เวลาพักผ่อนและมีเวลาว่างอยู่กับตนเอง

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการได้นอนพักผ่อน มีเวลาพักผ่อน มีเวลาว่างอยู่กับตนเอง ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าจะให้หนูดีขึ้นหนูจะต้องให้มีเวลาให้หนูคิด อยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 12, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ผมรู้สึกว่าการว่างนี้จะช่วยให้เราได้ผ่อนคลายครับ อย่างน้อยได้พักเหนื่อย แล้วก็พักหายใจบ้าง...” (ผู้ให้ข้อมูล # 5, เพศชาย แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...คือให้หนูได้นอนก็พึงพอใจแล้วค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 16, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

##### 2. การทำกิจกรรมบันเทิง

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการทำกิจกรรมบันเทิงที่ทำให้สนุกสนาน เช่น ดูภาพยนตร์ เล่นเกม ฟังเพลง ร้องเพลง ไปเดินตลาด ไปรับประทานอาหาร ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...เล่นเกม กินอาหารอะไรเนี่ย...” (ผู้ให้ข้อมูล # 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ไปร้องคาราโอเกะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### 3. การท่องเที่ยว

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน จาก 19 คนมีความเห็นว่าการไปเที่ยวเป็นกลุ่มร่วมกัน หรือการจัดกิจกรรม Organization development (OD) ไปต่างจังหวัดปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...OD ผมก็ว่าได้พักปีละครั้ง ก็ไปเที่ยวกัน ก็ ok นะครับ...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 5, เพศชาย แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...แบบรวมกลุ่มได้ไปเที่ยวด้วยกัน ได้ทำกิจกรรมด้วยกันอะไรอย่างเนี่ย...”

(ผู้ให้ข้อมูล # 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### 4. ระบบการให้คำปรึกษา

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าควรจัดระบบการให้คำปรึกษารายบุคคล และสามารถเข้าถึงได้ สะดวกทุกเวลาที่ต้องการ หรือจัดสนทนากลุ่มระหว่างอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นปีเดียวกัน เพื่อช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าจัดนั่งคุยอย่างนี้ก็ดีนะคะ...” (ผู้ให้ข้อมูล # 11, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...น่าจะดีไหมมีแบบมีตติ้งเดือนละครั้ง...แบบเอาเพื่อนมาคุยกัน คุยถึงปัญหา ตอนนี้อยู่ไหน ตอนนี้ทำอะไรกันอยู่...” (ผู้ให้ข้อมูล # 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

### 5. ออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน จาก 19 คน มีความเห็นว่าการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ไปวิ่ง...” (ผู้ให้ข้อมูล # 6, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

“...ปั่นจักรยาน...” (ผู้ให้ข้อมูล # 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงาน และข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟ 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และ 3) เพื่อค้นหาข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบสามเส้าระหว่างบุคคล โดยการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ให้ความสำคัญของข้อมูลทั้งสองเท่าเทียมกัน และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปตีความร่วมกันในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 19 คน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดจัดระบบ จัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการให้คำปรึกษา อันจะทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานช่วงระหว่างการฝึกอบรม

### สรุปผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะประชากร

จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 30.5 ปี เป็นแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 1 สถานภาพโสด ไม่มีบุตร จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตค่าเฉลี่ย 6.32 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73)เกรดเฉลี่ยมีค่าเฉลี่ย 3.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) ส่วนใหญ่จบจากสถาบันส่วนกลาง ไม่มีโรคประจำตัว รายได้อยู่ระหว่าง 15,000-35,000 บาท ไม่พบปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า หรือค้างจ่าย ไม่มีภาระส่วนบุคคลและครอบครัว ไม่ใช้ยานอนหลับ

#### 2. ความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้ ความไม่อยากทำงาน มีความเบื่อหน่าย มีภาระงานมาก การหมดไฟ หมดพลัง การปล่อยให้ชีวิตผ่านไปวัน ๆ การขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความคิดลาออก



จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร้อยละ 63.2 (เกณฑ์การวินิจฉัย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง หรือด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง)

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

อายุ จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าอายุมากมีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง

ระดับการอบรม จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

ชั้นปี จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบชั้นปีที่ 1 มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด รองมาเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ

จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าจำนวนปีที่จบการศึกษามากมีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง

สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่จบจากสถาบันส่วนกลางมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าภูมิภาค เนื่องจากมีบริบทของสังคมและวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าสถาบันส่วนกลางมีวัฒนธรรมองค์กรโดยเฉพาะลำดับอาวุโสมากกว่า และเห็นว่าที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชไม่ให้ความสำคัญกับลำดับอาวุโส

ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจระดับปานกลางและมาก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 พึงพอใจน้อย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ความพึงพอใจในวิชาชีพมีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน คือผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมีคะแนนพึงพอใจในอาชีพน้อยกว่าไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจในวิชาชีพ มีผู้ให้ข้อมูล 1 คน ไม่พึงพอใจในวิชาชีพ เนื่องจากการเลือกเรียนสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเพราะผิดหวังจากสาขาที่ต้องการเรียน ไม่ต้องการรออีก 1 ปี เพื่อเรียนสาขาที่ต้องการ และไม่คิดว่าจะกลับมาเรียนสาขาวิชาอื่นถ้ามีโอกาสเลือกอีกครั้ง

ภาระงาน จากการการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าภาระงานนอกเวลาราชการมีค่ามัธยฐาน 21.50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวนการรับผู้ป่วยในห้องคลอดและหอผู้ป่วยใน ค่ามัธยฐาน 17.50 คนต่อสัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดค่ามัธยฐาน 5.00 คนต่อสัปดาห์ และค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอนต่อวันมีค่าเฉลี่ย 5.69 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นเรื่องภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต งานเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ เพราะผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาส่วนใหญ่ในวันหนึ่งกับการทำงานและการเรียน

ภาระการเรียน จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้ให้ข้อมูล มีจำนวนครั้งของการสอบ มีค่าเฉลี่ย 2.16 ครั้งต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็น ภาระการเรียน การทำวิจัย ระบบและบรรยากาศการเรียนการสอนและการสอบ

ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย จากการศึกษาเชิงปริมาณพบมีปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย ร้อยละ 31.6 ซึ่งตรงกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็น กฎระเบียบของโรงพยาบาล กองและค่าตอบแทน

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานจากการศึกษาเชิงคุณภาพ

พบปัจจัยเพิ่มเติม ดังนี้

- ความคาดหวังของตนเอง
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน
- อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน
- บทบาทในครอบครัว
- การเปลี่ยนจากแพทย์ใช้ทุนเป็นแพทย์ประจำบ้าน
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน
- การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

#### 4. ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบปัจจัยป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานดังนี้

- การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว
- คุณค่าในตนเอง
- การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์
- การจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน

## 5. ข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษาเชิงคุณภาพพบข้อเสนอในการลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

- เวลาพักผ่อนและมีเวลาว่างอยู่กับตนเอง
- การทำกิจกรรมบันเทิง
- การท่องเที่ยว
- ระบบการให้คำปรึกษา
- ออกกำลังกาย

## อภิปรายผล

### 1. ความชุกและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ร้อยละ 63.2 การศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ (Castelo-Branco et al., 2007; Govardhan et al., 2012; Rutherford & Oda., 2014) พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 58-74

สำหรับการศึกษาวินิจฉัยภาวะหมดไฟในการทำงานในประเทศไทยการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Laopakorn et.al (2021) ในแพทย์ประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (intensive care unit (ICU)) พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 65.15 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักแพทย์ผู้ดูแลมีความเครียด ภาระงานมาก บางครั้งผลลัพธ์ของการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีผลทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูง แตกต่างจากการศึกษาของ ศรีณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ในแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 5.63 และการศึกษาของ Charoentanyarak et.al. (2020) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 10.74 เนื่องจากสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเป็นสาขาที่มีการผ่าตัด จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าแพทย์ในสาขาผ่าตัดมีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าทุกสาขา (Rigby et al., 2019) หรือเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะหมดไฟในการทำงานในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานรายด้าน

1. ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.9 อธิบายได้ว่า มีภาระงานมากจากการศึกษาเชิงปริมาณพบปฏิบัติงานในเวลาราชการค่ามัธยฐาน 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกเวลาราชการค่ามัธยฐาน 21.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวม 66.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หากต้องการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง เวลา 7 วัน จะทำงาน 56 ชั่วโมง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีชั่วโมงการทำงาน

มากกว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์ ประกอบกับมีความกังวลการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ร้อยละ 63.2 ดังนั้นการจัดเวลาการทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้มีความสมดุลระหว่างครอบครัว การออกกำลังกาย การพักผ่อน ตามแนวทางการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน เวลาพัก 1 ชั่วโมงต่อวัน วันหยุดไม่น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ จะทำให้ลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Agha et al.(2015) และ Castelo-Branco et al. (2007) พบความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 64 และ 68.8 ตามลำดับ ไม่สอดคล้องการศึกษาของ Bourne et al.(2019), Govardhan et al.( 2012) และ Rua et al. (2019) พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงร้อยละ 19.54-32 เนื่องจากมีความแตกต่างในบริบทของงานในแต่ละสถาบันหรือประเทศและการศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย (n=19)

2. ด้านลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับสูงร้อยละ 15.8 อธิบายได้ว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้ารับบริการฝึกอบรมในแต่ละปีมีปริมาณไม่มาก ทุกคนรู้จักกันมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่าอาจารย์เข้าถึงง่าย ผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจในวิชาชีพและผู้ป่วยเคารพให้เกียรติแพทย์จึงทำให้พบคะแนนด้านลดความเป็นบุคคลมีเพียงร้อยละ 15.8 ซึ่งแตกต่างการศึกษาของ Al-Ma'mari et al. (2016), Castelo-Branco et al.(2007), Govardhan et al.(2012) และ Rua et al.(2019) พบในระดับสูงร้อยละ 33.33-63.6 เนื่องจากมีความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรม ไทยมีความเอื้ออาทรและไม่ตรีจิต

3. ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 47.4 อธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกที่มีต่อตัวเองในเชิงของประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นการจัดระบบการเข้าถึงอาจารย์ที่ปรึกษา กิจกรรมการเรียนที่ทำให้ทุกคนรู้จักกันจะทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนและอาจารย์ ทำให้เพิ่มความสำเร็จส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Govardhan et al.(2012) พบด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำร้อยละ 26-39 แตกต่างจากการศึกษา Rua et al.(2019) และ Al-Ma'mari et al. (2016) พบระดับต่ำร้อยละ 11.11 และ 25 ตามลำดับ เนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรมองค์กรและจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลในแต่ละสถาบันการฝึกอบรม การศึกษานี้ศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทำหัตถการลดลง ทำให้ขาดความมั่นใจในบางหัตถการ

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้ปัจจัยดังต่อไปนี้

อายุ ผลการศึกษาพบว่าอายุน้อยกว่ามีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าอธิบายได้ว่าอายุที่น้อย ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีวุฒิภาวะน้อย ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน การจัดสรรเวลา การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ และการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กรของ

สถาบันฝึกอบรม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพระบวถึงวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นลำดับอาวุโส แพทย์ที่อายุน้อย เป็นบุคคลแรกในการรับปรึกษา ไม่มีอำนาจการตัดสินใจ และเป็นคนสุดท้ายในการเลือก เช่น ตารางหมุนเวียนคลินิกโรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ทำให้มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Ma'mari et al. (2016)

ระดับการอบรม ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อธิบายได้ว่าแพทย์ประจำบ้านมีวุฒิภาว่น้อยกว่า เป็นบุคคลแรกในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจต้องปรึกษาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดและอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพประเด็นวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Iorga et al. (2017) ระบุว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง การศึกษาของ Iorga et al. (2017) พบว่าอาจารย์แพทย์ แพทย์เฉพาะทางรับปรึกษา มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคลต่ำ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

ชั้นปี ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงจากแพทย์ใช้ทุนซึ่งมีความสำคัญระดับต้น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีสถานะเป็นนักเรียนและน้องเล็กสุดในทีมดูแลผู้ป่วย ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน และต้องปรับตัวในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุกสาขา พบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำกว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2019) ระบุว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าชั้นปีที่ 1 ระหว่างชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 พบมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากการศึกษาของ Morgan et al. (2019) ไม่ได้ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน Maslach burnout inventory (BMI) ในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และการสำรวจเกิดขึ้นก่อนจัดสอบในสถาบันอาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่สูงให้ความสำคัญในการสอบมากกว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1

จำนวนปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ผลการศึกษาพบว่าจำนวนปีที่จบการศึกษายังมากทำให้มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดลง ซึ่งจำนวนปีที่จบมีสัมพันธ์กับอายุ คืออายุมาก จำนวนปีที่จบมากกว่า อยู่ในระดับการอบรมและชั้นปีที่สูงกว่า ซึ่งมีประสบการณ์ การจัดสรรเวลา และการปรับตัวได้ดีกว่าจำนวนปีที่น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Agha et al. (2015) อายุงานน้อยกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคล

สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่จบจากมหาวิทยาลัยส่วนกลางมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าจากภูมิภาค เนื่องจากแพทย์ที่จบจากส่วนกลางมีประสบการณ์ในภาวะเบียดและวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นลำดับ

อาวุโสมากกว่า ทำให้การยอมรับในกฎระเบียบและในวัฒนธรรมองค์กรได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ  
ศึกษาของ Bourne et al.(2019) พบว่าสถาบันบันการศึกษามีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน หากไม่มีความพึงพอใจใน  
วิชาชีพทำให้ไม่พึงพอใจในงาน ซึ่งความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด  
(Wood & Killion., 2007) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Ryder et al.,  
2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุก  
สาขา พบว่าความพึงพอใจในวิชาชีพมีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์  
และลดความสำเร็จส่วนบุคคล

วัฒนธรรมองค์กร กฎระเบียบของโรงพยาบาลและกอง จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าการ  
ทำงานโดยลำดับอาวุโส มีข้อจำกัดในการตัดสินใจด้วยตนเอง กฎระเบียบของโรงพยาบาลบางอย่างมี  
รายละเอียดมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น และกฎระเบียบของกองมีความเคร่งครัดในด้านระเบียบวินัยต่าง ๆ  
ทั้งการเข้าห้องประชุม การรับประทานอาหาร เป็นต้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน  
สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Rutherford และ Oda (2014) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้าน  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา พบว่าวัฒนธรรมองค์กรมีประเมินคุณค่างานของเวช  
ศาสตร์ครอบครัวต่ำ และการไม่มีอำนาจการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน  
การศึกษาของ Winkel et al. (2017) ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าวัฒนธรรมองค์กรที่มีการแข่งขันและมีระบบลำดับอาวุโสในการทำงาน  
เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาของ Ironside (2018) ศึกษาในแพทย์ประจำ  
บ้านและอาจารย์หลายสาขาวิชา โดยการสนทนากลุ่ม ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าวัฒนธรรม  
พื้นฐานขององค์กรแพทย์ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องเป็นบุคคลแรกที่ต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และ  
การศึกษาของ Walsh et al. (2019) ศึกษาในกลุ่มอาจารย์แพทย์ และแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ  
ที่ประเทศไอร์แลนด์ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง พบว่าองค์กรแพทย์ควรพัฒนาการ  
จัดการทักษะทางคลินิกอย่างเป็นระบบ วัฒนธรรมขององค์กรต้องเปลี่ยนแปลงจากการแข่งขันและ  
ตีตรา เป็นวัฒนธรรมของการเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ภาระการเรียน การทำวิจัย ระบบและบรรยากาศการเรียนการสอนและการสอบ การศึกษา  
เชิงปริมาณพบว่าจำนวนครั้งของการสอบแปรผันตรงกับภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาเชิง  
คุณภาพได้ข้อมูลประเด็นของภาระการเรียนที่มาก มีการเรียนทุกวันทั้งช่วงเวลาเช้าและกลางวัน  
การสอบทักษะและเหตุการณ์ที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีปริมาณมาก  
การทำวิจัย ระบบและบรรยากาศการเรียนการสอน เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน  
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasertsiri et al (2006) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-  
นรีเวชวิทยาในประเทศไทย พบว่าการมีกิจกรรมด้านวิชาการมากกว่า 10 ครั้งต่อปี หรือสอบมากกว่า

5 ครั้งต่อปีมีผลต่อสุขภาพทางจิต และการศึกษา Wainwright et al. (2019) ในแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาวิสัญญีวิทยาในประเทศอังกฤษ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าปริมาณงานที่ไม่ใช่ทางคลินิก มีปริมาณมากโดยปราศจากการจัดสรรเวลา ซึ่งเป็นประเด็นความเครียดจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา

การทำวิจัย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากความแตกต่างของหลักสูตรการฝึกอบรมแต่ละประเทศ และอาจเป็นปัญหาภายในของสถาบันฝึกอบรมที่มีการขาดแคลนนักสถิติและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย

ระบบและบรรยากาศการเรียนการสอนและการสอบ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากมีความแตกต่างด้านบริหารจัดการของแต่ละสถาบัน

ภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าภาระงานนอกเวลาราชการ จำนวนผู้ป่วยในห้องคลอดและหอผู้ป่วยใน และจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด แปรผันตรงกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอนต่อวันแปรผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าภาระงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการมีปริมาณมาก จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลรักษามีปริมาณมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงใช้เวลาพักผ่อน เวลาสำหรับการออกกำลังกาย งานอดิเรก หรือเวลาสำหรับครอบครัวและเพื่อนมาทดแทน มีผลทำให้เสียสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasertsiri et al (2006) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยาในประเทศไทย พบว่าภาระงานที่หนักต้องดูแลผู้ป่วยที่ห้องคลอดมากกว่า 20 คนต่อวัน มีผลต่อสุขภาพทางจิต การศึกษาของ ศรีณีย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าชั่วโมงในการนอนหลับไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ นครินทร์ ชุนงาม (2563) ศึกษาในแพทย์จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน คือปริมาณงานที่หนักจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในปริมาณมากทุกวัน และต้องอยู่เวรนอกเวลาบ่อยครั้ง การศึกษาของ Chatlaong et al (2020) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าการปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการมีสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน คุณภาพการนอนมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาในต่างประเทศของ Castelo-Branco et al.(2007) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสเปน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลเพิ่มขึ้นทุก 10 คนต่อสัปดาห์ มีผลต่อภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า การศึกษาของ Iorga et al. (2017) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศโรมาเนีย พบว่าชั่วโมงในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และลดความเป็นบุคคล การอดนอนมีผล

ต่อสุขภาพกายและใจ สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานและศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ทอภิมานของ Moradi et al. (2016) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาระงานที่มาก สำหรับการศึกษาศึกษาเชิงคุณภาพที่สอดคล้องด้านภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต การศึกษาของ Rutherford และ Oda (2014) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศแคนาดา พบว่าภาระงานที่หนัก ปริมาณงานที่ต้องการมีจำนวนมากมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เสียความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต การศึกษาของ Miyasaki et al. (2017) ศึกษาในกลุ่มประสาทแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ข้อมูลได้จากคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นในแบบสอบถาม พบว่าภาระงานทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย และงานเอกสาร เป็นประเด็นที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาของ Ironside (2018) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านหลายสาขาวิชา โดยการสนทนากลุ่มพบว่าความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าเกิดจากปริมาณงานที่มาก ทำให้ขาดสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว ไม่มีเวลาสำหรับออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อน และงานอดิเรก การศึกษาของ Walsh et al. (2019) ในกลุ่มอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ ที่ประเทศไอร์แลนด์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ขาดแคลนแพทย์ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น และการศึกษา Wainwright et al. (2019) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยาในประเทศอังกฤษ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กล่าวในประเด็นความเหนื่อยอ่อนจากความรับผิดชอบที่หลากหลาย

ภาระงานที่มาก ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต มีการศึกษาหลายการศึกษาสนับสนุนว่าเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน และการศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน ข้อมูลทั้งสองแหล่งช่วยสนับสนุนในประเด็นภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต

งานเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่างานเอกสารไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ตรงข้ามกับการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่างานเอกสารมีจำนวนมาก ระบบอิเล็กทรอนิกส์ช้า และมีความซับซ้อน ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการทำงาน ลดเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) พบว่างานเอกสารมากเกินไป เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Miyasaki et al. (2017) ศึกษาในประสาทแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยและงานเอกสารที่ใช้เวลาเพิ่มขึ้นมีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบค่าตอบแทนต่ำ และบางครั้งล่าช้า ค้างจ่าย ทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความท้าทายในการบริหารการเงิน ต้องคิดวางแผนทาง



การเงินในแต่ละวัน หรือค่าเวรที่มีค่าตอบแทนต่ำทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ ชุนงาม (2563) ศึกษาในแพทย์จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการจ่ายค่าตอบแทน ล่าช้า ค้างจ่าย เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีความคาดหวังสูงในตนเองทั้งด้านการทำงาน การผ่าตัด การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ความรู้ วินัยในการอ่านหนังสือ และวิจัย รวมทั้งความคาดหวังจากอาจารย์เรื่องการทำงาน การสอบ การประกวดวิจัยและการตีพิมพ์ผลงานวิจัย และความคาดหวังจากผู้ป่วยเรื่องความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Winkel et al. (2017) พบว่าเส้นทางของตนเองกับการเป็นมืออาชีพต้องแบกความผิดหวังและความทำลาย ความคาดหวังในตนเองสูง ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางครั้งมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับอาจารย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ต่างสาขาวิชาพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของจามรี ณ บางช้าง (2562) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การศึกษาของ Charoentanyarak et al (2020) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคือมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การศึกษาของ Moradi et al. (2016) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อภิमान พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานคือ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศแคนาดา ของ Rutherford และ Oda (2014) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พบว่าความรู้สึกโดดเดี่ยวจากเพื่อนและครอบครัวเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน และ การศึกษาของ Winkel et al. (2017) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และการเห็นอกเห็นใจในผู้ป่วย เป็นปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

บทบาทในครอบครัว จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าแพทย์ประจำบ้านให้ความสำคัญกับบทบาทของตนต่อครอบครัว เช่นบทบาทของความเป็นมารดาต่อบุตร หรือบทบาทของบุตรที่ต้องการดูแลมารดาเย็บป่วย ทำให้มีความคิดลาออกหรือพักการฝึกอบรม เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน บทบาทดังกล่าวยังไม่มีกรกล่าวถึงในศึกษาที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะด้วยค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทย มีความกตัญญูต่เวทีก และให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวอันดับแรก

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อย่างไม่คาดฝันเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิรยา เลิศหัตถศิลป์ (2554) ศึกษาในกลุ่มจิตแพทย์ในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จที่มากเป็นปัจจัยของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล การศึกษาของ นครินทร์ ชุนงาม (2563) ศึกษาในกลุ่มแพทย์จังหวัด นครราชสีมา พบว่าปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าอุปกรณ์บางชนิดหมดอายุการใช้งาน เช่นเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านสถานที่ที่มีความคับแคบ เช่นห้องพักรักษาและห้องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่มีการแบ่งเป็นสัดส่วน บางครั้งมีเสียงดังจากการก่อสร้าง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา อาจเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อุปกรณ์บางอย่างที่หมดอายุการใช้งาน กำลังดำเนินงานในการหาทดแทน และด้านสถานที่คับแคบเนื่องจากโรงพยาบาลมีเนื้อที่จำกัดในการบริหารจัดการ

การเปลี่ยนจากแพทย์ใช้ทุนเป็นแพทย์ประจำบ้าน จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าแพทย์ใช้ทุนเป็นบุคคลสำคัญระดับต้นของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อมาฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านบทบาทเปลี่ยนเป็นนักเรียน ไม่ได้รับเกียรติจากเพื่อนร่วมงานบางคน เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ironside (2018) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านหลายสาขาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความเครียดที่สูงขึ้นเป็นปกติจากการเปลี่ยนจากนิสิตแพทย์เป็นแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจากการหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยการเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มีภาระในการเรียนมากและหนัก ซึ่งขาดความสมดุลระหว่างการเรียนและชีวิต

การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จากการศึกษาเก็บข้อมูลในช่วงระยะที่ 4 ต่อระยะที่ 5 ของประเทศไทย แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบทุกคน ไม่กังวลถึงการติดเชื้อ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบมีความพึงพอใจในช่วงเวลานี้คือจำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ทำให้มีความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตดีขึ้น สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ได้แก่ ขั้นตอนในการทำงานเพิ่มขึ้น และผลกระทบต่อภาระงานด้านงานวิจัย และหัตถการ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจอร์แดนของ Alrawashdeh et al (2021) พบว่ามีความกังวลในการติดเชื้อ มีจำนวนผู้ป่วยและภาระงานที่มาก เนื่องจากการศึกษาต่างช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันด้านสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน

### 3. ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษาเชิงคุณภาพพบปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว เป็นปัจจัยช่วยในการลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา Ofei-Dodoo et al. (2019) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา พบว่าปัจจัยที่ลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานคือเพื่อนร่วมงาน และอาจารย์แพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Rutherford และ Oda (2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา พบว่าครอบครัวและเพื่อนมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาของ Winkel et al. (2017) ศึกษาในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเปรียบเหมือนรากของต้นไม้ที่ดูดซับสารอาหารเพื่อให้ต้นไม้เจริญเติบโต

คุณค่าในตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้ถึงคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ได้แก่ เป็นที่ไว้วางใจ งานประสบความสำเร็จ เป็นส่วนหนึ่งของทีม ได้ทำผ่าตัดที่ชอบ เป็นต้น เป็นปัจจัยในการลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rutherford และ Oda (2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา พบว่าการมีคุณค่า เช่น มีคุณค่ากับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน เป็นต้น เป็นปัจจัยในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน และการศึกษาของ Winkel et al. (2017) ศึกษาในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความมีคุณค่าในตนเองซึ่งเปรียบเหมือนใบไม้ของต้นไม้ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์แสง

การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์ จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงอาจารย์ให้คำปรึกษาทั้งในและนอกเวลาราชการ นอกจากนี้ยังได้รับการปกป้องจากอาจารย์และทีม ความเสี่ยงของกองและโรงพยาบาล เมื่อเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์และการฟ้องร้อง เป็นปัจจัยในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wainwright et al. (2019) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยาในประเทศอังกฤษ พบว่าการมีอาจารย์ที่ปรึกษาเพียงพอ และได้รับข้อมูลป้อนกลับ เป็นคำแนะนำที่ทำให้สภาพการทำงานและการฝึกอบรมดีขึ้น

การจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน การการศึกษาพบว่าการจัดตารางที่มีการสลับช่วงหนักและเบา มีผลทำให้ลดความเครียดที่เกิดจากการทำงานและเรียน เป็นปัจจัยในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rutherford และ Oda (2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา พบว่าการจัดตารางหมุนเวียนในระยะสั้นและระยะยาวเป็นปัจจัยในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล

#### 4. ข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การศึกษาเชิงคุณภาพพบข้อเสนอในการลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

เวลาพักผ่อนและมีเวลาว่างอยู่กับตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการเวลาว่างเพื่ออยู่กับตนเอง เพื่อพักผ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2019) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 41.2 เลือกเวลาอิสระของตนเอง กิจกรรมที่ควรสนับสนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี คือ การอยู่ในสถานที่สงบผ่อนคลาย (retreat)

การทำกิจกรรมบันเทิง จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลเสนอกิจกรรมบันเทิงเพื่อลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง การสังสรรค์ รับประทานอาหาร และการซื้อของ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2019) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากิจกรรมนอกหลักสูตรที่แพทย์ประจำบ้านต้องการ คือ การซื้อของ กิจกรรมสังสรรค์

การท่องเที่ยว จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลเสนอการจัดกิจกรรมเที่ยวเป็นหมู่คณะกับผู้ร่วมงาน เป็นข้อเสนอเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากช่วง 2 ปีที่ผ่านมาเป็นช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้ไม่มีกิจกรรมไปเที่ยวนอกสถานที่ร่วมกันในหน่วยงาน

ระบบการให้คำปรึกษา จากการศึกษาแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเสนอถึงการจัดการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ เข้าถึงง่ายในทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rutherford และ Oda (2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา เสนอแนะในการเข้าถึงการบริการให้คำปรึกษาหรือนักจิตวิทยา และการศึกษาของ Walsh et al. (2019) ศึกษาในกลุ่มอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ ในประเทศไอร์แลนด์ พบว่าการให้คำแนะนำ การแทรกแซงโดยการจัดอบรมที่เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงจากความเครียดจากการทำงาน แนวทางการดูแลรักษา การดูแลตนเอง

การออกกำลังกาย จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าเมื่อแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่มีความเหนื่อยล้า หรือเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน การออกกำลังกายทำให้ภาวะดังกล่าวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan et al. (2019) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าถึงกิจกรรมที่แพทย์ประจำบ้านต้องการนอกจากการมีเวลาอยู่กับตนเอง คือการสนับสนุนในการออกกำลังกาย

## 5. ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่ได้ปัจจัยบางอย่างที่ความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ประชากรที่ศึกษาคัดเลือกมาอย่างจำเพาะเจาะจงเพียงหนึ่งสถาบันการฝึกอบรมทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร ทำให้ไม่สามารถใช้อ้างอิงทั้งประเทศได้ ทั้งนี้ควรทำการศึกษาในประชากรขนาดใหญ่ต่อไป การประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นการประเมินด้วยตนเองทำให้เกิดอคติจากการนึกย้อนหลังและความถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ได้บอกความจริงทั้งหมดขณะสัมภาษณ์ มีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล และการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบข้อมูลในช่วงเวลานั้น ๆ ไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมดตลอดปีการศึกษา จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกองสูตินรีกรรม พบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ลาออกในช่วง 3 เดือนแรก ร้อยละ 20 ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าว

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบตัวแปรที่เป็นปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานหลายตัวแปรทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ แต่ตัวแปรลักษณะข้อมูลพื้นฐานบางตัวแปรเช่น เพศ สถานภาพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ให้ข้อมูลของการศึกษาเชิงปริมาณมีจำนวนน้อย ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีจำนวนประชากรที่ศึกษาเชิงปริมาณเพียงพอ การศึกษานี้ทำในหนึ่งสถาบัน ไม่สามารถอ้างอิงในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชได้ทั้งหมด แนะนำสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำในหลายสถาบัน และทุกภูมิภาค การศึกษานี้ทำในเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนไม่ครอบคลุมตลอดปีการศึกษา แนะนำสำหรับวิจัยครั้งต่อไปควรทำแบบทดสอบและการสัมภาษณ์อย่างต่อเนื่องโดยครั้งแรกในช่วงเวลาภายใน 3 เดือนแรกของปีการศึกษา และครั้งที่สองในช่วงหลัง 3 เดือนแรกของปีการศึกษา สาเหตุที่ระบุ 3 เดือนเพราะว่าจากการเก็บสถิติของกองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลดุสิต พบว่าแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 20 ลาออกจากฝึกอบรมช่วงเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 เพราะฉะนั้นถ้าทำการศึกษาต่อเนื่องทั้ง 2 ช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างแท้จริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน การเรียน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฝึกอบรมเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างการศึกษา นอกจากนี้หากมีการแทรกแซงระบบและสภาพแวดล้อม ควรมีการศึกษาหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบและสภาพแวดล้อมอีกครั้ง

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบหลักสูตรการฝึกอบรม และอาจารย์

ข้อเสนอแนะผู้บริหารและผู้รับผิดชอบหลักสูตรการฝึกอบรม จากการศึกษาพบภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 63.2 การศึกษาวิจัยนี้ทำให้ทราบ ปัจจัยที่เป็นเหตุทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นลำดับอาวุโส กฎระเบียบของโรงพยาบาลและกอง การระงับ การระงับ การระงับ ค่าตอบแทนต่ำ ค่าจ้าง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน งานเอกสารและระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นต้น ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์ และการจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และข้อเสนอในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ เวลาพักผ่อนและมีเวลาว่างอยู่กับตนเอง การทำกิจกรรมบันเทิง การท่องเที่ยว ระบบการให้คำปรึกษา และออกกำลังกาย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลและกอง โดยปรับวัฒนธรรมองค์กรเกี่ยวกับการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การกำหนดนโยบายชั่วโมงการทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีเวลาสำหรับตนเอง พัฒนาระบบรองรับทางการเงินในกรณีที่เงินออกล่าช้า ค่าจ้าง เพิ่มค่าตอบแทน จัดชั่วโมงการเรียนการสอนอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง จัดระบบการให้คำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา และส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อผ่อนคลายและลดความภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง รับประทานอาหาร สังสรรค์และไปเที่ยวร่วมกัน เป็นต้น เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ต่อยอดสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีความสุขในการฝึกอบรม มีความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต ลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ข้อเสนอแนะอาจารย์ผู้สอน นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนปรับเปลี่ยนบรรยากาศการเรียนการสอน เสริมสร้างกิจกรรมนอกหลักสูตร จัดอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่อาจารย์ เพื่อให้อาจารย์สามารถให้คำปรึกษาแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เพื่อลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

# บรรณานุกรม



- กมลพร วรรณฤทธิ์. (2563). *ภาวะหมดไฟในการทำงาน [burnout syndrome]*. สืบค้น 21 มิถุนายน 2564, จาก [https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj\\_online/thai\\_version/Health\\_detail.asp?id=1385](https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385).
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)*. สืบค้น 19 มิถุนายน 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2270>.
- กรมสุขภาพจิต.(2563). *Gen Y/Gen Me กลุ่มผู้กุมชะตาโลก*. สืบค้น 29 มิถุนายน 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1251>
- กังสดาล สุทธิวีธีสรณ์. (2535). *ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำไล ปราณี. (2559). *ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเอื้อในการทำงาน การจัดการแบบเชิงรุก ความผูกพันในงานและความเหนื่อยล้าในงานของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิตติพงษ์ เขียวรุ่งโรจน์. (2548). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงานและภาวะเบื้องต้นในพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จามรี ณ บางช้าง. (2562). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(1), 61-76.
- เจนจิรา เกียรติธนะบำรุง และ สุนทรี ศักดิ์ศรี. (2561). *ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และข้อเรียกร้องจากงานที่พยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของสัตวแพทย์*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉัตรกมล สิงห์น้อย. (2551). *ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในนักกีฬา* (ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชิดชนก คุณเจริญ. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชชาภัทร อัมพรมณี. (2564). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานของพนักงานสอบสวนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 39-52.
- ดุชนิ อุดมอิทธิพงศ์, ฤตัญญ์ แก้วยศ, เกตุรมาศ อยู่ถิณ. (2557). *ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล*. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 8(2), 40-53.
- ติรยา เลิศหัตถศิลป์. (2554). *ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 437-448.



- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2555). *Burnout...หมดไฟทำไมจึงจะดีไปต่อ*. สืบค้น 19 มิถุนายน 2564, จาก [http://www.healthtoday.net/thailand/mental/mental\\_.136html](http://www.healthtoday.net/thailand/mental/mental_.136html).
- ธีรญา ศรีใส และ ภิญโญ รัตนาพันธุ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของข้าราชการตำรวจของหน่วยงานตำรวจภูธรจังหวัดขอนแก่น. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 11(1), 127-144.
- นครินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 348-359.
- นฤมล กิจจานนท์, อัจฉรา จงเจริญกำโชค., พรพิมล มาศนรากรณ์. (2552). ความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(1), 86-97.
- บุญศรี ชัยชิตามร. (2534). *สภาพแวดล้อมในการทำงานแรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยอาการหนักโรงพยาบาลของรัฐ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเอื้อ โจว. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. (ภาคนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นจาก NIDA Library. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2553/19588.pdf>.
- ประไพพิมพ์ สุธีสินนท์ และ ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(2), 32-48.
- ปองกานต์ ศิริรัตน์. (2563). *การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์*. (สารนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ ฉบับ ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย. (2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- แพทยสภา. (2560). *การกำหนดกรอบเวลาทำงานของแพทย์ภาครัฐ*. สืบค้น 19 มิถุนายน 2564, จาก <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/311>.
- มนัสพงษ์ มาลา. (2563). *ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ ๔. ส่วนราชการ* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: ศูนย์วิศวกรรมกรรมการแพทย์ที่ 4 กองวิศวกรรมกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก <http://do4.hss.moph.go.th/images/63/02/วิจัยภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานข>.

- รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์, วินิทราน นวลละออง., ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2564). ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 189-202.
- วลีรัตน์ เชื้อก เทิดทูนภูกุช และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2017). ภาวะเครียดจากการทำงาน และภาวะหมดไฟในทนายความผู้มีใบอนุญาตทนายความ ณ สภาทนายความในพระบรมราชูปถัมภ์. *Chula Med J*, 61(5), 663-676.
- วัลลภ วิชาญเจริญสุข และสุนทร ศุภพงษ์. (2558). ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 15(2), 225-231.
- วาริชาฎ ศิวกาญจน์ และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์. (2554). ความเหนื่อยล้าในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 2(2), 331-341.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2562). *แพทย์ประจำบ้าน*. สืบค้น 19 มิถุนายน 2564, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/แพทย์ประจำบ้าน>
- ศรัณย์ ศรีคำ, วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. และ เดชา ลลิตอนันต์พงษ์. (2557). ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 139-150.
- ศรีสกุล ฉะชัย และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ภาวะหมดไฟในการทำงาน. *แพทยสารทหารอากาศ*, 65(2), 44-52.
- สมทรง คันธนที, ธาธิณี อังคัยศ, ญาณเดช ชื่นจิตต์ และ นพดล คำพิทักษ์. (2563). ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของนักบัญชีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสังคมศาสตร์*, 9(1), 114-122.
- สลีพรรณ นิลสงวนเดชะ. (2558). *ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายสัมพันธ์ จำปาทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในการทำงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิริมา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เหมือนขวัญ จรงค์หนู และ นนทธีรัตน์ พัฒนภักดี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการในมหาวิทยาลัย. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 13(2), 48-61.
- อรสา ใจจิณา. (2556). อิทธิพลปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อารีรัตน์ ปานศุภวัชรและ ประวีณ ปานศุภวัชร. (2561). ผลกระทบของบุคลิกภาพที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการ มข.*, 11(2), 124-141.
- อิษฎา เจตินัย, รังสิมา หอมเศรษฐี และ มณฑิรา จารุเพ็ง. (2563). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานการเคหะแห่งชาติ. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 13(1), 12-25.
- Agha, A., Mordy, A., Anwar, E., Saleh, N., Rashid, I., & Saeed, M. (2015). Burnout among middle-grade doctors of tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Work*, 51(4), 839-847. doi:10.3233/wor-141898.
- Alarcon, G. (2011). A Meta-Analysis of Burnout with Job Demands, Resources, and Attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562. doi: 10.1016/j.jvb.2011.03.007
- Al-Ma'mari, N. a. O., Naimi, A. I., & Tulandi, T. (2016). Prevalence and predictors of burnout among obstetrics and gynecology residents in Canada. *Gynecological Surgery*, 13(4), 323-327. doi:10.1007/s10397-016-0955-3
- Alrawashdeh, H., Al-Tammemi, A., Alzawahreh, M., Al-Tamimi, A., Elkholy, M., Sarireh, F., Abusamak, M., Mhna Kmbo Elehamer, N., Malkawi, A., Al-dolat, W., Abu-Ismael, L., Al-Far, A., & Ghouli, I. (2020). *Occupational Burnout and Job Satisfaction Among Physicians in Times of COVID-19 Crisis: A Convergent Parallel Mixed-Method Study*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-121781/v1>
- Becker, J. L., Milad, M. P., & Klock, S. C. (2006). Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*, 195(5), 1444-1449. doi:10.1016/j.ajog.2006.06.075

- Bourne, T., Shah, H., Falconieri, N., Timmerman, D., Lees, C., Wright, A., Van Calster, B. (2019). Burnout, well-being and defensive medical practice among obstetricians and gynaecologists in the UK: cross-sectional survey study. *BMJ Open*, *9*(11), e030968. doi:10.1136/bmjopen-2019-030968
- Castelo-Branco, C., Figueras, F., Eixarch, E., Quereda, F., Cancelo, M. J., González, S., & Balasch, J. (2007). Stress symptoms and burnout in obstetrics and gynaecology residents. *BJOG*, *114*(1), 94-98. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01155.x
- Charoentanyarak, A., Anothaisintawee, T., Kanhasing, R., & Poonpetcharat, P. (2020). Prevalence of Burnout and Associated Factors Among Family Medicine Residency in Thailand. *J Med Educ Curric Dev*, *7*, 2382120520944920. <https://doi.org/10.1177/2382120520944920>
- Chatlaong, T., Pitanupong, J., & Pakawat., W. (2020). Sleep Quality and Burnout Syndrome among Residents in Training at the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. *Siriraj Medical Journal*, *72*(4), 307-314. <https://doi.org/https://doi.org/10.33192/Smj.2020.41>
- Chaukos, D., Vestal, H. S., Bernstein, C. A., Belitsky, R., Cohen, M. J., Hutner, L., Silberman, E. K. (2018). An Ounce of Prevention: A Public Health Approach to Improving Physician Well-Being. *Acad Psychiatry*, *42*(1), 150-154. doi:10.1007/s40596-017-0751-z.
- Civantos, A. M., Byrnes, Y., Chang, C., Prasad, A., Chorath, K., Poonia, S. K., Jenks, C. M., Bur, A. M., Thakkar, P., Graboyes, E. M., Seth, R., Trosman, S., Wong, A., Laitman, B. M., Harris, B. N., Shah, J., Stubbs, V., Choby, G., Long, Q., Rassekh, C. H., Thaler, E., & Rajasekaran, K. (2020). Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: National study. *Head Neck*, *42*(7), 1597-1609. <https://doi.org/10.1002/hed.26292>
- Collier, V. U., McCue, J. D., Markus, A., & Smith, L. (2002). Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med*, *136*(5), 384-390. doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00011
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. . (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Daskivich, T. J., Jardine, D. A., Tseng, J., Correa, R., Stagg, B. C., Jacob, K. M., & Harwood, J. L. (2015). Promotion of Wellness and Mental Health Awareness Among Physicians in Training: Perspective of a National, Multispecialty Panel of Residents and Fellows. *J Grad Med Educ*, 7(1), 143-147.  
doi:10.4300/jgme-07-01-42
- Ey, S., Moffit, M., Kinzie, J. M., Choi, D., & Girard, D. E. (2013). "If you build it, they will come": attitudes of medical residents and fellows about seeking services in a resident wellness program. *J Grad Med Educ*, 5(3), 486-492.  
doi:10.4300/jgme-d-12-00048.1
- Freudenberger, H. (2010). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.  
doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Govardhan, L. M., Pinelli, V., & Schnatz, P. F. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Conn Med*, 76(7), 389-395.
- Gualano, M. R., Sinigaglia, T., Lo Moro, G., Rousset, S., Cremona, A., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8172. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8172>
- Iorga, M., Socolov, V., Muraru, D., Dirtu, C., Soponaru, C., Ilea, C., & Socolov, D. G. (2017). Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. *Biomed Res Int*, 2017, 9318534. doi:10.1155/2017/9318534
- Ironside, K., Becker, D., Chen, I., Daniyan, A., Kian, A., Saheba, N., & Hollander, R. (2019). Resident and Faculty Perspectives on Prevention of Resident Burnout: A Focus Group Study. *Perm J*, 23. <https://doi.org/10.7812/tpp/18-185>
- Iserson, K. V. (2018). Burnout Syndrome: Global Medicine Volunteering as a Possible Treatment Strategy. *J Emerg Med*, 54(4), 516-521.  
doi:10.1016/j.jemermed.2017.12.062
- Jager, A. J., Tutty, M. A., & Kao, A. C. (2017). Association Between Physician Burnout and Identification with Medicine as a Calling. *Mayo Clin Proc*, 92(3), 415-422.  
doi: 10.1016/j.mayocp.2016.11.012

- Kannampallil, T. G., Goss, C. W., Evanoff, B. A., Strickland, J. R., McAlister, R. P., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PloS one*, *15*(8), e0237301-e0237301.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, *10*. doi:10.3389/fpsyg.2019.00284
- Kruegar, R., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (3rd Edition ed.). Sage.
- Laopakorn Chatchai , K. P., Wacharasint Petch. (2021). Burnout syndrome among Thai intensivists and nurses in pre-COVID19 era. *Clinical Critical Care*, *29*, 1-14.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.54205/cc.v29i.254181>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*, 99-113. <http://doi:10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, E. S., Leiter, P. M. (2018). *Maslach Burnout Inventory Manual* (4th Edition ed.). Mind Garden, Inc.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 191-218.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, *132*(3), 327-353. doi:10.1037/0033-2909.132.3.327
- Merriam, S. B. (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. Jossey-Bass.
- Miyasaki, J. M., Rheame, C., Gulya, L., Ellenstein, A., Schwarz, H. B., Vidic, T. R., Busis, N. A. (2017). Qualitative study of burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. *Neurology*, *89*(16), 1730-1738.  
doi:10.1212/wnl.0000000000004526

- Moradi, Y., Baradaran, H. R., Yazdandoost, M., Atrak, S., & Kashanian, M. (2016). Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(4), 235.
- Morgan, H. K., Winkel, A. F., Nguyen, A. T., Carson, S., Ogburn, T., & Woodland, M. B. (2019). Obstetrics and Gynecology Residents' Perspectives on Wellness: Findings From a National Survey. *Obstet Gynecol*, 133(3), 552-557.  
doi:10.1097/aog.0000000000003103
- Ofei-Dodoo, S., Irwin, G., Kuhlmann, Z., Kellerman, R., Wright-Haviland, S., & Dreiling, M. (2019). Assessing Work-Related Burnout and Job Satisfaction among Obstetrics and Gynecology Residency Program Coordinators. *Kans J Med*, 12(1), 11-16.
- Ong, A. M. (2020). Impact of COVID-19 on medical education and resident burnout in a postgraduate programme. *Singapore Med J*.  
<https://doi.org/10.11622/smedj.2020100>
- Prasertsiri, K., Suntharasaj, T., & Pitanupong, J. (2006). Mental health of residents during Obstetrics and Gynecology training in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 69(3), 269-274.
- Puranitee, P., Saetang, S., Sumrithe, S., Busari, J. O., van Mook, W., & Heeneman, S. (2019). Exploring burnout and depression of Thai medical students: the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory. *Int J Med Educ*, 10, 223-229. <http://doi:10.5116/ijme.5dc6.8228>
- Rayburn, W. F. (2017). *The Obstetrician-gynecologist Workforce in the United States: Facts, Figures, and Implications, 2017: American Congress of Obstetricians and Gynecologists*.
- Rigby, F. B., Bynum, B., Santen, S. A., Anabazhagan, A., & Karjane, N. (2019). Burnout in OB/GYN Students and Residents. *Clin Obstet Gynecol*, 62(3), 413-431.  
doi:10.1097/grf.0000000000000467
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*, 320(11), 1131-1150. <http://doi:10.1001/jama.2018.12777>

- Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(6), 567-576. <http://doi:10.1097/dcr.0000000000000844>
- Rua, C., Body, G., Marret, H., & Ouldamer, L. (2015). Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 44(1), 83-87. doi:10.1016/j.jgyn.2013.12.001
- Rutherford, K., & Oda, J. (2014). Family medicine residency training and burnout: a qualitative study. *Canadian medical education journal*, 5(1), e13-e23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26451218>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563612/>
- Ryder, R., Kearney, L., Kynn, M., & Weaver, E. (2020). Resilience and workplace stress in Australian and New Zealand obstetrics and gynaecology trainees: A cross-sectional survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 60(2), 225-230. doi:10.1111/ajo.13098
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481. <http://doi:10.1177/0022022102033005003>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*, 251(6), 995-1000. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
- Smith, R. P. (2019). Burnout in Obstetricians and Gynecologists. *Clin Obstet Gynecol*, 62(3), 405-412. <http://doi:10.1097/grf.0000000000000441>
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889. doi:10.1001/jama.292.23.2880
- Wagner, B., Nentin, F., & Ferrara, L. (2017). Resident Wellness Initiative to Reduce Burnout and Mitigate Stress. *Obstetrics & Gynecology*, 130.



- Wainwright, E., Looseley, A., Mouton, R., O'Connor, M., Taylor, G., & Cook, T. M. (2019). Stress, burnout, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees: a qualitative analysis of in-depth participant interviews in the Satisfaction and Wellbeing in Anaesthetic Training study. *Anaesthesia*, *74*(10), 1240-1251. doi:10.1111/anae.14694
- Walsh, G., Hayes, B., Freaney, Y., & McArdle, S. (2019). Doctor, how can we help you? Qualitative interview study to identify key interventions to target burnout in hospital doctors. *BMJ Open*, *9*(9), e030209. doi:10.1136/bmjopen-2019-030209
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *388*(10057), 2272-2281. doi:10.1016/s0140-6736(16)31279-x
- Winkel, A. F., Honart, A. W., Robinson, A., Jones, A. A., & Squires, A. (2018). Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reprod Health*, *15*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0489-4>
- Wood, B. D., & Killion, J. B. (2007). Burnout among healthcare professionals. *Radiol Manage*, *29*(6), 30-34; quiz 36-38.



## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบสัมภาษณ์

## คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อทำความเข้าใจ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟ และค้นหาข้อเสนอเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1-2 สาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำปริญญาานิพนธ์ของนางสาววิยะดา เหลืองด่านสกุล หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยรัตนนคร แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทักษะติดต่องานและวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาระงาน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการเรียน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 6 ภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 22 ข้อ

ชุดที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม

**ชุดที่ 1****ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร**

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามในส่วนที่ 1 นี้ ตามความเป็นจริงโดยเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (v) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง
2. อายุ	..... ปี.....เดือน
3. แพทย์	<input type="checkbox"/> 1. แพทย์ประจำบ้าน (ทำต่อข้อ 5) <input type="checkbox"/> 2. แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (ทำต่อข้อ 4)

4. แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขา	<input type="checkbox"/> 1. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ <input type="checkbox"/> 2. มะเร็งนรีเวช
5. ชั้นปี	<input type="checkbox"/> 1. ชั้นปีที่ 1 <input type="checkbox"/> 2. ชั้นปีที่ 2 <input type="checkbox"/> 3. ชั้นปีที่ 3
1. สถานภาพสมรส 6.	<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส และอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. สมรส แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง/หม้าย
7. ปีที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต	.....
8. โรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ .....
9. จำนวนบุตร	<input type="checkbox"/> 0 จำนวน 0 คน <input type="checkbox"/> 1 จำนวน 1 คน <input type="checkbox"/> 2 จำนวน 2 คน <input type="checkbox"/> 3 จำนวน 3 คน <input type="checkbox"/> 4 จำนวน 4 คน <input type="checkbox"/> 5 จำนวนมากกว่า 5 คน
10. แพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบัน	<input type="checkbox"/> 1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> 2. รพ.ศิริราช ,มหาวิทยาลัยมหิดล <input type="checkbox"/> 3. รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล <input type="checkbox"/> 4. มหาวิทยาลัยนเรศวร <input type="checkbox"/> 5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น <input type="checkbox"/> 6. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ .....
11. เกรดเฉลี่ย	.....
12. รายได้ต่อเดือน	<input type="checkbox"/> 1. 15,000-25,000 บาท <input type="checkbox"/> 2. >25,000-35,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. >35,000-45,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. >45,000-55,000 บาท <input type="checkbox"/> 5. >55,000-65,000 บาท <input type="checkbox"/> 6. >65,000 บาท
13. ปัญหาค่าตอบแทนล่าช้า ค้างจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
14. ความสมดุลระหว่างงานและชีวิต (เฉลี่ย ชั่วโมงต่อสัปดาห์)	
14.1 เวลาให้ครอบครัว	..... ชั่วโมง/สัปดาห์
14.2 เวลาให้เพื่อน/แฟน	..... ชั่วโมง/สัปดาห์
14.3 เวลาออกกำลังกาย	..... ชั่วโมง/สัปดาห์
14.4 เวลาสำหรับงานอดิเรก	..... ชั่วโมง/สัปดาห์

15 ภาระส่วนบุคคลและครอบครัว	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. ผ่อนบ้าน <input type="checkbox"/> 3. ผ่อนรถ <input type="checkbox"/> 4. เงินให้บิดา มารดา <input type="checkbox"/> 5. ภาระหนี้สินของครอบครัว <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....
16 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยใช้ยานอนหลับหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุชนิดยา.....

## ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่องานและวิชาชีพ

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามในส่วนที่ 2 นี้ ตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมายถูก (v) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์	<input type="checkbox"/> 1. ไม่พึงพอใจ <input type="checkbox"/> 2. พึงพอใจน้อย <input type="checkbox"/> 3. พึงพอใจปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. พึงพอใจมาก <input type="checkbox"/> 5. พึงพอใจมากที่สุด
2. ความพึงพอใจในงานโดยรวม	<input type="checkbox"/> 1. ไม่พึงพอใจ <input type="checkbox"/> 2. พึงพอใจน้อย <input type="checkbox"/> 3. พึงพอใจปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. พึงพอใจมาก <input type="checkbox"/> 5. พึงพอใจมากที่สุด
3. ความคิดลาออกจากการฝึกอบรมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
4. ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะเลือกเรียนสาขานี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เลือก <input type="checkbox"/> 2. เลือก

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาระงาน

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามใน ส่วนที่ 3 นี้ ตามความเป็นจริงโดยเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงในการทำงานของท่าน

1. ภาระงาน	
1.1 ในเวลาราชการ (ในสถาบันฝึกอบรม)	.....ชั่วโมง/สัปดาห์
1.2 นอกเวลาราชการ (งานทั้งในและนอกสถาบันฝึกอบรม)	.....ชั่วโมง/สัปดาห์
1.3 การทำงานเอกสาร (ด้านการดูแลผู้ป่วย)	.....ชั่วโมง/สัปดาห์
2 จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล	
2.1 การตรวจผู้ป่วยนอก	.....คน/สัปดาห์
2.2 จำนวนการรับผู้ป่วยในทั้งในหัตถ์ตลอดและหอผู้ป่วยใน	.....คน/สัปดาห์
2.3 จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด	.....คน/สัปดาห์
3 เฉลี่ยชั่วโมงการนอนต่อวัน	.....ชั่วโมง/วัน
4 การเข้าถึงแหล่งอาหารเมื่ออยู่เวรกลางคืน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....
5 มีอาจารย์รับคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
6 มีความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....
7 ได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อนร่วมงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ ระบุ.....
8 มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน เช่น อาจารย์ เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี ข้ามทำข้อ 10 <input type="checkbox"/> 2. มี กับใคร.....
9 ปัญหาส่วนตัวหรือปัญหาในการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ส่วนตัว <input type="checkbox"/> 2. งาน
10 มีความสับสนเสียใจที่โดนฟ้องร้อง เช่นมีการเจรจาไกล่เกลี่ย	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุทางด้านนิติศาสตร์ <input type="checkbox"/> 3. มี ระบุทางด้านนรีเวช

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการเรียน

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามในส่วนที่ 4 นี้ ตามความเป็นจริงโดยเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก (v) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. กิจกรรมด้านวิชาการ	.....ครั้ง/เดือน
2. การสอบ	.....ครั้ง/ปี
3. อาจารย์ที่ปรึกษาการเรียนมีบทบาทเหมาะสมหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
4. งานวิจัย มีแนวโน้มจะจบ/เสร็จทันการฝึกอบรมหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
5. เวลาในการอ่านหนังสือ	.....ชั่วโมง/สัปดาห์

#### ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามในส่วนที่ 5 นี้ ตามความเป็นจริงโดยเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก (v) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> 2. เกี่ยวข้อง
2. การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ได้
3. ความเพียงพอของชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอ
4. ความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
5. การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี
6. ผลกระทบต่อการฝึกอบรม	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....

### ส่วนที่ 6 แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory for healthcare professionals (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องเพื่อระบุคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด กรุณาตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ

เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ไม่เคย	ไม่กั ครั้ง ต่อปี หรือ น้อย กว่า นั้น	ไม่เกิน เดือน ละ ไม่กี่ ครั้ง	เดือน ละ ไม่กี่ ครั้ง	สัปดาห์- ครั้ง	ไม่กั ครั้ง ต่อสัปดาห์	ทุกๆ วัน
	0	1	2	3	4	5	6
1. ฉันรู้สึกเหนื่อยเพราะงาน							
2. ฉันรู้สึกหมดพลังเมื่อถึงตอนเลิกงาน							
3. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นเข้ามาแล้วต้องเผชิญกับงานต่อไปอีกวัน							
4. ฉันเข้าใจได้อย่างง่ายดายตายว่าผู้ป่วยของฉันรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งต่าง ๆ							
5. ฉันรู้สึกว่าตัวเองปฏิบัติต่อผู้ป่วยราวกับว่าเป็นสิ่งของ							
6. การทำงานกับคนทั้งวันช่างเป็นเรื่องเครียดสำหรับฉัน							
7. ฉันจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8. ฉันรู้สึกหมดไฟจากการทำงาน							
9. ฉันรู้สึกว่าการทำงานของฉันส่งผลทางบวกต่อชีวิตของผู้อื่น							
10. ฉันใจดำกับคนอื่นมากขึ้นตั้งแต่มาทำงานนี้							
11. ฉันกังวลว่างานกำลังทำให้ฉันจิตใจแข็งกระด้าง							
12. ฉันรู้สึกเปี่ยมพลัง							



เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ไม่เคย	ไม่กี่ครั้งต่อปีหรือน้อยกว่านั้น	ไม่เกินเดือนละครั้ง	เดือนละไม่กี่ครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ไม่กี่ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกๆวัน
	0	1	2	3	4	5	6
13. ฉันรู้สึกท้อแท้เพราะงาน							
14. ฉันรู้สึกว่าตัวเองกำลังทำงานหนักเกินไป							
15. ฉันไม่สนใจนักว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางราย							
16. การทำงานกับคนสร้างความเครียดโดยตรงให้ฉันมากเกินไป							
17. ฉันสร้างบรรยากาศผ่อนคลายกับผู้ป่วยได้อย่างง่ายดาย							
18. ฉันเบิกบานใจหลังจากได้ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย							
19. ฉันทำสิ่งที่คุ้มค่ามากมายในงานนี้ได้สำเร็จ							
20. ฉันรู้สึกเหมือนตัวเองจะไม่ไหวแล้ว							
21. ในการทำงาน ฉันจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างสงบ							
22. ฉันรู้สึกว่าผู้ป่วยโทษฉันว่าเป็นต้นเหตุในบางปัญหาของพวกเขา							

## ชุดที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม

คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โครงการวิจัย ภาวะหมดไฟในการทำงาน ของกลุ่มแพทย์ประจำบ้านสาขา สติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ประกอบด้วย คำถามระยะเปลี่ยนผ่าน และคำถามหลัก ดังนี้

### คำถามระยะเปลี่ยนผ่าน

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง กล่าวถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการดำเนินการของการสนทนากลุ่ม
3. เริ่มประเด็นคำถาม ระยะเปลี่ยนผ่าน
  - 3.1 ท่านคิดว่าอาชีพแพทย์ เป็นอย่างไร
    - 3.1.1 โดยรวมท่าน คิดอย่างไรกับงาน และการอบรมที่หน่วยงานแห่งนี้
    - 3.1.2 ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะเลือกเรียนสาขานี้หรือไม่
    - 3.1.3 ความคิดลาออกจากการฝึกอบรมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์อะไร ทำให้ท่านคิดลาออกจากการฝึกอบรมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
  - 3.2 ในความคิดเห็นของท่าน ภาวะหมดไฟ หมายถึงอะไร
  - 3.3 ตอนนี้หากประเมินตนเอง คิดว่า อยู่ในภาวะหมดไฟ หรือไม่
    - 3.3.1 ท่านมีอาการอะไรบ้าง
    - 3.3.2 อะไรทำให้ท่าน มีความคิดเห็นที่ตนเอง อยู่ในภาวะหมดไฟ
    - 3.3.3 ท่านจัดการอย่างไร ในการผ่านพ้นเหตุการณ์ไป

### 4. คำถามหลัก

ประเด็นหลัก	ร่างข้อคำถาม
1) นโยบาย กฎระเบียบ เช่น ข้อบังคับของรัฐบาล ข้อบังคับของบริษัทประกัน ค่าจ้างค่าตอบแทนที่ลดลงเพราะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านคิดว่า นโยบาย กฎระเบียบ ส่งผลต่อการทำงานของท่าน อย่างไร</li> </ul>
วัฒนธรรมองค์กรที่มีการแข่งขัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● วัฒนธรรมองค์กรของหน่วยงานนี้ มีอะไรบ้าง</li> <li>● ท่านรู้สึกอย่างไรกับวัฒนธรรมองค์กรนี้</li> </ul>
2) วัฒนธรรมพื้นฐานขององค์กรแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับ ระบบลำดับอาวุโสในการทำงาน</li> <li>● การปรึกษาและการเข้าหาอาจารย์แพทย์ เป็นอย่างไร</li> </ul>

ประเด็นหลัก	ร่างข้อคำถาม
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การสนทนาให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและอาจารย์แพทย์ เป็นอย่างไร</li> <li>● องค์การแพทย์ได้ดูแลของท่านเหมาะสมหรือไม่</li> </ul>
การมีที่ปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● คำแนะนำถึงแนวทางในการทำงานและการต่อสู้กับอุปสรรค</li> </ul>
3) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพและการเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่น การมีส่วนร่วม ความเป็นมืออาชีพถูกกีดกันจากปัจจัยภายนอก งานที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจงกับสูตินรีแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ในเรื่องใดบ้าง</li> <li>● การทำงานกับวิชาชีพอื่น ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสุขในการทำงาน เล่า ...</li> <li>- เกิดภาวะหมดไฟ เล่า....</li> </ul> </li> <li>● ความสัมพันธ์ของท่านและเพื่อนร่วมวิชาชีพ เป็นอย่างไร</li> <li>● เคยมีความขัดแย้งกับวิชาชีพอื่นในการปฏิบัติงานหรือไม่</li> </ul>
4) เส้นทางของตนเองกับการเป็นมืออาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านทราบบทบาทของแพทย์ประจำบ้านด้านฝึกอบรมเพื่อก้าวสู่เส้นทางความเป็นแพทย์เฉพาะสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อย่างไร</li> <li>● คิดว่าการเรียนรู้ที่ทางกองสูตินรีกรรมจัดที่ผ่านมาเป็นอย่างไร อยากให้การเรียนการสอนเป็นอย่างไร</li> <li>● การจัดประเมิน ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของสถาบันมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร</li> <li>● งานวิจัยเป็นอย่างไร อาจารย์และกองสูตินรีกรรมช่วยสนับสนุนหรือไม่ อยากให้เป็นอย่างไร</li> <li>● มีเวลาในการอ่านหนังสือเพื่อเตรียมสอบเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร</li> <li>● คิดว่าอาจารย์ ช่วยในการก้าวสู่การเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ อย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร</li> <li>● คิดว่าการได้รับข้อมูลป้อนกลับจากอาจารย์และเพื่อน เพื่อพัฒนาตนเองจากการทำงานที่ผ่านมา มีข้อดี ข้อด้อย อย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร</li> <li>● ทำไมถึงเลือกมาเรียนสาขานี้ และเลือกเรียนที่นี่</li> <li>● เป้าหมายของชีวิต คืออะไร</li> </ul>

ประเด็นหลัก	ร่างข้อคำถาม
<p>5) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความคาดหวัง การจัดการกับความผิดหวัง การจัดการกับความท้าทาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การคาดหวังของผู้อื่น และความสามารถในการปรับตัวกับการเรียนรู้ผ่านสิ่งที่ร้ายและไม่แน่นอน</p> <p>ความเข้าใจในตนเอง - เข้าใจหรือไม่เข้าใจถึงความหมายและวัตถุประสงค์ของงานที่ทำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความคาดหวัง ด้านการเรียน และการทำงาน เงิน</li> <li>● การจัดการกับความผิดหวัง</li> <li>● การจัดการกับความท้าทาย</li> <li>● ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง</li> <li>● การคาดหวังของผู้อื่น</li> <li>● ความสามารถในการปรับตัวกับการเรียนรู้ผ่านสิ่งที่ร้ายและไม่แน่นอน</li> </ul>
<p>6) ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ได้แก่ ภาระงานที่หนัก การบันทึกข้อมูลสุขภาพทางด้วยอิเล็กทรอนิกส์ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยและงานเอกสารเมื่อใช้เวลามากขึ้น มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน</p>	
<p>ด้านการดูแลผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล เป็นอย่างไร</li> <li>● ระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือระบบสนับสนุนอื่นของหน่วยงาน มีส่วนในการลดภาระงานของท่านอย่างไร</li> <li>● เมื่อมีปัญหาหรือความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ท่านจัดการอย่างไร (คนไข้ ตัวเอง)</li> </ul>
<p>ด้านเอกสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● งานด้านเอกสาร ระบบประกันคุณภาพ หรืองานอื่น ช่วยให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น อย่างไร</li> </ul>
<p>ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านสามารถออกแบบสมดุลของชีวิตการทำงาน และสุขภาพ ได้อย่างไร</li> </ul>
<p>7) แนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและรายบุคคล การสนับสนุน อื่นๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านต้องการให้มีการจัดการแทรกแซงอย่างไรในระดับระบบ และบุคคลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างการฝึกอบรม</li> </ul>
<p>การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือไม่ อย่างไร</li> <li>● ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือไม่ อย่างไร</li> </ul>
<p>8) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ท่านรู้สึกอย่างไรในการปฏิบัติงาน</li> <li>● ความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นมีอย่างไรบ้าง</li> <li>● การเข้าถึงชุดอุปกรณ์ป้องกันเป็นอย่างไร</li> <li>● มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจหรือไม่ อย่างไร</li> <li>● ผลกระทบด้านการฝึกอบรมหรือไม่ อย่างไร</li> </ul>

ประเด็นหลัก	ร่างข้อคำถาม
ท่านมีข้อเสนอแนะอะไร ที่จะลดภาวะหมดไฟนี้ ให้กับแพทย์ฝึกอบรมทุกคน ท่านคิดว่ามีประเด็นอะไร เพิ่มเติมที่ ยังไม่ได้อภิปราย พูดคุย เกี่ยวกับภาวะหมดไฟ อีกบ้าง	



## ภาคผนวก ข

## เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 423/2021  
IRB No. P3-0157/2564

AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อออกสู่อาสาสมัคร-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ภารกิจเกษียณสมรส

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิระดา เหมืองคำมกุล

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์

วิธีบทวน : แบบวีรจัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

## เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 ตุลาคม 2564
5. โครงการวิจัยฉบับร่าง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 ตุลาคม 2564
6. AF 04-10 (สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อออก) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2564
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่ม Try Out แบบสัมภาษณ์เชิงลึก) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 ตุลาคม 2564
8. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2564
9. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
11. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564
12. สปประมาณที่ได้รับโดยชื่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 กันยายน 2564

ลงนาม *วิระดา เหมืองคำมกุล*

(นายแพทย์สมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิ์กุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 10 ตุลาคม 2564

วันหมดอายุ : 10 ตุลาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ  
ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์

RC-FO-020

## Institutional Review Board

เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No.106/64

พิจารณาโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ  
ขอรับรองว่า

**โครงการ** ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและ  
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน  
Burnout and Recommendation to Prevent Burnout among Obstetrics and Gynecology  
Residents and Fellows in Bhumibol Adulyadej Hospital: A Mixed-Method Study

**โดย** นาวาอากาศโทหญิง วิยะดา เหลืออานสกุล

**สังกัด** กองสูติกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

**Type of review:** ๑. Expedited review of research protocol ๒. Full board

**เอกสารที่พิจารณา**

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ  
ได้พิจารณารายละเอียดโครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม  
การวิจัยฉบับภาษาไทยแล้ว ลงความเห็นว่าเป็นไปตามข้อกำหนดหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้  
ออกให้ ณ วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

นาวาอากาศเอก



(ชัยยา จันทร์ใส)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
กรมแพทย์ทหารอากาศ

พลอากาศตรีหญิง



(อิศรญา สุขเจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
กรมแพทย์ทหารอากาศ

## ภาคผนวก ค

## ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

## เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย  
ครั้งที่ ๑๖๖/๒๕๖๔

.....

บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้ นางสาววิยะดา เหลืองดำนสกุล รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๓๗๔๓  
นิติระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา ดำเนินการทำ  
วิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง **ภาษาไทย** “ภาวะหมดไฟและข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของ  
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช: การศึกษาเชิงผสมผสาน”  
**ภาษาอังกฤษ** “BURNOUT AND RECOMMENDATION TO PREVENT BURNOUT AMONG  
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RESIDENTS AND FELLOWSHIP IN  
BHUMIBOL ADULYADEJ HOSPITAL: A MIXED METHOD STUDY”  
**โดยมี** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ยุทธพงศ์ พุทธิรักษา เป็นประธานที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร





ประวัติผู้วิจัย

