

**ปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน ในแพทย์ประจำบ้าน  
และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19: การวิจัยผสมผสานวิธี**

**Factors of Burnout Among Obstetrics and Gynecology  
Residents and Fellowships in Times of COVID-19 Crisis: A  
Mixed-Method Research by Thai University Students**

วิยะดา เหลืองดำนสกุล<sup>1\*</sup> ยุทธพงศ์ พุทธรักษา<sup>2</sup> อินทิพร โสษิตานุกฤติ<sup>3</sup>  
และ นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์<sup>4</sup>

Wiyada Luangdansakul<sup>1\*</sup>, Yuthapong Buddharaksa<sup>2</sup>, Inthiporn Kositanurit<sup>3</sup>  
and Nithra Kitreerawutiwong<sup>4</sup>

<sup>1</sup> คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

<sup>2</sup> ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

<sup>3</sup> ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

<sup>4</sup> คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok, 65000

<sup>2</sup> Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok 65000

<sup>3</sup> Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok 65000

<sup>4</sup> Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok 65000

\* Corresponding author: [nui.obgyn@gmail.com](mailto:nui.obgyn@gmail.com)

**Received:** April 17, 2022; **Revised:** July 2, 2022; **Accepted:** September 6, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการวิจัยผสมวิธีแบบภาคตัดขวาง ในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้ให้ข้อมูลทำแบบทดสอบภาวะหมดไฟของ Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey ฉบับภาษาไทยก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามทั้งโครงสร้างได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 19 คน พบภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 63.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน (1) ภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต (2) ภาระการเรียนรู้ (3) การทำวิจัย (4) วัฒนธรรมองค์กร และ (5) ความกังวลในการติดเชื้อและการติดเชื้อโรคโควิด-19 ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (1) การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว (2) การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์ และ (3) ต้องการเวลาร่างสรุป ความสุขของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 63.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถทำนายถึงโอกาสเกิด และปัจจัยป้องกันเป็นข้อควรพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

**คำสำคัญ:** ภาวะหมดไฟในการทำงาน สตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด วิกฤตโรคโควิด-19

## Abstract

This research aimed to assess the prevalence of burnout syndrome (BS), contributing and protective factors for BS during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. We performed cross-sectional mixed-method research among Obstetrics and Gynecology (OB-GYN) residents and Fellowships at Bhumibol Adulyadej Hospital between December 2021 and March 2022. The Thai version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey was used to assess burnout before in-depth interviews. Based on review of the literatures, semi-structured interviews were undertaken. The data were analyzed using descriptive statistics and a content analysis approach. Results: A total of 19

participants were interviewed. Overall prevalence of OB–GYN residents and fellowships–BS was 63.2%. Significant contributing factors to BS: (i) high workload and work–life balance, (ii) workload on education (iii) research during training, (iv) cultural Values of Medicine, and (v). feared contracting COVID–19. The protective factors for BS reduction were: (i) peer and family support, (ii) support and protection from physician mentors and (iii) need free time. Conclusions: Prevalence of BS in OB–GYN residents and fellowships was 63.2%. Factors contributing to BS may predict the condition and protective factors to help develop guidelines for BS prevention.

**Keywords:** Burnout, Obstetrics and Gynecology, Residency, Fellowship, COVID–19 Crisis

## บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามพจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย (2561) ให้ความหมายว่าเป็นการที่สมดุลชีวิตงาน และชีวิตส่วนตัว ไม่ปรกติ ทำงานหนักเกินไป จนเกิดความเหนื่อยล้าสะสม มีความตึงเครียด จนขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน Maslach and Jackson (1981) ได้แบ่งภาวะหมดไฟในการทำงานเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น ด้านที่ 2 ด้านการลดความเป็นบุคคล (depersonalization) หมายถึง ภาวะของความรู้สึก นึกคิด ต่อเพื่อนร่วมงาน ลูกค้า และผู้รับบริการ ที่ทำให้เกิดผลของความสัมพันธ์กับผู้อื่นในทางลบ และ ด้านที่ 3 ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced personal accomplishment) หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อตัวเองในเชิงของประสิทธิภาพ และความสามารถลดลง

ภาวะหมดไฟในการทำงานมีการศึกษาในหลายวิชาชีพ วิชาชีพแพทย์เป็นสาขาวิชาชีพที่พบภาวะหมดไฟในการทำงานสูง เนื่องจากภาระงานมาก และมีกับความเครียดในการทำงาน ระดับสูงแทบตลอดเวลา จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกา (Rothenberger, 2017) และร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ (Rothenberger, 2017) ในประเทศไทยภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับสูงร้อยละ 43.7 (นครินทร์ ชุนงาม, 2563) แพทย์แต่ละสาขามีภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกัน พบว่าแพทย์สาขาผ่าตัดมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด สาขาสูติศาสตร์–

นรีเวชวิทยาเป็นสาขาที่มีการผ่าตัด เป็นสาขาที่มีความคาดหวังสูงจากหญิงตั้งครรภ์ และนอกจากนี้ต้องดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช (Rigby et al., 2019) ทำให้พบภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 36 (Bourne et al., 2019)

สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าสูตินรีแพทย์ เนื่องจากภาระด้านการงานและการเรียนปริมาณมาก มีอำนาจในการตัดสินใจจำกัดต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ และขาดความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน (Rigby et al., 2019) จากการศึกษาในประเทศแคนาดาพบแพทย์ประจำบ้านสาขาสตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 73.7 (Al-Ma'mari et al., 2016)

ภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อตัวแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า (Koutsimani et al., 2019) คิดฆ่าตัวตาย (Melamed et al., 2006) นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ไข้หวัด ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งโรคทางกายส่งผลทำให้อารมณ์หงุดหงิด กัดกร่อนในคุณค่าชีวิตความเป็นแพทย์ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Mahoney, 1997) ความพึงพอใจในงานต่ำ (Becker et al., 2006) ขาดงานบ่อยและอาจคิดเรื่องลาออกจากการฝึกอบรม (Charoentanyarak et al., 2020) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านการดูแลรักษา และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล (Halbesleben & Rothert, 2008)

ในปี พ.ศ. 2563-2565 ประเทศไทยได้ประสบปัญหากับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 652,185 ราย เสียชีวิตสะสม 5,315 ราย ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความกังวลต่อการติดเชื้อทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์ ดังการศึกษาของ Kannampallil et al. (2020) ระบุว่าแพทย์ฝึกหัดที่สัมผัสผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าแพทย์ฝึกหัดที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโรคโควิด-19 การศึกษาของ Alrawashdeh et al. (2021) ศึกษาถึงภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในงานของแพทย์ในช่วงวิกฤตการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศจอร์แดน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้แก่ เพศหญิง ทำงานในโรงพยาบาลที่มีปริมาณภาระงานมาก รายได้น้อยกว่า 700 ดินาร์จอร์แดน ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อยู่เวรกลางคืน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment (PPE)) และตรวจพบเชื้อโควิด-19

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง รับผิดชอบผู้ป่วยทางตอนเหนือของกรุงเทพฯ เปิดฝึกรอบมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด แม้ว่าจะมีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสுติศาสตร์-นรีเวชวิทยาทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยความแตกต่างของสถานที่ วัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน ร่วมกับการศึกษาในขณะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้นงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะหมดไฟ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการวิจัยผสานวิธีและนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสังเคราะห์หาทางป้องกัน เพื่อนำไปสู่การวางแผนลดภาวะหมดไฟในการทำงานและลดผลกระทบจากภาวะหมดไฟในการทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อันจะทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการเกิดภาวะหมดไฟในระหว่างการศึกษา และซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้บริการทางการแพทย์

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสานวิธี มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคุณภาพนั้น ตามหลักการกำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าขนาดตัวอย่างในการไม่ควรมีขนาดใหญ่เกินไป ซึ่งจะทำให้ยากต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ในขณะที่ตัวอย่างไม่ควรมีขนาดเล็กเกินไปจนไม่สามารถไปถึงจุดที่ข้อมูลอิ่มตัว และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ควรสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 5-30 คน (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนทร์ และประสพชัย พสุนนท์, 2559 อ้างถึงใน Nastasi และ Schensul, 2005) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 และแพทย์ประจำ

บ้านต่อยอด ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 2 สาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปีการศึกษา 2564 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 19 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (NU-IRB No. P3-0157/2564) และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (BAH-IRB No. 106/64)

#### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่กำลังฝึกอบรมที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีโรคประจำตัว เช่น โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่รับประทานยาต้านเศร้า

## **2. เครื่องมือในการศึกษา**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ ได้แก่ เพศ อายุ หลักสูตรการฝึกอบรม ชั้นปี สถานภาพ ชั่วโมงการทำงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

#### ส่วนที่ 2 แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน

แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) ฉบับภาษาไทย ลิขสิทธิ์จาก Mind Garden Incorporated มีทั้งหมด 22 ข้อ ผู้ใช้แบบทดสอบประเมินตนเอง ให้คะแนนเป็นความถี่แบบ Likert Scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) แบ่งผลการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ นำผลรวมคะแนนของข้อที่ 1+2+3+6+8+13+14+16+20 มาวิเคราะห์ ถ้าคะแนนมากกว่า 27 แปลผลระดับสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูง 2). ด้านลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ นำผลรวมคะแนนของข้อที่ 5+10+11+15+22 มาวิเคราะห์ ถ้าคะแนนมากกว่า 12 แปลผลระดับสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และ 3) ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ นำผลรวมคะแนนข้อที่ 4+7+9+12+17+18+19+21 ถ้าคะแนนมากกว่า 38 แปลผลระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูง (Maslach et Al., 2018) ค่าความเชื่อมั่นของ

แบบทดสอบโดยใช้สหสัมพันธ์ประสิทธิ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.71–0.90 (Maslach et Al., 2018) แสดงในตาราง 1

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ (Maslach et al., 2018) โดยมีรายงานการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้าน ที่กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกคือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือด้านลดความเป็นบุคคลระดับสูง (Thomas, 2004)

ตารางที่ 1 การแปลค่าคะแนนแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน

| ด้าน                  | จำนวนข้อคำถาม | คะแนนที่เป็นไปได้ | ระดับภาวะหมดไฟ |         |      | ความเสี่ยงภาวะหมดไฟ |       | ค่าความเชื่อมั่น* |
|-----------------------|---------------|-------------------|----------------|---------|------|---------------------|-------|-------------------|
|                       |               |                   | ต่ำ            | ปานกลาง | สูง  | มี                  | ไม่มี |                   |
| ความอ่อนล้าทางอารมณ์  | 9             | 0-54              | ≤ 16           | 17-26   | > 27 | > 27                | 0-26  | 0.90              |
| การลดความเป็นบุคคล    | 5             | 0-30              | ≤ 6            | 7-12    | > 12 | > 12                | 0-11  | 0.79              |
| ลดความสำเร็จส่วนบุคคล | 8             | 1-48              | > 38           | 32-38   | ≤ 31 | > 38                | 0-37  | 0.71              |

\* ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สหสัมพันธ์ประสิทธิ์สัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

โดยกำหนดคำถามสัมภาษณ์จากแนวทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพคำถามด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจนของข้อคำถาม และความถูกต้องทางภาษา รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และสูตินรีแพทย์ ในการวิจัยนี้มีการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหาในคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item–Objective Congruence

index: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทั้งนี้ข้อคำถามสามารถปรับได้ตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์เชิงลึกหรือเพิ่มประเด็นอันจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นจริง (in-depth insight) ของสถานการณ์นั้น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และรายละเอียดของแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน พร้อมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และนัดสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล

ก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน และเซ็นต์ใบยินยอม (consent form) เข้าร่วมการศึกษาวิจัย การดำเนินการแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสมบูรณ์แล้ว จะทำการถอดเสียงสนทนาเป็นคำต่อคำโดยผู้ทำการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลตามความอนุญาตเท่านั้น และได้ขออนุญาตในการนำข้อความมานำเสนอในการวิจัย นำเสนอโดยใช้ชื่อสมมติ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บไว้เป็นความลับ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที การจัดการสัมภาษณ์ปฏิบัติตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล สวมหน้ากากอนามัย งดอาหารว่าง และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1 – 2 เมตร

### 3. วิธีการวิเคราะห์ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควิลไทล์ (interquartile range) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง จัดระเบียบข้อมูล สร้างรหัสข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอแบบการสรุปอุปมาน (analytic induction)

### ผลการศึกษา

แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 20 คน คัดออกเนื่องจากได้รับยาต้านซึมเศร้า 1 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งหมด จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.2) อายุเฉลี่ย 30.5 ปี เป็นแพทย์ประจำบ้าน จำนวน



13 คน (ร้อยละ 68.4) แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 31.6) และจำนวน ชั่วโมงการทำงานในเวลาราชการ 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนอกเวลาราชการ 21.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมชั่วโมงการทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ 66.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=19)

| ตัวแปร                                         | จำนวน | ร้อยละ        |
|------------------------------------------------|-------|---------------|
| <b>เพศ</b>                                     |       |               |
| ชาย                                            | 3     | 15.8          |
| หญิง                                           | 16    | 84.2          |
| <b>อายุ*</b>                                   | 30.5  | (±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>สถานภาพ</b>                                 |       |               |
| โสด                                            | 14    | 73.7          |
| สมรส                                           | 5     | 26.3          |
| <b>จำนวนชั่วโมงการทำงานในเวลาราชการ</b>        | 45.00 | (40.00–61.50) |
| <b>ต่อสัปดาห์†</b>                             |       |               |
| <b>จำนวนชั่วโมงการนอกเวลาราชการต่อสัปดาห์†</b> | 21.50 | (18.5–45.00)  |

\*: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, †: ค่ามัธยฐาน (พิสัยคลอไทล์)

ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน ใน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 เข้าเกณฑ์ภาวะหมดไฟในการทำงาน (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือการลดความเป็นบุคคลระดับสูง) พิจารณารายด้านในแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ลดความเป็นบุคคลระดับสูง และลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ร้อยละ 84.6, 23.1, 38.5 และ 0.0, 0.0, 47.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ลดความเป็นบุคคลระดับสูง และลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ร้อยละ 57.9, 15.8 และ 47.4 ตามลำดับ แสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกรายด้าน (n= 19 คน)

| ภาวะหมดไฟในการทำงาน               | แพทย์ประจำบ้าน | แพทย์ประจำบ้านต่อยอด | รวม           |
|-----------------------------------|----------------|----------------------|---------------|
|                                   | (n= 13)        | (n= 6)               | (n= 19)       |
|                                   | จำนวน(ร้อยละ)  | จำนวน(ร้อยละ)        | จำนวน(ร้อยละ) |
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง  | 11 (84.6)      | 0 (0.0)              | 11 (57.9)     |
| ด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูง    | 3 (23.1)       | 0 (0.0)              | 3 (15.8)      |
| ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ | 5 (38.5)       | 4 (66.7)             | 9 (47.4)      |
| ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน*    | 12 (92.3)      | 0 (0.0)              | 12 (63.2)     |

\*ความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงหรือการลดความเป็นบุคคลระดับสูง

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึงสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยจัดเป็น 5 ประเด็นดังนี้

1. ภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนผู้ป่วยทางนรีเวชลดลง แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73 )รู้สึกถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยทางสูติศาสตร์ เนื่องจากสถาบันฝึกอบรม ได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ไม่เกี่ยวข้องกับ ความชำนาญในวิชาชีพเพิ่มขึ้น มีผลเพิ่มภาระงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงใช้เวลาส่วนตัวมาทดแทน มีผล

ทำให้เสียสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...มันก็ดูตืดขัดไปหมด มันต้อง swab รอ swab กว่าทำอะไรได้ คิดว่ามันเพิ่มขึ้นตอน และเวลา อันนี้ต้องรอ ๆ ๆ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 15, เพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

“...หรือว่าเคสที่แบบผลโควิค เอ๊ะ บวกลบบวกลบ อะไรอย่างนี้มันก็เพิ่มงานให้เราอีก จะต้องไปนั่งจัดการหา เที่ยงโควิคให้ ปรีกษาอายุรกรรมอะไรดูวันวายมากขึ้น เพิ่มความเยอะให้เรา เรื่องทำงาน...” (ผู้ให้ข้อมูล# 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## 2. ภาระการเรียนรู้

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าภาระในการเรียนมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเรียนการสอนทั้งหมดผ่านออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Zoom มีทั้งของในสถาบันฝึกอบรมและนอกสถาบันฝึกอบรม ข้อดีของการเรียนออนไลน์ คือ สามารถเข้าถึงได้ทุกสถานที่และทุกโอกาส ข้อเสียคือ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้ให้ข้อมูลบางคนทำกิจกรรมอื่นในช่วงเวลาเรียน นอกจากนี้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนผู้ป่วยทางนรีเวชลดลงมีผลต่อทักษะในการดูแลผู้ป่วย การทำหัตถการ การผ่าตัด และการสอบหัตถการ เหตุการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าหมดโควิดแล้ว ถ้าไปนั่งรวมกันอะไรอย่างนี้ มันก็เป็นสภาวะบังคับให้ตั้งใจเรียน เพราะถ้าเปิด Zoom แล้วคนหนึ่งก็กินข้าว คนหนึ่งก็ไปทำนั่นทำนี่ หนูรู้สึกว่าการ 3 ปีมันสั้น ถ้าจะเอาตัวเองให้จบนะ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 18, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...การฝึกตัดมดลูกอะไรก็จะน้อยลงก็กังวลว่าเวลาเราออกไปทำข้างนอก อย่างผ่าตัดด้วยระยะตั้งเชิงกรานหย่อน อย่างนี้ก็จะหนักแบบไม่ได้ทำเลยนะ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 10, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## 3. การทำวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการทำงานวิจัยเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการทำ ตั้งแต่การคิดหัวข้อเรื่องการวิจัยและการเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนผลงาน และการส่งผลงานตีพิมพ์

ในฐานะข้อมูลนานาชาติ ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมีความล่าช้าเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงนักสถิติ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยนอกสถาบันฝึกอบรม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ช่วงโควิดหรือคะคนใช้น้อย แต่น้อยไป ก็เก็บวิจัยไม่ได้...” (ผู้ให้ข้อมูล# 2, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้านต๋อยอด)

“...เรื่องของนัก stat อะไรอย่างเนี่ยครับ ยัง ยังมีการสนับสนุนไม่ค่อยเยอะมาก อย่างนักสถิติอย่างเนี่ย เราไม่ได้ไปเจอเค้าง่าย ๆ ครับ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 5, เพศชาย แพทย์ประจำบ้านต๋อยอด)

#### 4. วัฒนธรรมองค์กร และกฎระเบียบ

ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การทำงานเป็นแบบลำดับอาวุโสมีการแบ่งงานชัดเจนตามระดับชั้นปี การรายงานผู้ป่วยเป็นลำดับชั้น ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง และลำดับในการเลือกปฏิบัติงานขึ้นกับลำดับอาวุโส โดยอาวุโสมากกว่ามีสิทธิ์ในการเลือกก่อน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ได้โอกาสการเลือกเป็นคนสุดท้าย นอกจากนั้นกฎระเบียบของกองสูตินรีกรรมช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความเข้มงวดมากขึ้น และห้ามทำกิจกรรมรวมกลุ่มทั้งหมด

“...เป็นน้องห้ามออกความคิดเห็น หรือว่าแบบ แบบเป็นน้องแล้วต้องอยู่เวรที่แหยกว่า...” (ผู้ให้ข้อมูล# 19, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...แบบว่าได้แบบ Contact กันน้อยลง เวลาจะกินข้าวกับเพื่อนกับพี่ก็ลำบาก...” (ผู้ให้ข้อมูล# 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### 5. ความกังวลและการติดเชื้อโควิด-19

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แม้จะได้รับวัคซีนครบ แต่ส่วนใหญ่กังวลการติดเชื้อ กลัวจะนำไปสู่ผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัว สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อมีเพียงพอ ยกเว้น face shield สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...โควิดแบบเยอะมาก และอยู่กลางห้องคลอดบ่อยมาก เครียดมากเลยช่วงนั้น เครียดกลัวเอาไปติดที่บ้าน เพื่อนมีลูกเล็กก็กลัวเอาไปติดลูก...” (ผู้ให้ข้อมูล# 17, เพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

“...ตอนแรกเครียดนะครับ คิดว่าเราจะลงปอดตายหรือเปล่า แล้วก็ไอเยอะด้วย เครียดทำอะไรก็ไม่ได้ ไม่รู้จะ แล้วอยู่สักพักก็ดีขึ้น...” (ผู้ให้ข้อมูล# 15, แพศชาย แพทย์ประจำบ้าน)

### **ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน**

#### **1. การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว**

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีเพื่อนและครอบครัว รับฟัง ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เมื่อเกิด ปัญหาทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

“...แล้วเพื่อนก็คอย support แกเป็นไบบ้าง แกมีไร อะไอย่างนี้ คอยกัน เย็นก็ไปกิน ข้าวด้วยกัน...” (ผู้ให้ข้อมูล# 3, แพศหญิง แพทย์ประจำบ้านตอยอด)

“...เหมือนมีที่ระบายเยอะนะค่ะ โทรมแม่ก็ บ่น ๆ ๆ ๆ เพื่อนก็ บ่น ๆ ๆ ๆ ๆ ก็ หาย ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 19, แพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

#### **2. การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์**

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอาจารย์เข้าถึงง่าย ให้การสนับสนุนในเรื่อง การเรียน ทักษะ และหัตถการ เป็นที่ปรึกษาทั้งเรื่องส่วนตัวและการทำงาน ปกป้องเมื่อเกิด ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจ ปลอดภัย เป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

“...ถ้าเป็นเคสโควิด อาจารย์จะเป็นคนทำค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 9, แพศหญิง แพทย์ ประจำบ้าน)

“...under อาจารย์ไปหมด เพราะฉะนั้นก็เลย ไม่ค่อย แทบจะไม่เจออะไรที่ ผิดพลาดค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 6, แพศหญิง แพทย์ประจำบ้านตอยอด)

#### **3. เวลาว่าง**

ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีเวลาว่างเพิ่มขึ้นเมื่อ หมดเวรยามมาฝึกที่สาหรณรวิเศษ ทำให้มีส่วนตัว ครอบครัว งานอดิเรก และออกกำลังกาย มากขึ้น

“...เพิ่มเวลาในการแบบไปอ่านหนังสือหรือว่าทำงานอะไรอย่างอื่นของเราค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูล# 10, แพศหญิง แพทย์ประจำบ้าน)

## อภิปรายและสรุปผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยผลงานวิจัย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 19 คน เก็บข้อมูลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งแผนกสูติรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชได้มีการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ก่อนสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างรายบุคคล ผู้ให้ข้อมูลทำแบบทดสอบภาวะหมดไฟในการทำงาน (MBI-HSS) พบมีความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 63.2 การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Alrawashdeh et al. (2020) พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 57.7 แตกต่างจากการศึกษาที่ของ Khalafallah et al. (2020) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทศัลยศาสตร์ พบความชุกร้อยละ 26.1 เนื่องจากความแตกต่างของสาขาวิชา จำนวนผู้ป่วย และช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

### ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Maslach and Leiter (1997) สรุปสาเหตุหลักของภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างธรรมชาติของงานกับธรรมชาติของคนทำงาน และได้สรุปถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

ภาระงานหนักและมีปริมาณงานมาก ขาดอำนาจในการตัดสินใจ ไม่ได้รับรางวัลตอบแทนหรือรางวัลที่ได้รับไม่เพียงพอต่อสิ่งที่ทุ่มเท รู้สึกไร้ตัวตนในที่ทำงานหรือรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของทีม ไม่ได้รับความยุติธรรม และระบบบริหารที่ทำงานขัดต่อคุณค่าจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง

จากการศึกษานี้พบภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใน การศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาส่วนใหญ่เรื่องภาระงาน (Gualano et al., 2021; Ironside et al., 2019; Iserson, 2018) แม้มีจำนวนผู้ป่วยทางนรีเวชลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรม (Khalafallah et al., 2020) แต่จำนวนชั่วโมงทำงานในเวลาราชการ 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกเวลาราชการ 21.50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมชั่วโมงการทำงาน 66.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หากต้องการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง เวลา 7 วัน จะทำงาน 56 ชั่วโมง จะเห็นว่าจำนวนชั่วโมงในการทำงานมากกว่าจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ควรเป็น สอดคล้องกับบทสรุปของ Maslach and Leiter (1997) เรื่องภาระงานหนักและ

มีปริมาณงานมากเป็นปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน และการศึกษาของ Treluyer และ Tourneux (2021) ศึกษาภาวะหมดไฟในแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารเวชศาสตร์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเรียนรู้และการทำวิจัย การเรียนในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดเพิ่มขึ้น เมื่อเปลี่ยนจากเรียนในชั้นเรียนเป็นออนไลน์ เพราะสามารถเข้าถึงการเรียนได้ทั้งในและนอกสถาบันฝึกอบรมผ่านทางโปรแกรม Zoom สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Aziz et al., 2021) การเรียนจะประสบความสำเร็จแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดต้องมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ได้แก่ ด้านทักษะทางวิชาการ ความรับผิดชอบ และการวางแผน (มนัสนันท์ หัตถศักดิ์, 2563) สำหรับภาคปฏิบัติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชลดลง มีผลต่อทักษะในการทำหัตถการและการสอบ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Alrawashdeh et al., 2020; Khalafallah et al., 2020) สถาบันฝึกอบรมควรจัดปัจจัยเกื้อหนุนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และการทำหัตถการ โดยเน้นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดเป็นศูนย์กลาง (ศิริพร แสงศรีจันทร์และคณะ, 2556) สำหรับเรื่องการทำวิจัย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากความแตกต่างของหลักสูตรการฝึกอบรม และประเภทของการวิจัย เช่น การเก็บข้อมูลย้อนหลังไม่มีผลกระทบเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

วัฒนธรรมองค์กร โดยเฉพาะลำดับอาวุโส ทำให้ขาดอำนาจในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสอดคล้องกับบทสรุปของ Maslach and Leiter (1997) เรื่องขาดอำนาจในการตัดสินใจ การศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาเรื่องลำดับอาวุโส (Ironsides et al., 2019; Walsh et al., 2019; Winkel et al., 2018)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลงของระบบในการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Khalafallah et al., 2020) ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทศัลยแพทย์ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การศึกษานี้พบปัจจัยเพิ่มเติมจากการศึกษาที่ผ่านมา คือกฎระเบียบในการดำรงชีวิตในที่ทำงานมีความเข้มงวดมากขึ้น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ความกังวลในการติดเชื้อและการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีความกังวลในการนำเชื้อไปสู่ผู้สูงอายุ และเด็กในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ White et al. (2021) ในพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษาของ Aziz et al. (2021) ในแพทย์ประจำบ้านสาขาพยาธิศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การศึกษานี้มีความเพียงพอ แตกต่างจากหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Alrawashdeh et al., 2021; Gualano et al., 2021; White et al., 2021) ที่ศึกษาในช่วงแรกของการแพร่ระบาด มีการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน สำหรับการศึกษาที่อยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระยะที่ 4 ต่อระยะที่ 5 ซึ่งประเทศไทยเผชิญกับโรคนานกว่า 1 ปี ดังนั้นอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ มีเพียงพอ

### ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว จากการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากเพื่อน และครอบครัว รับฟังและให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Rutherford และ Oda (2014) ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศแคนาดา กล่าวว่าครอบครัวและเพื่อนมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาวิสัญญีวิทยาในประเทศอังกฤษ ของ Looseley et al. (2019) พบการมีอาจารย์ที่ปรึกษาเพียงพอและได้รับข้อมูลป้อนกลับ เป็นคำแนะนำที่ทำให้สภาพการทำงานและการฝึกอบรมดีขึ้น

เวลารว่าง ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยนรีเวช มีเวลารว่างสำหรับพักผ่อน อ่านหนังสือหรือทำงานอดิเรกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Morgan et al. (2019) พบว่าข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะหมดไฟ คือ เวลาคิสระของตนเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา ประชากรที่ศึกษาคัดเลือกมาอย่างจำเพาะเจาะจง เพียงหนึ่งสถานประกอบการ ทำให้ไม่สามารถใช้อ้างอิงทั้งประเทศได้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ได้บอกความจริงทั้งหมดขณะสัมภาษณ์ มีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล และการศึกษาเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-



19 ทำให้ทราบข้อมูลในช่วงเวลานั้น ๆ ไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมดเพราะแต่ละช่วงของการระบาดที่แตกต่างกัน

### **สรุปผล**

ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 63.2 ปัจจัยเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ภาระงานและความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตการเรียน การทำวิจัย วัฒนธรรมองค์กร กฎระเบียบ และความกังวลและการติดเชื้อโควิด-19 สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะนี้ ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การสนับสนุนและการปกป้องจากอาจารย์และเวลาวาง เป็นข้อควรพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

### **ข้อเสนอแนะ**

#### **ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากการศึกษาพบภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่ในระดับสูง อาจารย์ผู้สอนและอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร เป็นผู้มีความใกล้ชิดกับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมากที่สุด จึงมีโอกาที่จะสังเกตถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบหลักสูตรสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายการบริหารงานในหน่วยงาน กำหนดชั่วโมงการทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ ปรับวัฒนธรรมองค์กรให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีการสื่อสารสองทาง จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันและระบบการดูแลรักษาเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19

ในส่วนของการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟ ผู้บริหารและอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางระบบการให้คำปรึกษา โดยส่งอาจารย์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา สนับสนุนให้เพื่อนช่วยเพื่อนในการสังเกตอาการ เพื่อลดการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาสุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาในอนาคตควรศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านในหลายสถาบัน เพื่อสะท้อนภาพรวมในประเทศ นอกจากนี้อาจทำการศึกษาในช่วงเวลาอื่นเพื่อเปรียบเทียบว่าในช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่แย่งลงและดีขึ้น มีปัจจัยใดส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

### เอกสารอ้างอิง

- นครินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 28(4), 348–359.
- ประไพพิมพ์ สุธีวินนท และ ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. **วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ**, 29(2), 32–48.
- พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. (2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- มนัสนันท์ หัตถดักดี (2563). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ รูปแบบการดำเนินงานชีวิต และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา**, 8(2), 162–175.
- ศิริพร แสงศรีจันทร์, พยัม การดี, กันยานันต์ แก้ว และรัตนา ทาลิธี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนิสิตกระบวนการเรียนการสอน ปัจจัยเกี่ยวพันกับความสุขของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา**, 1(2), 20–28.
- 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. Form <https://doi.org/10.1007/s10397-016-0955-3>.
- Alrawashdeh, H. M., Al-Tammemi, A. a. B., Alzawahreh, M. K., Al-Tamimi, A., Elkholy, M., Al Sarireh, F., Abusamak, M., Elehamer, N. M. K., Malkawi, A., Al-Dolat, W., Abu-Ismael, L., Al-Far, A., & Ghoul, I. (2021). Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel

- mixed–method study. **BMC Public Health**, **21**(1), 811. Form <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10897-4>.
- Aziz, H., James, T., Remulla, D., Sher, L., Genyk, Y., Sullivan, M. E., & Sheikh, M. R. (2021). Effect of COVID–19 on surgical training across the United States: a national survey of general surgery residents. **J Surg Educ**, **78**(2), 431–439. Form <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.07.037>.
- 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. Form <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.075>.
- Bourne, T., Shah, H., Falconieri, N., Timmerman, D., Lees, C., Wright, A., Lumsden, M. A., Regan, L., & 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. Form <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030968>.
- 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. Form <https://doi.org/10.1177/2382120520944920>.
- 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. Form <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8172>.
- Halbesleben, J. R., & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. **Health Care Manage Rev**, **33**(1), 29–39. Form <https://doi.org/10.1097/01.Hmr.0000304493.87898.72>.

- 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**. Form <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. Form <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.062>.
- Khalafallah, A. M., Lam, S., Gami, A., Dornbos, D. L., Sivakumar, W., Johnson, J. N., & Mukherjee, D. (2020). A national survey on the impact of the COVID-19 pandemic upon burnout and career satisfaction among neurosurgery residents. **J Clin Neurosci**, **80**, 137–142. Form <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.08.012>.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). **The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis [systematic review]**. *Frontiers in Psychology*, 10. Form <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>.
- Looseley, A., Wainwright, E., Cook, T. M., Bell, V., Hoskins, S., O'Connor, M., Taylor, G., & Mouton, R. (2019). Stress, burnout, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees; a quantitative analysis of the satisfaction and wellbeing in anaesthetic training study. **Anaesthesia**, **74**(10), 1231–1239. Form <https://doi.org/10.1111/anae.14681>.
- Mahoney, M. J. (1997). **Psychotherapists' personal problems and self-care patterns**. *Professional Psychology: Research and Practice*, **28**, 14–16.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). **Maslach Burnout Inventory**. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 191–218.
- Maslach C, J. S., Leiter M. . (2018). **Maslach burnout inventory**. Mind Garden, Inc.
- 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. Form <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>.

- 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. Form <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003103>.
- 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. Form <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000467>.
- 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. Form <https://doi.org/10.1097/dcr.0000000000000844>.
- Rutherford, K., & Oda, J. (2014). Family medicine residency training and burnout: a qualitative study. **Canadian medical education journal**, **5**(1), e13–e23. Form <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26451218>.
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. **Jama**, **292**(23), 2880–2889. Form <https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>.
- Treluyer, L., & Toumeux, P. (2021). Burnout among paediatric residents during the COVID–19 outbreak in France. **European Journal of Pediatrics**, **180**(2), 627–633. Form <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03907-x>.
- Walsh, G., Hayes, B., Freeney, 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. Form <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030209>.
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID–19 pandemic. **J Am Med Dir Assoc**, **22**(1), 199–203. Form <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>.
- 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. Form <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0489-4>.