

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์

Prevalence and Factors associated with Burnout among

Home-based Palliative Care Workers in Mueang District, Surin Province

ชยวงกูร ศิริพรมงคล, พ.บ.*

Chayangkoon Siripornmongkol, M.D.*

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Department of Social Medicine Unit, Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author. E-mail address: chokunhandsome@gmail.com

Received: 19 Aug 2021. Revised: 21 Sep 2021. Accepted: 13 Dec 2021

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่านั้นแต่ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ปฏิบัติงานด้วย จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน “Maslach Burnout Inventory (MBI)”
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์
- วิธีการศึกษา** : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional survey) ในผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยปฐมภูมิ 28 แห่งในอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบประเมินปัจจัยลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง (MBI) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความชุกของความเหนื่อยหน่ายใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเหนื่อยหน่ายใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) โดยกำหนดค่าความสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 102 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี มีอาชีพพยาบาลร้อยละ 63.7 ความชุกของความเหนื่อยหน่ายเป็นร้อยละ 61.8 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาชีพพบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีความเหนื่อยหน่ายสูงสุทธ้อยู่ที่ 75.0 รองลงมาคือ แพทย์ร้อยละ 71.4 พยาบาลร้อยละ 61.5 และนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 54.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p=0.042$) ระดับการศึกษา ($p=0.021$) จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ($p=0.035$) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ($p=0.015$) และการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพ ($p=0.032$)

- สรุป** : ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์มีความเหนื่อยหน่ายเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีหลาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ดังนั้นการจัดการปัจจัยต่างๆเหล่านี้จึง อาจมีส่วนช่วยป้องกันความเหนื่อยหน่ายได้
- คำสำคัญ** : ความเหนื่อยหน่าย ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI)

ABSTRACT

- Background** : Burnout among palliative care workers is not only tending to increase, but also reported to be associated with lower quality of work and life. From the past data, there has been no study on the prevalence of burnout among palliative care practitioners from 28 primary care units in Muang district, Surin province. The aim of this study is to study prevalence and factors associated with burnout among palliative care workers by using “Maslach Burnout Inventory (MBI)”.
- Objective** : To study the prevalence and factors related to burnout among home-based palliative care workers in Mueang district, Surin province.
- Methods** : A descriptive cross-sectional survey is conducted with palliative care workers from 28 primary care units in Mueang district, Surin province. Instruments are used as the following: 1) general information questionnaire 2) palliative care’s environment assessment questionnaire 3) Maslach Burnout Inventory (MBI). Data and prevalence of burnout are analyzed by using descriptive statistics. Factors associated with burnout are analyzed by using chi-square test. The statistical significance is determined at $p < 0.05$.
- Results** : In accordance with a sample group of 102 palliative care workers, there are 79.4% females. The mean age is 42 years. There are 63.7% nurses. The prevalence of overall burnout is 61.8%. The prevalence of burnout, categorized by occupations as follows: Public health officers, Physicians, Nurses and Public health academics, are 75.0%, 71.4%, 61.5%, and 54.%, respectively. Factors associated with burnout are statistically significant as follows: gender ($p=0.042$), education level ($p=0.021$), number of home visit required palliative care ($p=0.035$), responsibilities ($p=0.015$), and perception of professional competence ($p=0.032$).
- Conclusion** : Palliative care workers from 28 primary care units in Muang district, Surin province have mostly burnout. Many factors are associated with burnout. Therefore, Dealing with these factors may help prevent burnout.
- Keywords** : Burnout, Palliative care workers, Maslach Burnout Inventory (MBI)

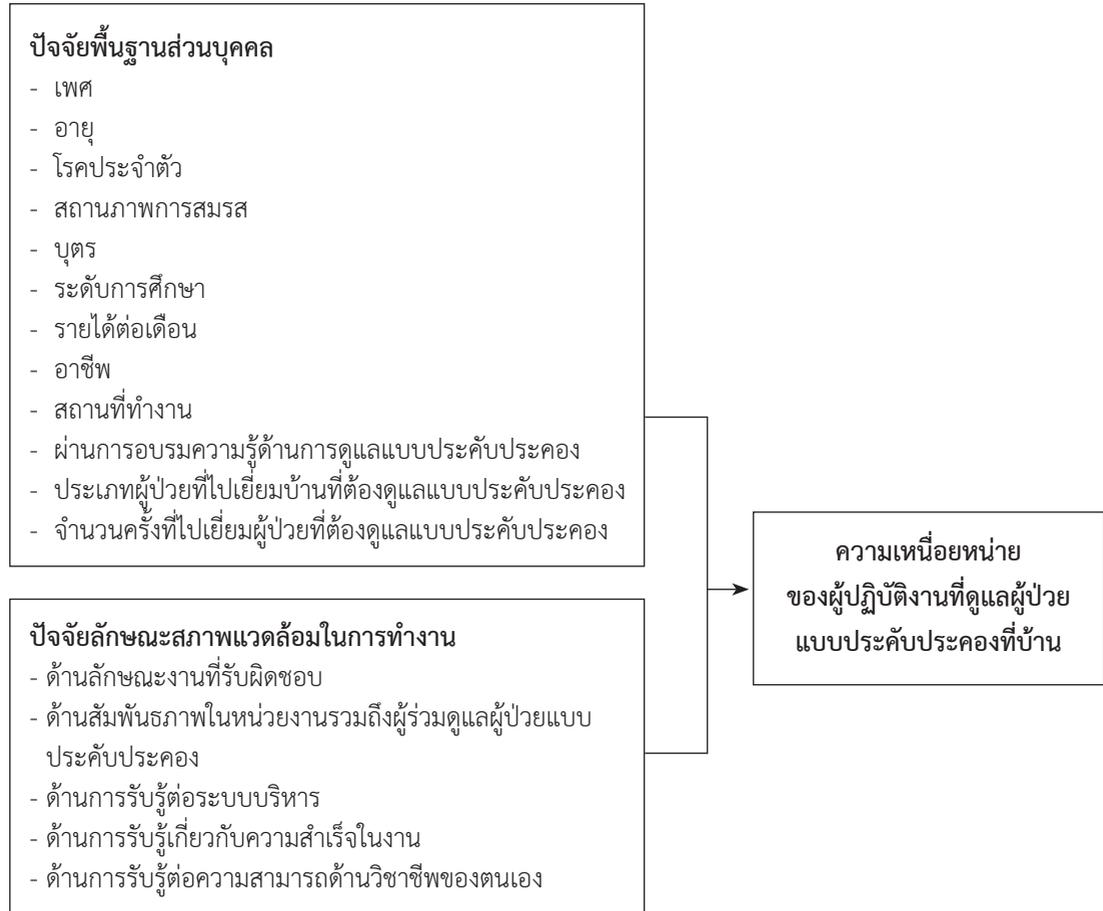
หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่ามีในแต่ละปี มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากถึง 40 ล้านคนทั่วโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.5 มะเร็งร้อยละ 34 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ร้อยละ 5.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.6 ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 78 เป็นผู้ป่วยในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาและพบว่ามีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽¹⁾ สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น อาจเกิดจากด้านนโยบายสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ ด้านการจัดบริการไม่ทั่วถึง ด้านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้น้อยและด้านการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ได้น้อยทำให้ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบครบทั้ง 4 ด้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพปัจจุบัน และการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคลากรเกิดความท้าทายที่มากขึ้น รวมถึงเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่าย โดยเฉพาะบทบาทและหน้าที่ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่เป็นโรคซับซ้อน การดูแลที่ต้องใช้ความรู้ทักษะขั้นสูง การอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และการมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับจริยธรรมที่ต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา รวมถึงการเผชิญความทุกข์และความตายของผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ตลอดเวลา⁽²⁾ ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในหลากหลายบริบทจึงต้องเผชิญกับความท้าทายดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้เกิดความทุกข์ทางร่างกายจิตใจและอารมณ์หากสิ่งเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่าย⁽³⁾

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหานี้ ทั้งนี้ไม่ว่าปัญหาจากการดูแลรักษาและให้บริการผู้ป่วย งานเอกสาร งานตามตัวชี้วัด หรือแม้แต่แรงกดดันจากครอบครัว ทั้งผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงสังคมภายนอก อาจทำให้เกิดความกดดัน ผู้ปฏิบัติงานยังต้องเผชิญกับความคาดหวังของตนเอง จนอาจทำให้ขาดการทบทวนตนเอง เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย โกรธ หรือหงุดหงิดใจ อาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และนำมาสู่ความเหนื่อยหน่ายในที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันการเกิดความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงาน และเพื่อประโยชน์ต่องานการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรคือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์จำนวน 117 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร $n = NZ^2 \frac{\alpha/2}{P(1-P)/d^2(N-1) + Z^2 \frac{\alpha/2}{P(1-P)}}$ โดยกำหนดให้ N คือ จำนวนประชากร = 117 $Z_{\alpha/2}$ คือ ความเชื่อมั่น = 1.96 P คือ อัตราการเกิดเหตุการณ์ = 0.33 (ในที่นี้คือความ

ชุกของความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากการศึกษาของ Koh และคณะ⁽⁴⁾ เป็นร้อยละ 33) และ d คือค่า precision = 0.05 ดังนั้นผู้วิจัยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 88 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์
2. มีความสนใจและให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ หนังสือรับรองเลขที่ 38/2564
2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (google form) มีระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2564

เครื่องมือในการศึกษา

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุญเอื้อ ใจ⁽⁵⁾ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.887

ตารางที่ 1 ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน⁽⁶⁾

ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	ระดับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน		
	สูง	กลาง	ต่ำ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	27-54	19-26	0-18
การลดความเป็นบุคคล	10-30	6-9	0-5
ความสำเร็จส่วนบุคคล	0-33	34-39	40-48

เกณฑ์ในการวินิจฉัยความเหนื่อยหน่าย (Burnout)⁽⁴⁾ เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotion Exhaustion) ที่มีระดับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง คือ มีระดับคะแนน 27-54
2. การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (Depersonalization) ที่มีระดับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง คือ มีระดับคะแนน 10-30
3. มีทั้งสองข้อพร้อมกัน

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 22 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.913 โดย Maslach และคณะ⁽⁶⁾ สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานนับว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานของการประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน มีคุณภาพทางวิชาการสูง มีโครงสร้าง ความตรง ความเชื่อถือได้และใช้ได้ง่าย ได้รับการยอมรับและแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อใช้วิจัยในหลายประเทศ

ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในแต่ละด้านจาก MBI ทำโดยการนับคะแนนจากคำถามแต่ละข้อ ซึ่งให้คะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน โดยเรียงจาก “ไม่เคยเลย” (0 คะแนน) ไปจนถึง “ทุกๆ วัน” (6 คะแนน) ตามลำดับ และทำการรวมคะแนนที่ได้ของข้อคำถามในแต่ละด้าน (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความชุกของความเหนื่อยหน่ายการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน (analytic statistic test) และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความเหนื่อยหน่าย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น จำนวน 102 คน สำหรับข้อมูลปัจจัยลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงาน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.2 สำหรับข้อมูลปัจจัยของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) และพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) และ

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	21(20.6%)
หญิง	81(79.4%)
อายุ	
20-29 ปี	17(16.7%)
30-39 ปี	23(22.5%)
40-49 ปี	37(36.3%)
50 ปีขึ้นไป	25(24.5%)
$\bar{X}(\pm SD)$, Min-Max	42(± 40.4), 23-60
โรคประจำตัว	
ไม่มี	82(80.4%)
มี	20(19.6%)
สถานภาพการสมรส	
โสด	24(23.5%)
สมรส	63(61.8%)
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	15(14.7%)
บุตร	
ไม่มี	34(33.3%)
มี	68(66.7%)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี	86(84.3%)
สูงกว่าปริญญาตรี	16(15.7%)
รายได้ต่อเดือน	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	9(8.8%)
15,001-30,000 บาท	35(34.3%)
มากกว่า 30,000 บาท	58(56.9%)
$\bar{X}(\pm SD)$, Min-Max	34,523(± 13446.7), 23-60
อาชีพ	
แพทย์	7(6.9%)
พยาบาล	65(63.7%)
นักวิชาการสาธารณสุข	22(21.6%)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8(7.8%)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
สถานที่ทำงาน	
ศูนย์สุขภาพชุมชน	25(24.5%)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	77(75.5%)
ผ่านการอบรมความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง	
ไม่เคย	52(51.0%)
เคย	50(49.0%)
ประเภทผู้ป่วยที่ไปเยี่ยมบ้านที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง	
ไม่เป็นโรคมะเร็ง	48(47.1%)
เป็นโรคมะเร็ง	54(52.9%)
จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง	
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	71(69.6%)
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	15(14.7%)
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	16(15.7%)

จากตารางที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.4 ร้อยละ 75.5 ไม่ผ่านการอบรมความรู้ด้านการดูแล มีอายุเฉลี่ย 42 ปี ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.4 แบบประคับประคองร้อยละ 51.0 ประเภทผู้ป่วยที่ไป สถานภาพสมรสร้อยละ 61.8 มีบุตรร้อยละ 66.7 มีระดับ เยี่ยมเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 52.9 และการเยี่ยมผู้ป่วย การศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรีร้อยละ 84.3 ที่ต้องดูแลแบบประคับประคองจำนวน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 34,523 บาท อาชีพพยาบาล ร้อยละ 69.6 ร้อยละ 63.7 ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน(ร้อยละ)
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	
ลักษณะงานที่รับผิดชอบมาก	10(9.8%)
ลักษณะงานที่รับผิดชอบปานกลาง	60(58.8%)
ลักษณะงานที่รับผิดชอบน้อย	32(31.4%)
สัมพันธภาพในหน่วยงานรวมถึงผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	
สัมพันธภาพในหน่วยงานดี	78(76.5%)
สัมพันธภาพในหน่วยงานปานกลาง	24(23.5%)
การรับรู้ต่อระบบบริหาร	
การรับรู้ต่อระบบบริหารดี	58(56.9%)
การรับรู้ต่อระบบบริหารปานกลาง	44(43.1%)
การรับรู้ต่อความสำเร็จในการทำงาน	
การรับรู้ต่อความสำเร็จในการทำงานดี	80(78.4%)
การรับรู้ต่อความสำเร็จในการทำงานปานกลาง	22(21.6%)
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง	
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเองดี	31(30.4%)
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเองปานกลาง	71(69.6%)

จากตารางที่ 3 ส่วนใหญ่มีลักษณะงานที่รับ การรับรู้ต่อความสำเร็จในการทำงานดีร้อยละ 78.4
ผิดชอบปานกลางร้อยละ 58.8 สัมพันธภาพในหน่วยงานดี และการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง
ร้อยละ 76.5 การรับรู้ต่อระบบบริหารดีร้อยละ 56.9 ปานกลางร้อยละ 69.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความเหนื่อยหน่ายในผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ความเหนื่อยหน่าย	จำนวน(ร้อยละ)
ความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง	63/102(61.8%)
ความเหนื่อยหน่ายจำแนกตามกลุ่มอาชีพ	
แพทย์	5/7(71.4%)
พยาบาล	40/65(61.5%)
นักวิชาการสาธารณสุข	12/22(54.5%)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	6/8(75.0%)

จากตารางที่ 4 การประเมินความเหนื่อยหน่าย มีความเหนื่อยหน่ายสูงสุดร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ
ในผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า แพทย์ร้อยละ 71.4 พยาบาลร้อยละ 61.5 และนักวิชาการ
มีอัตราความชุกของความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 61.8 สาธารณสุขร้อยละ 54.5 ตามลำดับ
เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาชีพพบว่าเจ้าพนักงานสาธารณสุข

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเหนื่อยหน่าย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ความเหนื่อยหน่าย (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	21(20.6%)	17(81.0%)	0.042*
หญิง	81(79.4%)	46(56.8%)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี	86(84.3%)	49(57.0%)	0.021*
สูงกว่าปริญญาตรี	16(15.7%)	14(87.5%)	
อาชีพ			
แพทย์	7(6.9%)	5(71.4%)	0.716
พยาบาล	65(63.7%)	40(61.5%)	
นักวิชาการสาธารณสุข	22(21.6%)	12(54.5%)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8(7.8%)	6(75.0%)	
จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง			
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	71(69.6%)	38(53.5%)	0.035*
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	15(14.7%)	12(80.0%)	
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	16(15.7%)	13(81.3%)	
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ			
ลักษณะงานที่รับผิดชอบมาก	10(9.8%)	9(90.0%)	0.015*
ลักษณะงานที่รับผิดชอบปานกลาง	60(58.8%)	40(66.7%)	
ลักษณะงานที่รับผิดชอบน้อย	32(31.4%)	14(43.8%)	
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพ			
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพดี	31(30.4%)	24(77.4%)	0.032*
การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพปานกลาง	71(69.6%)	39(54.9%)	

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.042$) โดยกลุ่มเพศชายมีความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 81 มากกว่ากลุ่มเพศหญิงร้อยละ 56.8

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.021$) โดยกลุ่มที่สูงกว่าปริญญาตรีมีความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 87.5 มากกว่ากลุ่มที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรีร้อยละ 57

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย โดยกลุ่มเจ้าพนักงานสาธารณสุขร้อยละ 75.0 มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นได้แก่ แพทย์ร้อยละ 71.4 พยาบาลร้อยละ 61.5 และนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 54.5

จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$) โดยกลุ่มที่เยี่ยมมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์มีความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 81.3 มากกว่ากลุ่มที่เยี่ยม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 80.0 และกลุ่มที่เยี่ยม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 53.5

ลักษณะงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.015$) โดยกลุ่มลักษณะงานที่รับผิดชอบมากมีความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 90.0 มากกว่ากลุ่มที่มีลักษณะงานที่รับผิดชอบปานกลางร้อยละ 66.7 และกลุ่มที่มีลักษณะงานที่รับผิดชอบน้อยร้อยละ 43.8

การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพที่มีความเหนื่อยหน่ายร้อยละ 77.4 มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพปานกลางร้อยละ 54.9

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่า ความชุกของความเหนื่อยหน่ายในผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) เป็นร้อยละ 61.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Li และคณะ⁽⁷⁾ และการศึกษาของ Kamal และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่ามีความชุกร้อยละ 69.7 และ 61.9 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกความเหนื่อยหน่ายในงานวิจัยครั้งนี้ตามกลุ่มอาชีพ พบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีความเหนื่อยหน่ายสูงสุดร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ แพทย์ร้อยละ 71.4 พยาบาลร้อยละ 61.5 และนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 54.5 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ Parola และคณะ⁽⁹⁾ ที่แบ่งความชุกของความเหนื่อยหน่ายตามกลุ่มอาชีพได้แก่ แพทย์ร้อยละ 15.1 พยาบาลร้อยละ 18.6 และผู้ช่วยแพทย์/พยาบาลร้อยละ 27

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายสำหรับปัจจัยเพศพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gama และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายมากกว่าเพศหญิง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Lotte และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการศึกษาของ Leiter⁽¹²⁾ พบว่าความเหนื่อยล้าด้านความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลง (reduced personal accomplishment) นั้นอาจมาจากการรู้สึกว่าจะไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงในครั้งแรก โดยเพศชายให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน จึงอาจรู้สึกว่าจะไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการและรู้สึกประสบความสำเร็จน้อยกว่าต่างกับเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับเรื่องความสัมพันธ์และการสนับสนุนการทำงานมากกว่า แต่จากการศึกษาของ West และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า เพศไม่เป็นปัจจัยหลักในการทำนายความเหนื่อยหน่าย แม้บางงานวิจัยสรุปว่า เพศหญิงหรือเพศชายมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย เพศก็ยังคงพิจารณา ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะอาชีพ สภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นต้น⁽¹⁴⁾

สำหรับปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป (graduate) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotion exhaustion) และทางการลดค่าความเป็นคน (depersonalization) ที่มากขึ้น เนื่องจากการศึกษาของ Maslach⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีภาระหน้าที่ ความคาดหวัง และมีความเครียดที่มากกว่า จึงมีผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่า ทั้งยัง

สอดคล้องจากการศึกษาของ Fernando และคณะ⁽¹⁶⁾ และการศึกษาของ Wong และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การเรียนต่อแพทย์ประจำบ้านเป็นช่วงที่มีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างได้แก่ ชั่วโมงการทำงานนาน ภาระงานหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย และส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และเกิดการลาออกตามมา⁽¹⁸⁾

สำหรับปัจจัยอาชีพพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ศิวัช อารังวิศวะและคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าพยาบาลที่มีอายุงานน้อยกว่า 15 ปีมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotion exhaustion) เพิ่มมากขึ้นแต่เมื่อทำงานหลังจาก 15 ปีขึ้นไปแล้วกลับมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงอายุงาน โดยจากการศึกษาของ สิริระยา สัมมาวาจ⁽²⁰⁾ พบว่าพยาบาลที่มีอายุงานมากก็จะมีภาวะเหนื่อยหน่ายลดลง เนื่องจากพยาบาลที่มีอายุงานมากย่อมมีวุฒิภาวะสูง สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีปรับตัวเข้ากับระบบได้ดีกว่า จึงเกิดความเหนื่อยล้าน้อยกว่า แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่า บทบาทการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ไทยไม่จำกัดเพียงการตรวจผู้ป่วยเท่านั้น อาจต้องพิจารณาจากปัจจัยอื่นด้วย เช่น ปัญหาจากชีวิตส่วนตัว และบุคลิกภาพส่วนตัว เป็นต้น⁽²¹⁾

สำหรับปัจจัยจำนวนครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamal และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าการทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่ออาทิตย์มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Leiter และคณะ⁽²²⁾ พบว่าการที่บุคคลหนึ่งเผชิญภาระงานมากเกินไป (work overload) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องทำงานหนักขึ้นและใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น ทำให้มีเวลาน้อยลง อีกทั้งงานที่มีความซับซ้อนมากกว่าเดิม ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายตามมา

สำหรับปัจจัยลักษณะงานที่รับผิดชอบพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pastel และคณะ⁽²³⁾ พบว่า การที่แพทย์มีภาระงานที่มากขึ้นทำให้เกิดความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานลดลง เกิดข้อ

ผิดพลาดทางการแพทย์ เกิดความเหนื่อยหน่ายมากยิ่งขึ้น และเกิดการลาออกตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Shanafelt⁽²⁴⁾ ที่พบว่าแพทย์ที่มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูงมักมีรายงานว่ามีข้อผิดพลาดทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุคือ ปริมาณงานที่หนัก และความเครียดในการทำงานเป็นลำดับต้นๆ นอกจากนั้น อาจต้องพิจารณาปัจจัยเรื่องความไม่สมดุลของความทุ่มเทและผลตอบแทนจากงาน และระดับความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป (over commitment) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายเช่นกัน^(19, 25)

สำหรับปัจจัยการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Koh และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า การขาดความมั่นใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากการศึกษาของ บุญเอื้อ ใจ⁽⁵⁾ พบว่า การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพเป็นความรู้สึกส่วนหนึ่งที่มีอยู่ในตนเองที่แสดงว่ามีอยู่อย่างเพียงพอแก่การปฏิบัติงานตามขอบเขตวิชาชีพ โดยปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ดังนั้นหากผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจในการทำงาน จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Leiter และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การที่บุคคลหนึ่งไม่ได้รับความยุติธรรม (absence of fairness) และเผชิญความขัดแย้งกับค่านิยมในตนเอง (values conflicts) ส่งผลให้บุคคลนั้นเสียความมั่นใจในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงานลดลง เกิดความเหนื่อยหน่าย และการลาออกตามมา

สรุป

ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์มีความเหนื่อยหน่ายเป็นส่วนใหญ่ และพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ดังนั้นการจัดการปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จึงมีส่วนช่วยป้องกันความเหนื่อยหน่ายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาเรื่องความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเป็นส่วนใหญ่ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรูปแบบการจัดการปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. งานวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรจะขยายขอบเขตให้กว้างขึ้น เช่น ทำการศึกษาในระดับจังหวัด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ พญ.ชญานิศ รัตนกาญจน์ และ พญ.สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Palliative Care. [Internet]. 2020. [cited 2021 May 3]. Available from:URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
2. Pereira MS, Teixeira CM,Ribeiro O, Marrero PH, Fonseca AM,Carvalho AS. Burnout in physicians and nurses: a multicentre quantitative study in palliative care units in Portugal. Referência. 2014;3:55-64. DOI: 10.12707/R11131783
3. Pavelková H, BužgováR.Burnout among healthcare workers in hospice care. Central European Journal of Nursing and Midwifery. Cent Eur J Nurs Midw 2015;6(1):218–23 doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0006

4. Koh MY, Chong PH, Neo PS, Ong YJ, Yong WC, Ong WY,et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multicentre cross-sectional study. Palliat Med 2015;29(7): 633-42. doi: 10.1177/0269216315575850.
5. บุญเอื้อ โจ้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล. [ปริญญาานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)]. คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2553.
6. ศรีณย์ ศรีคำ,วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, เดชา ลลิตอนันต์พงษ์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2):139-50.
7. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, et al. Chinese Anesthesiologists Have High Burnout and Low Job Satisfaction: A Cross-Sectional Survey. Anesth Analg 2018;126(3): 1004-12. doi: 10.1213/ANE.0000000000002776.
8. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. J Pain Symptom Manage 2016;51(4):690-6. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020.
9. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2017 15(7):1905-33. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003309.JBI Database System Rev Implement Rep 2017.
10. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. Eur J Oncol Nurs 2014;18(5):527-33. doi: 10.1016/j.ejon.2014.04.005.

11. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. [Internet]. 2017. [cited 2021 May 3]. Available from: URL: <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/public/ipp/i17-ipp-lotte-dyrbye-burnout-among-health-care-professionals.pdf>.
12. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *J Organ Behav* 2006;12:123-44.
13. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;283(6):516-29. doi: 10.1111/joim.12752.
14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd. ed. Palo Alto, CA: Consult Psychol Press; 1996.
15. Wu H, Liu L, Wang Y, Gao F, Zhao X, Wang L. Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013;13:786. doi: 10.1186/1471-2458-13-786.
16. Fernando BMS, Samaranyake DL. Burnout among postgraduate doctors in Colombo: prevalence, associated factors and association with self-reported patient care. *BMC Med Educ* 2019;19(1):373. doi: 10.1186/s12909-019-1810-9.
17. Wong KP, Kaliya-Perumal AK, Oh J. Orthopaedic Resident Burnout: A Literature Review on Vulnerability, Risk Factors, Consequences and Management Strategies. *Malays Orthop J* 2019;13(2):15-19. doi: 10.5704/MOJ.1907.003.
18. Chatlaong T, Pitanupong J, Wiwattanaworaset P. Sleep Quality and Burnout Syndrome among Residents in Training at the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. *SJR* 2020;72(4):307-14. DOI: <https://doi.org/10.33192/Smj.2020.41>
19. ศิวชัย อารังวิศว, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, วิศรุต ศรีสินทร์. ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2019;72(3): 177-85.
20. Sammawart S. Burnout among nurses in Ramathibodi Hospital [thesis Master Science]. Graduate School, Nursing Master. Bangkok: Mahidol University; 1989.
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
22. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Emotional and physiological processes and positive intervention strategies. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2003: 91-134.
23. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)* 2018;8(11):98. doi: 10.3390/bs8110098.
24. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Hasan O, Satele D, Sloan J, et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc* 2016;91(7):836-48. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007.
25. Bakker AB, Westman M, Schaufeli WB. Crossover of burnout: an experimental design. *Eur J Work Organ* 2007;16(2):220-39.