



ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย

ศรียา เลิศหัตถศิลป์ พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจิตแพทย์ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในจิตแพทย์ทุกคนในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงานร่วมกับแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory) ฉบับภาษาไทย เก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ และใช้สถิติถดถอยพหุเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

ผลการศึกษา พบว่าจิตแพทย์ไทยเกือบครึ่งหนึ่งมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 44.7) ส่วนใหญ่มีการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 82.9) และมีความรู้สึกสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79) แสดงให้เห็นว่าแม้จิตแพทย์ไทยจะรู้สึกเหนื่อย หดพลัง แต่มีเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกในทางลบกับผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ และส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถและมีประสิทธิภาพในการทำงาน โดยปัจจัยที่เพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม จำนวนปีที่ปฏิบัติงานเป็นจิตแพทย์ที่น้อย สถานะภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน จำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จที่มาก ปัจจัยที่ลดความเป็นบุคคล คือ จำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จที่มาก ไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม สถานะภาพโสด หม้ายหรือหย่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าจิตแพทย์ชายมีการลดความเป็นบุคคลมากกว่าจิตแพทย์หญิง ขณะที่จิตแพทย์หญิงมีความรู้สึกสำเร็จส่วนบุคคลมากกว่าจิตแพทย์ชาย ส่วนปัจจัยที่ลดความสำเร็จส่วนบุคคลของจิตแพทย์ทั้งหญิงและชาย คือ การไม่มีที่ปรึกษาในการทำงานเมื่อประสบปัญหา และชั่วโมงการทำงานบริหารน้อย

สรุป พบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในจิตแพทย์จำนวนมาก โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยหากได้รับการปรับเปลี่ยนจะช่วยป้องกันและลดภาวะนี้ได้

คำสำคัญ เหนื่อยล้าในการทำงาน จิตแพทย์ ไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 437-448

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี



Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey

Tiraya Lerthattasilp M.D.*

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of burnout and related factors among psychiatrists in Thailand.

Method: A cross-sectional descriptive study, included all Thai psychiatrists. A demographic work-related questionnaire and the Maslach Burnout Inventory (MBI)-Thai version were mailed out to all psychiatrists. Regression analysis was performed using demographic and work-related factors as the independent variables and score of MBI in each part as a dependent variable.

Result: The result showed that nearly half of Thai psychiatrists (44.7%) described moderate to high level of emotional exhaustion whereas most of them had a low level of depersonalization (82.9%) and a high personal accomplishment (79%). These results implied that although Thai psychiatrists felt exhausted and lack of energy, only few of them neglected and mistreated their patients. Furthermore most of them still felt that they were capable of doing their works efficiently. The factors which increased the level of emotional exhaustion were low job satisfaction, little time spent as a psychiatrist, single/widow/divorcee marital status, little support from coworkers and a high number of patients with committed suicide. The factors which increased the level of depersonalization were a high number of patients with committed suicide, low job satisfaction, single/widow/divorcee marital status, little support from workplaces. Moreover, male psychiatrists are more inclined to depersonalization whereas their female counterparts feel they are more accomplished professionally. Both men and female psychiatrists tend to feel less accomplished when they do not have a personal consultant at work and opportunities to function as management level.

Conclusion: This study shows a high level of burnout in part of emotional exhaustion among Thai psychiatrists. Many associated factors can be changed in order to prevent and decrease this phenomenon.

Keyword: burnout, Thai, psychiatrist

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(4): 437-448

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathumthani

บทนำ

Burnout หรือความเหนื่อยล้าในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกอ่อนล้าทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดจากการอยู่ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางอารมณ์เป็นระยะเวลานาน¹ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยทำให้สุขภาพของผู้ที่ประสบภาวะนี้เสื่อมโทรมลง โกรธง่าย อารมณ์ฉุนเฉียว แยกตัว ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับผู้ร่วมงานตามมาทั้งหมดนี้สามารถส่งผลถึงการขาดความกระตือรือร้นและความสนใจในการทำงาน มีส่วนร่วมในงานน้อยลง ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ในการทำงาน หรืออาจขาดงานบ่อย และอาจรุนแรงถึงการลาออกจากงาน²

จิตแพทย์เป็นวิชาชีพที่ต้องสัมผัสกับประสบการณ์ทางอารมณ์ ทั้งความทุกข์ ความเศร้า บางครั้งรวมถึงความตายอยู่เสมอ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเองบางครั้งก็กระตุ้นความรู้สึกในตัวจิตแพทย์ เช่น ความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ ความรู้สึกล้มเหลวหรือคับข้องใจเมื่ออาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา และความรู้สึกว่าตนเองอาจไม่มีความสามารถ³ ด้วยธรรมชาติของงานเช่นนี้ จึงมีโอกาสที่จิตแพทย์จะรู้สึกเหนื่อยล้าได้มาก และการศึกษาในหลายประเทศก็พบว่าจิตแพทย์จำนวนมากประสบกับภาวะนี้^{3,7-10} สำหรับจิตแพทย์ในประเทศไทยนั้นนอกจากปัจจัยนี้แล้ว จิตแพทย์เองยังต้องประสบกับความเครียดในด้านอื่น เช่น การขาดแคลนจิตแพทย์ ทำให้อัตราผู้ป่วยในความรับผิดชอบมาก (จากข้อมูลกรมสุขภาพจิตปีพ.ศ. 2548 อัตราส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากรไทย มากถึง 1:140000) เมื่อรวมปัจจัยต่างๆ เข้าด้วยกันแล้ว จิตแพทย์ในประเทศไทยจึงจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะประสบปัญหาความเหนื่อยล้าในการทำงาน แต่ยังไม่เคยมีงานวิจัยในประเทศไทยชิ้นใดที่ศึกษาถึงภาวะนี้ในจิตแพทย์มาก่อน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับของความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจิตแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาหาทางป้องกันและดูแลช่วยเหลือจิตแพทย์ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีความสุขและใช้ความสามารถที่มีได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเป็นข้อมูลในการพัฒนาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชเพื่อลดโอกาสการเกิดผลกระทบนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive survey) ประชากรในการศึกษาคือ จิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยซึ่งมีที่อยู่หรือที่ทำงานซึ่งสามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามทั้งหมดสร้างโดยทีมผู้วิจัย โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหนื่อยล้าในการทำงาน - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน ประกอบไปด้วยคำถาม 23 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วสร้างข้อคำถามโดยอิงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาอื่นๆ

- แบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงาน ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI)⁴⁻⁵ โดย สิริยา สัมมาวาจ⁶ MBI เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานโดยเฉพาะสำหรับผู้ทำงานให้บริการทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งเกณฑ์ให้คะแนนเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน และแบ่งผลการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) หมายถึง รู้สึกเหนื่อย ไม่มีพลังเผชิญกับวันต่อๆ ไป หรือพบคนอื่น ๆ รู้สึกว่าไม่มีพลังใจเหลือจนสามารถให้ผู้อื่นได้ (Cronbach's alpha coefficient = 0.92)

- ด้านการลดความเป็นบุคคล (depersonalization) หมายถึง มีความรู้สึกทางลบหรือไม่เข้าใจผู้ป่วยขาดความเชื่อมโยงกับผู้อื่น ดูแลผู้ป่วยเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ (Cronbach's alpha coefficient = 0.66)

- ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced occupational accomplishment) หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถไม่สามารถจัดการงานหรือดูแลผู้ป่วยได้ (Cronbach's alpha coefficient = 0.65)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์จำนวนทั้งสิ้น 650 ชุด ไปยังจิตแพทย์ในประเทศไทย ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 พร้อมอธิบายถึงงานวิจัยและการตอบแบบสอบถาม โดยภายหลังจากส่งแบบสอบถามครั้งแรก 8 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 โดยการวิเคราะห์ประกอบไปด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ multiple linear regression เพื่อหาความสัมพันธ์โดยกำหนดนัยสำคัญไว้ที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

มีจิตแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 181 คนจาก 650 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 เป็นเพศชาย 88 ราย (ร้อยละ 48.6) หญิง 93 ราย (ร้อยละ 51.4) มีอายุตั้งแต่ 28-80 ปี โดยอายุเฉลี่ยคือ 41.4 ปี สถานภาพโสด, หย่าร้างหรือหม้าย (ร้อยละ 42) และสมรส (ร้อยละ 58) เป็นจิตแพทย์ทั่วไป 147 ราย (ร้อยละ 81.2) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 34 ราย (ร้อยละ 18.8) สำหรับข้อมูลการทำงานแสดงใน (ตารางที่ 1) ส่วนข้อมูลมุมมองต่องานและชีวิตส่วนตัวอื่นๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะการทำงานของจิตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	ตัวแปร	จำนวน (n=181)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD
สังกัดที่ทำงาน	โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	58	32.1		
	โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด	45	24.9		
	โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	43	23.7		
	โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกและอื่นๆ	35	19.3		
จังหวัดที่ทำงาน	กรุงเทพ	70	38.7		
	ภาคกลางและภาคตะวันตก	35	19.4		
	ภาคเหนือ	29	16.0		
	ภาคใต้	17	9.4		
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคตะวันออก	30	16.5		
ประสบการณ์ทำงานเป็นแพทย์ก่อน เข้ารับการฝึกอบรม(ใช้ทุน) (ปี)	<1 ปี หรือไม่ได้ใช้ทุน	44	24.3	2.3	2.5
	1- 3 ปี	107	59.1		
	> 3 ปี	30	16.6		
ประสบการณ์การทำงานเป็น จิตแพทย์ (ปี)	0-10ปี	99	54.7	12.1	1.1
	11-20 ปี	49	27.1		
	>20 ปี	33	18.2		
งานประจำ (ชั่วโมง/สัปดาห์)	<40	73	40.3	34.4	1.1
	40	91	50.3		
	>40	17	9.4		
อยู่เวรนอกเวลา (ชั่วโมง/สัปดาห์)	0	75	41.4	22.1	38.4
	1-40	77	42.6		
	>40	29	16.0		
ทำงานพิเศษนอกเวลา (คลินิก) (ชั่วโมง/สัปดาห์)	0	71	39.2	7.2	8.6
	1-20	96	53.0		
	>20	14	7.7		
ภาระงานในด้านต่างๆ (ชั่วโมง/สัปดาห์)	ตรวจผู้ป่วยนอก	176	97.2	15.1	12.1
	ตรวจผู้ป่วยใน	114	63.0	4.8	6.4
	รับconsult	99	54.7	4.5	8.0
	ทำงานวิจัย	73	40.3	1.4	2.6
	การเรียนการสอน	122	67.4	3.5	4.5
	ลงชุมชน	57	31.5	0.9	2.1
	ทำงานบริหาร	116	64.1	4.4	7.1
มีผู้ป่วยในความดูแลพยายามฆ่าตัว ตาย (ราย)	มีในช่วง 1 ปีนี้	102	56.4	4.0	18.5
	ไม่เคยมีในช่วง 1 ปีนี้	79	43.6		
มีผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตาย สำเร็จ (ราย)	มีในช่วง 1 ปีนี้	37	20.4	0.24	0.5
	ไม่เคยมีในช่วง 1 ปีนี้	144	79.6		
มีผู้ป่วยในความดูแลแสดงความ รุนแรงต่อจิตแพทย์(ราย)	มีในช่วง 1 ปีนี้	28	15.5	0.5	1.9
	ไม่เคยมีในช่วง 1 ปีนี้	153	84.5		

ตารางที่ 2 มุมมองต่องานและชีวิตส่วนตัว

ข้อมูล	มีหรือเพียงพอ	ไม่มีหรือไม่เพียงพอ	รวมทั้งหมด
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน (เช่น ให้โอกาส งบประมาณ หรือ กำลังคนเพิ่ม)	93 (51.4)	88 (48.6)	181
ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน	145 (80.1)	26 (19.9)	171
มีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในการทำงาน	136 (75.1)	45 (24.9)	181
พึงพอใจในการทำงานโดยรวม	147 (81.2)	34 (18.8)	181
พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	174 (96.1)	7 (3.9)	181
พอใจในตัวเอง	177 (98.3)	3 (1.7)	180
มีความคิดเล็กเป็นจิตแพทย์ในระยะ 1 ปีนี้	28 (15.5)	153 (84.5)	181

ตารางที่ 3 ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของจิตแพทย์ไทย

ความเหนื่อยล้าในการทำงานแต่ละด้าน	Mean	SD	ระดับความเหนื่อยล้าในการทำงาน		
			ต่ำ	กลาง	สูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	16.4	10.9	100 (55.2)	50 (27.6)	21 (17.1)
การลดความเป็นบุคคล	3.45	3.9	150 (82.9)	21 (11.6)	10 (5.5)
ความสำเร็จส่วนบุคคล	41.09	7.3	173 (79.0)	24 (13.3)	14 (7.7)

ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

พบว่าจิตแพทย์ร้อยละ 44.7 มีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.9 มีการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79 มีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 16.4 (SD 10.9), 3.45 (SD 3.9) และ 41.09 (SD 7.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple linear regression analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแต่ละด้าน โดยตัวแปรที่นำเข้ามาพิจารณา คือ อายุ สถานภาพสมรส สังกัดที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงาน (ปี) ชั่วโมงที่ใช้ตรวจผู้ป่วยนอก ชั่วโมงการอยู่เวรในที่ทำงาน การทำคลินิก งานสอน งานวิจัย การมีผู้ป่วยในความดูแลพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน และเพื่อนร่วมงาน การมีที่ปรึกษาในการทำงาน

ความพึงพอใจในการทำงานโดยรวม ความพึงพอใจในชีวิตส่วนตัว ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความคิดจะหยุดทำงานเป็นจิตแพทย์ใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าสมการทำนาย คะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ = $18.978 + 9.34$ (ไม่พึงพอใจในการทำงาน) + 3.70 (สถานภาพโสดหรือหย่าร้าง) + 4.44 (ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน) + 2.79 (มีผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จ) - 0.26 (จำนวนปีที่ทำงานเป็นจิตแพทย์) สมการ

ทำนาย คะแนนการลดความเป็นบุคคล = $5.04 + 2.43$ (จำนวนผู้ป่วยในความดูแลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ) + 2.15 (ไม่พึงพอใจในการทำงาน) + 1.79 (สถานภาพโสดหรือหย่าร้าง) + 1.74 (เพศชาย) + 1.34 (การไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน) สมการทำนาย คะแนนความสำเร็จส่วนบุคคล = $32.86 + 4.66$ (มีที่ปรึกษาในการทำงาน) + 2.62 (เพศหญิง) + 0.17 (ชั่วโมงการทำงานบริหาร/สัปดาห์) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าในการทำงานด้านต่างๆ ด้วยวิธี multiple linear regression

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (R=0.630, RSquare= 0.397)				
ความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานโดยรวม (ไม่พอใจในการทำงาน)	9.34	0.34	5.16	<0.001**
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นจิตแพทย์ (ปี)	-0.26	-0.26	-3.72	<0.001**
สถานะภาพ (โสด หย่าหรือหย่าร้าง)	3.70	0.17	2.48	0.014*
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน (ไม่ได้รับการสนับสนุน)	4.44	0.16	2.51	0.013*
การที่มีผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จ	2.79	0.13	2.15	0.033*
ค่าคงที่	18.98		8.89	<0.001**
ด้านการลดความเป็นบุคคล (R=0.54, RSquare=0.29)				
จำนวนผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตายสำเร็จ	2.43	0.31	4.81	<0.001**
ความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานโดยรวม (ไม่พอใจในการทำงาน)	2.15	0.21	2.97	0.003**
สถานภาพสมรส (โสด หย่า หรือหย่าร้าง)	1.79	0.23	3.48	0.001**
เพศ (ชาย)	1.74	0.22	3.39	0.001**
การได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน	1.34	0.17	2.33	0.021
ค่าคงที่	5.04		5.25	<0.001**
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (R=0.35, RSquare=0.12)				
การมีที่ปรึกษาในการทำงานเมื่อประสบปัญหา (มี)	4.66	0.28	3.88	<0.001**
เพศ(หญิง)	2.62	0.18	2.53	0.012*
ชั่วโมงการทำงานบริหาร(ชั่วโมง/สัปดาห์)	0.17	0.17	2.37	0.019*
ค่าคงที่	32.86		16.47	<0.001**

*P< 0.05, ** P<0.01, B = unstandardized coefficients, Beta = standardized coefficients

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าได้ว่าจิตแพทย์ไทยเกือบครึ่งหนึ่งมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับกลางและสูง ขณะที่ประมาณร้อยละ 80 มีการลดความเป็นบุคคลและการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าแม้จิตแพทย์ไทยจะรู้สึกเหนื่อย หดพลัง แต่มีเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกในทางลบกับผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ และส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถและมีประสิทธิภาพ

เมื่อเทียบกับการศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้าในการทำงานในจิตแพทย์ประเทศนิวซีแลนด์และอิตาลี⁷⁻⁸ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างและระเบียบวิธีวิจัยใกล้เคียงกันแล้วพบว่า จิตแพทย์ไทยมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำกว่าจิตแพทย์ในนิวซีแลนด์และอิตาลี (ค่าเฉลี่ยคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ในไทยเท่ากับ 16.24 เทียบกับ 22.4 ในนิวซีแลนด์และ 21.3 ในอิตาลี ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนการลดความเป็นบุคคลในไทยเท่ากับ 3.45 เทียบกับ 6.6 ทั้งในนิวซีแลนด์และอิตาลี) ขณะเดียวกัน จิตแพทย์ไทยก็มีความรู้สึกประสบความสำเร็จมากกว่าด้วยเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จส่วนบุคคลในไทย 41.09 เทียบกับ 36.5 ในนิวซีแลนด์และ 35.8 ในอิตาลี ตามลำดับ)

เป็นที่น่าสนใจว่าเหตุใดจิตแพทย์ไทยจึงประสบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานน้อยกว่าประเทศอื่น หากพิจารณาตามแนวคิดของ Kumar⁹ ที่ว่าปัจจัยป้องกันการเหนื่อยล้าในการทำงาน (protective factor) นั้นคือ การมีชีวิตส่วนตัวในด้านอื่นๆ (ที่นอกเหนือจากงาน) ที่ดี การศึกษานี้เองก็พบว่าจิตแพทย์ไทยร้อยละ 96.1 พอใจในชีวิตส่วนตัว และนอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมองว่าวัฒนธรรมของไทยที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน อยู่เสมอในการทำงานทั้งในระหว่างเพื่อนร่วมงานและระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันให้จิตแพทย์ไทยมีความเหนื่อยล้า

ในการทำงานน้อยกว่าจิตแพทย์ในประเทศอื่นๆ ดังจะเห็นได้ว่า ร้อยละ 81.3 ของจิตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามพอใจในการทำงาน ร้อยละ 80.1 ตอบว่าได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานเพียงพอ และร้อยละ 75.1 มีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหา

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในการทำงาน พบว่าสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้างและการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในที่ทำงาน (เช่น ให้ออกาสงบประมาณ หรือ กำลังคนเพิ่ม) เป็นปัจจัยที่เพิ่มคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์⁷ ฟินแลนด์¹⁰ และแนวความคิดของ Maslach⁵ Kumar⁹ อธิบายว่าผู้ที่สมรสแล้วนั้น มีชีวิตที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งยังมีประสบการณ์ในการจัดการความยุ่งยากในชีวิตคู่จึงมีทักษะในการจัดการกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ดีกว่ากลุ่มที่โสดหรือหย่าร้าง เช่นเดียวกันกับที่พบว่ากรได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หรือที่ทำงานก็เป็นการได้รับแรงสนับสนุนที่ลดความอ่อนล้าทางอารมณ์และลดการลดความเป็นบุคคลเช่นกัน (Halloway¹¹, Maslach)

ความพึงพอใจในงานโดยรวมเองก็ช่วยลดทั้งความอ่อนล้าทางอารมณ์และลดการลดความเป็นบุคคล มีข้อน่าสังเกตว่าผู้ที่ไม่พึงพอใจในงานนั้นตอบว่ามีความคิดจะหยุดทำงานเป็นจิตแพทย์มากกว่าผู้ที่ตอบว่าพึงพอใจในงานถึงเกือบ 2 เท่าด้วย (ร้อยละ 64.7 เทียบกับ ร้อยละ 35.3) ผู้ที่ไม่พอใจในงานโดยรวมนั้นไม่ได้มีสถานที่ทำงาน หรือปริมาณงานที่ต่างจากกลุ่มที่พึงพอใจในงานแต่อย่างใด แต่พบว่ากรไม่ได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน และจากเพื่อนร่วมงาน ไม่มีที่ปรึกษาในการทำงาน มีปัญหาส่วนตัว เช่น (ร้อยละ 57 เทียบกับร้อยละ 33.2) ไม่พอใจในตัวเอง (ร้อยละ 66.7) ด้วยข้อมูลดังกล่าว อาจมองได้ว่าความพอใจในงานนี้อาจไม่ได้อยู่ที่ปริมาณงานหรือสถานที่ทำงานเท่านั้น แต่

อาจเกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนในงานทั้งจากผู้ร่วมงาน และระบบ รวมทั้งผลกระทบจากปัญหาในชีวิตส่วนตัว มุมมองต่อตัวเองหรือความไม่พอดีกันของบุคคลและ งานด้วย

ในการศึกษานี้ยังพบว่าประสบการณ์การเป็น จิตแพทย์ที่น้อยสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น นิวซีแลนด์และอังกฤษ^{7,12} โดย Gollhofer¹³ ได้อธิบายว่า จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย จะมีอุดมคติสูง รวมทั้ง มีเทคนิคการจัดการเรื่องต่างๆที่น้อยกว่าจิตแพทย์ที่มี ประสบการณ์สูงกว่า เนื่องจากมีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับ ผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความเข้าใจในผู้ป่วยมากขึ้น ลดความ คาดหวัง ทำให้ความเหนื่อยล้าในการทำงานลดลง และ จากการศึกษานี้ของ Cherniss¹⁴ พบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้า ในการทำงานในช่วงแรกของการทำงานสามารถปรับตัว ได้ภาวะหมดไฟจะน้อยลงเรื่อยๆ กลับมาทุ่มเทและ รับผิดชอบงานได้มากขึ้น จึงพบว่าจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน มานานจึงมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความ เป็นบุคคลน้อยกว่าจิตแพทย์รุ่นเยาว์

นอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้ป่วยในความดูแล ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเพิ่มความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลให้กับจิตแพทย์เช่นกัน ที่น่าสังเกตคือ จำนวนผู้ป่วยในความดูแลที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จที่มากเป็นมีอิทธิพลต่อการลดความเป็นบุคคล อย่างมาก ในไทยเองมีการศึกษาพบว่าจิตแพทย์ไทย มากกว่าครึ่งรู้สึกเสียใจ เศร้าใจ หมดหวัง และรู้สึกผิด เมื่อมีผู้ป่วยในความดูแลฆ่าตัวตาย¹⁵ และในการศึกษา ของ Guthrie¹⁶ ก็พบว่าเรื่องนี้เป็นหนึ่งในเรื่องที่ทำให้ จิตแพทย์เกิดความเครียด ซึ่งความรู้สึกนี้อาจทำให้ จิตแพทย์ดูแลผู้ป่วยเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจมากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ต้องสัมผัสอารมณ์เศร้าของตนเอง และ พบว่าจิตแพทย์รุ่นเยาว์จะระบุนว่าเรื่องการฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยในความดูแลนี้เป็นปัญหาที่ทำให้เครียด

มากกว่าจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า ซึ่งอาจเป็น เพราะจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากสามารถจัดการ อารมณ์ตัวเองในเรื่องนี้ได้ดีกว่าจึงไม่ได้รับผลกระทบ มากนัก

เพศมีความสัมพันธ์กับการลดความเป็น บุคคลและความสำเร็จส่วนบุคคล โดยในการศึกษา นี้พบว่าจิตแพทย์เพศชายมีการลดความเป็นบุคคล ที่มากกว่าจิตแพทย์หญิง แต่เพศหญิงรู้สึกประสบ ความสำเร็จส่วนบุคคลมากกว่าชาย ด้านการลด ความเป็นบุคคลที่พบว่าเพศชายมีการลดความเป็น บุคคลมากกว่าหญิงนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller¹⁷ และคณะ อธิบายว่าเพศชายเมื่อประสบ ปัญหา มีแนวโน้มที่จะไม่แสดงอารมณ์หรือแสดง ความอ่อนล้าเช่นผู้หญิงแต่จะเป็นลักษณะลดความ สัมพันธ์และตีตัวออกห่างมากกว่าจึงแสดงออก ในลักษณะของการลดความเป็นบุคคล แต่ในด้าน ความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่พบว่า เพศชายในการศึกษานี้มีรู้สึกประสบความสำเร็จ ส่วนบุคคลน้อยกว่าเพศหญิงนั้น แตกต่างไปจาก การศึกษาทั้งในนิวซีแลนด์⁷ และ แคนาดา¹⁸ ที่พบว่า เพศชายจะรู้สึกประสบความสำเร็จมากกว่าหญิง ผู้วิจัยเสนอว่าอาจเป็นเพราะปัจจัยทางสังคมที่ต่างกัน ในประเทศไทยแม้ปัจจุบันงานจิตเวชจะได้รับการพัฒนา มามากแต่ต้องยอมรับว่าจิตแพทย์เองยังเป็นอาชีพ ที่ผู้คนไม่ได้รู้จักคุ้นเคยเท่าอาชีพแพทย์สาขาอื่นๆ ซึ่ง ต่างจากต่างประเทศที่จิตแพทย์เป็นอาชีพที่ผู้คนคุ้นเคย และเมื่อพิจารณาถึงแนวคิดของ Leiter¹⁹ ที่ว่าความรู้สึก ประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลงนั้น อาจมาจากการรู้สึกว่าไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงในครั้งแรก แต่เพศชายที่ให้ความสำคัญกับความสามารถของตน ในความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน อาจรู้สึกไป ไม่ถึงเป้าและรู้สึกประสบความสำเร็จน้อยกว่าเพศหญิง ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์และการสนับสนุน

ในงานเป็นหลัก (Esther²⁰) ซึ่งในการศึกษานี้จิตแพทย์ส่วนใหญ่ตอบว่าได้รับการสนับสนุนที่ดี จึงอาจเป็นเหตุผลให้จิตแพทย์เพศหญิงรู้สึกประสบความสำเร็จมากกว่าชาย

การมีที่ปรึกษาในการทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลเช่นกัน ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการได้รับแรงสนับสนุนในการทำงานตามแนวคิดของ Maslach⁵ ขณะเดียวกันพบว่าผู้ที่ทำงานบริหารรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลมากขึ้นตามชั่วโมงของการทำงานนี้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Maslach และ Thompson²¹ ในแง่ว่าความเหนื่อยล้าในการทำงานนั้นสัมพันธ์กับการไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือไม่มีอำนาจในการจัดการ ผู้ที่ทำงานบริหารที่สามารถมีอำนาจในการจัดการจึงรู้สึกประสบความสำเร็จ รวมทั้งการได้ทำงานบริหาร ส่วนหนึ่งหมายถึงการได้รับความไว้วางใจหรือเลื่อนขั้น ซึ่งมีผลทำให้รู้สึกประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นด้วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและนำไปใช้ต่อ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแม้มีจิตแพทย์ไทยจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงาน แต่ปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการทำงานนั้นสามารถแก้ไขและป้องกันได้ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่สำคัญในแง่ประสบการณ์ในการทำงาน และมุมมองว่าไม่ได้รับการสนับสนุนในงาน ซึ่งจากมุมมองนี้สามารถนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ในที่ว่า หากต้องการที่จะลดความเหนื่อยล้าในการทำงานและเพิ่มศักยภาพในการทำงานของจิตแพทย์แล้วสามารถทำได้โดย

1. พัฒนาประสบการณ์ โดยการพัฒนาจิตแพทย์ให้มีประสบการณ์ทั้งในด้านเทคนิคการจัดการปัญหาเรื่องผู้ป่วยและ การทำงาน และในด้านประสบการณ์การดูแลจิตใจตนเอง สามารถเยียวยาตนเองได้เมื่อประสบปัญหา เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

2. พัฒนาในเรื่องของการสนับสนุนในงาน ซึ่งทำได้ 2 ทาง คือ

- 2.1 ให้การสนับสนุนเพิ่ม เช่น โอกาสในการทำงาน งบประมาณ กำลังคนเพิ่ม รวมทั้งมีที่ให้ปรึกษาในการทำงาน

- 2.2 พัฒนาศักยภาพในตัวของจิตแพทย์ เช่น สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้เพียงพอ หรือพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นให้สามารถสนับสนุนซึ่งกันและกันในการทำงานได้

ซึ่งแนวคิดนี้สามารถนำไปเพิ่มเติมได้ตั้งแต่การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อป้องกันภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาไม่เพียงแต่มีส่วนช่วยในการให้คำปรึกษาเรื่องการทำงานดูแลผู้ป่วยเท่านั้นยังสามารถช่วยพัฒนาประสบการณ์และความสัมพันธ์ของแพทย์ประจำบ้านกับผู้ร่วมงานได้ด้วย ขณะเดียวกันแนวคิดนี้ก็สามารถนำไปใช้ในการดูแลจิตแพทย์ที่ทำงานแล้วเพื่อลดการเกิดภาวะนี้ โดยให้มีการอบรมที่เน้นการพัฒนาดูแลตัวบุคคล และให้มีจิตแพทย์ที่ปรึกษา จิตแพทย์พี่เลี้ยง หรือกลุ่มที่ช่วยให้คำปรึกษาและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งจะสามารถลดความเหนื่อยล้าในการทำงานและช่วยให้จิตแพทย์ได้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ชื่อหัวข้อวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของจิตแพทย์อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความรู้สึกทางลบและไม่ตอบแบบสอบถามตามความจริง

2. งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบให้คะแนนตนเองเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสังเกตหรือเก็บข้อมูลจากด้านอื่นๆ ผลที่ได้จึงอาจไม่ตรงตามความจริงทั้งหมด

3. แบบสอบถามนี้ได้สร้างจากต่างประเทศ และได้รับการแปลมาเป็นภาษาไทย ดังนั้นวัฒนธรรม

และความเข้าใจภาษาที่ต่างกันจึงอาจมีส่วนทำให้ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกันด้วย

4. จิตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามกลับมามีเพียงร้อยละ 27.8 จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของจิตแพทย์ทั้งประเทศ ซึ่งแม้สัดส่วนของประชากรที่ตอบกลับในแง่การกระจายของเพศ สถานที่ทำงานและสังกัดที่ทำงานก็ใกล้เคียงกับข้อมูลของจิตแพทย์จากสมาคมจิตแพทย์ (ในวงเล็บ) คือ เพศชายร้อยละ 53.3 หญิงร้อยละ 46.7 เทียบกับ (ร้อยละ 48.6 และ 51.4) สังกัดโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิตร้อยละ 32.1 โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดร้อยละ 24.9 โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยร้อยละ 23.8 โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกและอื่นๆ ร้อยละ 19.3 เทียบกับ (ร้อยละ 28.4, 14.8, 22.6 และ 13.3 ตามลำดับ) แต่มีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามกลับมาอาจเป็นกลุ่มที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานน้อย และผู้ที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามกลับมาจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมากกว่าจนไม่ได้ตอบแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าจิตแพทย์ในไทยมีความชุกของความเหนื่อยล้าในการทำงานน้อยกว่าประเทศอื่น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ลดความเหนื่อยล้าในการทำงานของจิตแพทย์ไทยเพิ่มเติมและอาจศึกษาเพิ่มเติมว่าวัฒนธรรมสังคมของไทยนั้นมีผลต่อการลดความเหนื่อยล้าในการทำงานจริงหรือไม่ตามที่ผู้เขียนเสนอแนวคิดไว้ในการอภิปรายวิจัยนี้
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องแนวทางการลดความเหนื่อยล้าในการทำงานในทางปฏิบัติ โดยศึกษาในลักษณะที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อติดตามภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของจิตแพทย์ไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอขอบคุณจิตแพทย์ทุกท่านที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และ ผศ.นพ.ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ ที่ช่วยให้คำแนะนำ รวมถึงช่วยตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ

Reference

1. Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A et al. Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. J Adv Nurs 1994; 19:6709.
2. Youngsri C. Perception of Working Environment, Burnout and Turnover Intentions of Employees; Industrial and Organizational Psychology King Mongkut's Institute of Technology North Bangkok; 2006
3. Kumar S. Burnout in psychiatrist; World Psychiatry 2007; 6:186-9.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981; 2:99-113
5. Maslach C, Schaudeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52:397-422.
6. Sammawart S. Burnout among nurses in Ramathibodi Hospital. Master of Science thesis. Faculty of Nursing, Mahidol University; 1989.
7. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat R N. Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a National Study. Int J Soc Psychiatry 2007; 53: 306.

8. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among Psychiatrists in Milan: A Multicenter Survey; *Psychiatr Serv* 2009; 60:985-8.
9. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35:405-16
10. Jyrki K. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrist : a national survey. *Scand J Public Health* 2003; 31(2):85-91.
11. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:226-35.
12. Rathod S, Roy L, Ramsay M, Das M, Birtwistle J. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 133-6.
13. Gollhofer EM. The relationship of job satisfaction to level of experience of clinical psychologists and psychiatrists. *Dissertation Abstracts International: Section B : the Sciences & Engineering*; 55(8B):3587.
14. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *Journal of Organization Behavior* 1992; 13:1-11.
15. Thomyangkul P, Leenaars A. Impact of Committed Suicide Patients on Thai Psychiatrists. 34th Psychiatric Annual Conference "Psychiatry and Social Crises", The Royal College Of Psychiatrists Of Thailand The Psychiatric Association Of Thailand and Department Of Mental Health 2006:25.
16. Guthrie E, Tattan T, Williams E, et al. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: comparison of junior doctors, senior registers and consultants. *Psychiatr Bull* 1999; 23:207-12.
17. Garfinkel PE, Bagby RM, Schuller DR, Williams CC, Dickins SE, Dorian B. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary follow up study. *Can J Psychiatry* 2001; 46:835-40.
18. Miller D. *Dying to Care? : Work, stress and burnout in HIV/AIDS*. London: Routledge; 2000.
19. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organization Behavior* 2006; 12:123-44.
20. Esthe R, Ronald J, Konarski R. Component of Burnout, Resources, and Gender-Related Differences. *J Appl Soc Psychol* 1998; 28; 1088-106.
21. Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998; 22:405-9.