



ความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสำรวจจากแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Thought of Dropping Out of Residency Training and the Associated Factors among Residents in Songklanagarind Hospital

จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์*, จตุรพร แสงกูล*

Jarurin Pitanupong*, Jaturaporn Sangkool*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2559 ทุกคน โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองคือ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป ความคิดและปัจจัยในการยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง โดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 192 ราย (ร้อยละ 50.8) เป็นเพศหญิง 112 ราย (ร้อยละ 58.3) เพศชาย 80 ราย (ร้อยละ 41.7) อายุเฉลี่ย 27.2 ปี มีเหตุผลต่อการเลือกศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ คือ ความชอบส่วนตัว (ร้อยละ 87.0) ความประทับใจในอาจารย์ หรือ การทำงาน (ร้อยละ 30.2 และ 28.1 ตามลำดับ) และลักษณะงานที่มีความยืดหยุ่นเป็นอิสระ (ร้อยละ 28.6) แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 49.5) เคยมีความคิดยุติการฝึกอบรม โดยเริ่มมีความคิดตั้งแต่ในช่วงชั้นปีที่ 1 และ 2 (ร้อยละ 45.3 และ 43.2 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดยุติการฝึกอบรมในระดับมากคือ ความเครียดจากงาน และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดยุติการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชั้นปีที่กำลังศึกษา (p -value < 0.001) โดยในชั้นปีที่ 3 พบสัดส่วนของความคิดยุติการฝึกอบรมมากกว่าชั้นปีอื่น

สรุป เหตุผลหลักที่แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านเลือกศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางคือ ความชอบส่วนตัว และปัจจัยที่คิดยุติการฝึกอบรมคือ มีความเครียดจากการทำงาน

คำสำคัญ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ยุติการฝึกอบรม

Corresponding author: จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(3): 211-222

ABSTRACT

Objective : To study thought of dropping out of residency training and the associated factors among residents.

Material and method : Cross-sectional survey was conducted among training residents at Prince of Songkla University in 2016. Questionnaires for demographic data, reasons for dropping out of the residency training and associated factors were used. Mean, percentage, chi-square, rank sum test and Fisher's exact test were used to analyze the data.

Results : There were 192 residents (50.8%) who completed the questionnaires; 58.3% of residents were female and 41.7% were male. Mean age was 27.2 years old. The reasons for residency training were personal preference (87.0%), physician identification (30.2%), job appreciation (28.1%) and flexible or controllable job (28.6%). Ninety-five residents (49.6%) had thought about dropping out of training, early in the 1st and 2nd year of training (45.3% and 43.2%). The main factor for dropping out of residency training was stress and the significant associated factor was the year of training, especially in the 3rd year.

Conclusion : The main reason of residency training was personal preference and the reason about dropping out of residency training was stress.

Keywords : residents, residency training, drop out

Corresponding author: Jarurin Pitanupong

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(3): 211-222

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ความสะดวกสบายต่างๆ ที่มีมากขึ้นในยุคปัจจุบันนี้ ส่งผลทำให้สภาพสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตของคนจึงมีความแตกต่างไปจากอดีตอย่างมาก การเลือกอาชีพก็เช่นเดียวกัน ผู้คนส่วนใหญ่ในปัจจุบันนี้ต้องการงานที่ไม่น่าหนัก มีความสะดวกสบาย มีอิสระ และมีรายได้ดี ในสังคมแพทย์ก็เช่นเดียวกัน มีการศึกษาในประเทศอเมริกาเรื่องแนวโน้มการเลือกเรียนต่อของนักศึกษาแพทย์หลังจากปี พ.ศ. 2523 และปัจจัยที่สัมพันธ์ในโรงเรียนแพทย์ 9 แห่งพบว่า นักศึกษาแพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกเรียนแพทย์ในกลุ่มที่สามารถควบคุมบริหารจัดการเวลาได้โดยอิสระ (controllable lifestyle specialties) คือ วิสัญญีแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์ผิวหนัง รังสีแพทย์ และจิตแพทย์ มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ที่ไม่สามารถควบคุมบริหารจัดการเวลาได้โดยอิสระ (noncontrollable lifestyle specialties) ซึ่งได้แก่ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์¹ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า หลังจากที่แพทย์เข้ารับการอบรมในสาขาที่ตนเองสนใจแล้วนั้น กลับพบกับความเครียดจนต้องยุติการอบรมอยู่บ่อยครั้ง²⁻⁷ เนื่องจากงานที่เลือกนั้นไม่สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิต (life style)⁶

การศึกษาในแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ.2556 พบร้อยละ 58.0 คิดอย่างจริงจังที่จะยุติการฝึกอบรม โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.2, 95% CI 1.1-1.3, p = 0.003) ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.8, ร้อยละ 41.4 และร้อยละ 35.4 คิดยุติการฝึกอบรมในขณะที่ฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และปีที่ทำงานวิจัยตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการคิดยุติฝึกอบรมคือ ร้อยละ 50.0 เป็นเรื่องการอดนอนในช่วงหมุนเวียนสาขาเฉพาะ ร้อยละ 47.0 ไม่ใช้รูปแบบชีวิตแบบที่ต้องการในอนาคต และร้อยละ 41.4 ต้องใช้เวลาในการทำงานมากเกินไป ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝึกอบรมต่อเนื่องคือ ร้อยละ 65.0 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

และคนสำคัญ ร้อยละ 63.5 ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ประจำบ้านคนอื่นๆ และร้อยละ 58.9 คิดว่าในอนาคตจะได้พักผ่อนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน⁸

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 34.0 ของแพทย์ที่เข้ารับการอบรมรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความเครียด ร้อยละ 17.0 คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิตที่แย่ลง นอกจากนี้พบว่าแพทย์เพศหญิงมีปัญหาคความเครียดมากกว่าเพศชายคือ ร้อยละ 40.0 และ 27.0 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดคือ ความกดดันเรื่องเวลา (time pressure) ในการทำงาน⁴ จนทำให้แพทย์ที่เข้ารับการอบรมบางรายเกิดภาวะซึมเศร้า มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล อายุกะทั่ง (burn out) และแก้ปัญหาโดยการใช้อาหารเสพติด^{2,3,7,9,10} เพราะไม่ยอมให้ความเห็น้อยู่ล่าจากการทำงานทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย¹¹ อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาพบว่า มีปัจจัยบางอย่างที่เป็นปัจจัยที่ช่วยประคับประคองความเครียดในแพทย์ที่เข้ารับการอบรมได้ เช่น การมีคู่สมรส และมีปัจจัยที่ทำให้แพทย์นั้นต้องยุติการฝึกอบรมไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านการเงิน² การมีบุตร^{12,13} รวมทั้งปัจจัยภายในจิตใจตนเอง เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกชีวิตไม่มั่นคง หรือการมีปัญหาดต่อการเผชิญหน้ากับผู้มีอำนาจ (authority)¹³ รวมทั้งปัจจัยด้านองค์ความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ในสาขาวิชาที่เลือกเรียน¹⁴⁻¹⁷

ในประเทศไทย มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสาขาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่า สาขาอายุรศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ ยังคงเป็นสาขาที่แพทย์นิยมเลือกเรียนต่อเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนมากที่สุด คือ ความชอบส่วนตัวในสาขาวิชานั้นๆ ตั้งแต่ตอนเรียนแพทย์ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการมีแบบอย่างที่ได้จากความประทับใจในการทำงาน หรืออาจารย์ผู้สอน¹⁸ อย่างไรก็ตามพบว่า หลังจากที่แพทย์เข้ารับการอบรมในสาขาที่ตนเองสนใจแล้วนั้น กลับพบกับความเครียดจนต้องยุติการอบรมอยู่บ่อยครั้ง

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 29.0 ของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านแผนกสูติ-นรีเวชวิทยา ตรวจพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้แบบวัด Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ-70)¹⁹ การศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย²⁰ (The World Health Organization Quality of Life Assessment-abbreviated version-THAI, WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน ร้อยละ 74.6 และร้อยละ 22.0 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับดีตามลำดับ โดยผลการประเมินด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นร้อยละ 72.1, 68.8, 72.8 และ 70.5 ตามลำดับ และอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 27.1, 25.6, 23.2 และ 22.5 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามในแต่ละปีการศึกษาก็ยังพบปัญหาการยุติการฝึกอบรมของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านอยู่บ่อยครั้ง ดังนั้นการศึกษาที่ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการยุติการเข้าอบรมที่ลึกซึ้ง จะนำมาซึ่งการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางที่มีความเหมาะสมกับแพทย์ในยุคปัจจุบันนี้ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 59-018-03-1)

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2559 ทุกคน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีที่กำลังปฏิบัติงาน ปีการศึกษา 2559

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) หรือหยุดการวิจัย (criteria for discontinuation) คือ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูลในแบบสอบถาม หรือ หยุดการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามแบบตอบเองประกอบด้วย 2 ตอน คือ

1. แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม ภูมิลำเนา ศาสนา สถานภาพสมรส บุตรที่ต่องดูแล และสาเหตุที่เลือกสาขาที่กำลังฝึกอบรม

2. ความคิดยุติการฝึกอบรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ เคยมีความคิดยุติการฝึกอบรมหรือไม่ สาเหตุที่คิดยุติการฝึกอบรม ปัจจัยที่อาจทำให้มีความคิดที่จะยุติการฝึกอบรม และหากมีการยุติการฝึกอบรมจะทำอย่างไรต่อไป

โดยข้อคำถามเรื่องปัจจัยที่อาจทำให้มีความคิดที่จะยุติการฝึกอบรม ผู้ตอบให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด จนถึง 5=มากที่สุด) แล้วนำมาแปลความหมายดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.50 อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 ถึง 2.50 อยู่ในเกณฑ์น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 ถึง 3.50 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 ถึง 4.50 อยู่ในเกณฑ์มาก และ

คะแนนเฉลี่ย 4.51 ถึง 5.00 อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามแบบตอบเองไปยังแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านทุกภาควิชา พร้อมแนบคำชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือจากแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านในการตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ โดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม และหากสมัครใจให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเผยแพร่เป็นผลงานวิจัย โดยขอยกเว้นการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม เพื่อลด

ความกังวลจากการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย (waiver of documentation of consent) และเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ให้ปิดผนึกและส่งกลับคืนมายังผู้วิจัย

การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง โดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางโดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

ในช่วงเดือนมิถุนายน 2559 ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามให้กับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน 19 ภาควิชา รวม 378 ราย ได้แบบสอบถามกลับคืนมา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=192)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	80 (41.7)
	หญิง	112 (58.3)
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	27.2±2.07 (24-36)
ภูมิลำเนา	สงขลา	74 (38.5)
	ภาคใต้	61 (31.8)
	3 จังหวัดชายแดนใต้	13 (6.8)
	ภาคกลาง (ได้แก่ กรุงเทพฯ นนทบุรี สมุทรปราการ กำแพงเพชร)	28 (14.6)
	อื่นๆ	16 (8.3)
เกรดเฉลี่ยสะสม ±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)		3.31±0.3 (2.34-3.93)
	2.00-3.00	29 (15.1)
	3.01-3.50	98 (51.0)
	3.51-4.00	45 (23.4)
	ไม่ตอบ	20 (10.4)
ศาสนา	พุทธ	182 (94.8)
	อื่นๆ (ได้แก่ อิสลาม คริสต์)	10 (5.2)
สถานภาพสมรส	โสด	165 (85.9)
	สมรส	20 (10.4)
	มีคู่แต่ยังไม่สมรส	7 (3.7)
มีบุตรที่ต้องดูแล	ไม่มี	185 (96.4)
	มี	4 (2.1)
	ไม่ตอบ	3 (1.6)
สังกัด	แพทย์ใช้ทุน	145 (75.5)
	แพทย์ประจำบ้าน	47 (24.5)
ชั้นปีที่	1	45 (23.4)
	2	53 (27.6)
	3	58 (30.2)
	4	28 (14.6)
	5	8 (4.2)

ทั้งสิ้น 192 ราย (ร้อยละ 50.8) โดยอัตราการตอบกลับ (response rate) ในแต่ละภาควิชานั้นมีค่ามากกว่าร้อยละ 50.0 มีเพียง 3 ภาควิชาที่มีอัตราการตอบกลับต่ำคือ ภาควิชารังสีวิทยา (ร้อยละ 24.0) ภาควิชาจักษุวิทยา (ร้อยละ 19.0) และภาควิชาอายุรศาสตร์ (ร้อยละ 13.0)

1. ข้อมูลทั่วไป

แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านจำนวน 192 ราย เป็นเพศหญิง 112 ราย (ร้อยละ 58.3) เพศชาย 80 ราย (ร้อยละ 41.7) อายุเฉลี่ย 27.2 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ไม่มีบุตรที่ต้องดูแล และมีเหตุผลต่อการเลือกศึกษาในสาขาต่างๆ คือ ความชอบส่วนตัว (ร้อยละ 87.0) รองลงมาคือ ความประทับใจในอาจารย์ หรือ การทำงาน (ร้อยละ 30.2 และ 28.1 ตามลำดับ) และลักษณะงานที่ยืดหยุ่น มีอิสระ (ร้อยละ 28.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=192) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
สาขาที่กำลังศึกษา	วิสัญญีวิทยา	26 (13.5)
	ศัลยศาสตร์	24 (12.5)
	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	24 (12.5)
	โสต ศอ นาสิก	22 (11.5)
	กุมารเวชศาสตร์	19 (9.9)
	ออร์โธปิดิกส์	13 (6.8)
	เวชศาสตร์ครอบครัว	10 (5.2)
	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	9 (4.7)
	รังสีวิทยา	9 (4.7)
	อายุรศาสตร์	8 (4.2)
	จักษุวิทยา	4 (2.1)
	จิตเวชศาสตร์	7 (3.6)
	เวชศาสตร์ชุมชน	4 (2.1)
	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3 (1.6)
	ประสาทวิทยา	3 (1.6)
	พยาธิวิทยา	2 (1.0)
	ระบาดวิทยา	2 (1.0)
	วิศวกรรมชีวการแพทย์	1 (0.5)
	รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	1 (0.5)
เวชศาสตร์ป้องกัน	1 (0.5)	
เหตุผลที่เลือกศึกษาต่อในสาขานี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ความชอบส่วนตัว	167 (87.0)
	ประทับใจในอาจารย์ผู้สอน	58 (30.2)
	ลักษณะงานยืดหยุ่น มีอิสระ มีเวลาว่างทำอย่างอื่นได้	55 (28.6)
	ประทับใจในการทำงานหรือผลงานของแพทย์เฉพาะทางในสาขานี้	54 (28.1)
	เห็นใจและอยากช่วยเหลือผู้ป่วยในสาขาวิชานี้	34 (17.7)
	เป็นสาขาวิชาที่งานไม่หนัก มีกรณีฉุกเฉินน้อย	28 (14.6)
	ผลการเรียนดีในสาขาวิชาที่สมัคร	26 (13.5)
	หาที่ทำงานได้ง่ายหลังสำเร็จการฝึกอบรม	25 (13.0)
	สมัครเข้าฝึกอบรมได้โดยไม่ต้องใช้ทุนครบ 3 ปี	22 (11.5)
	เป็นสาขาวิชาที่เรียนจบแล้วมีรายได้ดี	19 (9.9)
	โอกาสเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องน้อย	15 (7.8)
	ความพึงพอใจต่อต้นสังกัด	14 (7.3)
	อัตราการแข่งขันไม่สูง	13 (6.8)
	มีต้นสังกัดให้ไปศึกษาต่อ	11 (5.7)
	เป็นสาขาวิชาที่กำลังนิยมหรือได้รับการยอมรับจากสังคมมาก	8 (4.2)
	มีความก้าวหน้าในวิชาชีพมากกว่าสาขาอื่น	7 (3.6)
	เลือกสาขาที่เป็นปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	6 (3.1)
	ปฏิบัติงานอยู่ในสาขานี้ก่อนไปฝึกอบรม	5 (2.6)
	ความประสงค์ของบิดามารดา หรือญาติพี่น้อง	5 (2.6)

2. ความคิดยุติการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง
แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 49.5) เคยมีความคิดยุติการฝึกอบรม โดยในจำนวนนี้ เริ่มมีความคิดดังกล่าวขณะศึกษาในชั้นปีที่ 1 จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 45.3) และในชั้นปีที่ 2 จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 43.2) (ตารางที่ 2) โดยภาค

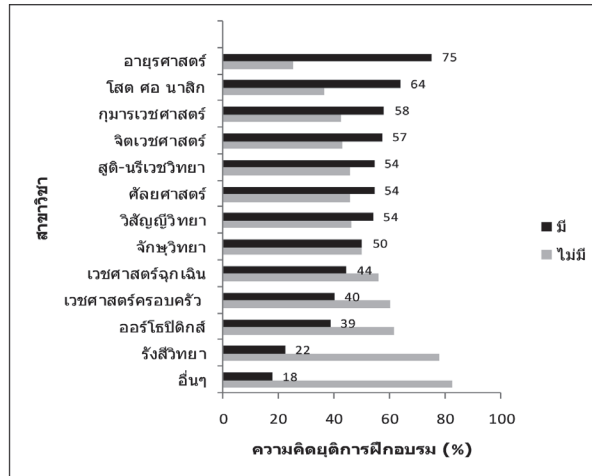
วิชาที่มีสัดส่วนแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านมีความ
คิดยุติการฝึกอบรมมากกว่าร้อยละ 50.0 ของจำนวน
แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านในสาขานั้นๆ คือ ภาค
วิชาอายุรศาสตร์ โสต ศอ นาสิก กุมารเวชศาสตร์
จิตเวชศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์
วิสัญญีวิทยา และจักษุวิทยา (รูปที่ 1)

ตารางที่ 2 ความคิดยุติการฝึกอบรม (n=192)

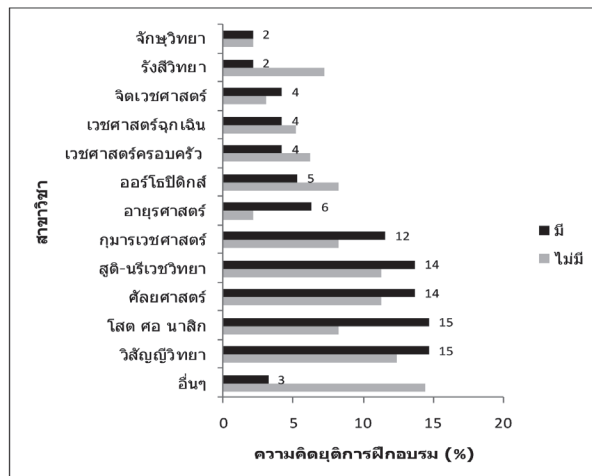
ความคิดยุติการฝึกอบรม	จำนวน (ร้อยละ)
ความคิดยุติการฝึกอบรม	
ไม่มี	97 (50.5)
มี	95 (49.5)
ถ้ามี ชั้นปีที่เริ่มมีความคิดนี้ (n = 95)	
ปี 1	43 (45.3)
ปี 2	41 (43.2)
ปี 3	10 (10.5)
ปี 5	1 (1.1)
สาเหตุที่ทำให้มี (หรืออาจจะไม่มี) ความคิดยุติการฝึกอบรม (มากที่สุด)	
ความเครียดจากงาน	73 (38.0)
ปัญหากับผู้ร่วมงาน	20 (10.4)
ลักษณะงานไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (life style)	12 (6.2)
ปัญหาด้านสุขภาพของครอบครัว	11 (5.7)
ความกดดันเรื่องเวลาในการทำงาน	9 (4.7)
อดนอน พักผ่อนไม่เพียงพอ	9 (4.7)
ลักษณะงานไม่ตรงตามความถนัด	7 (3.6)
ปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง	7 (3.6)
ขาดความมั่นใจในตนเอง	6 (3.1)
การทำวิจัย	5 (2.6)
การต้องหมุนเวียนไปสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาที่เลือกเรียน	4 (2.1)
รายได้ไม่เหมาะสม	3 (1.6)
โอกาสเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	1 (0.5)
ความประสงค์ของบิดามารดา หรือครอบครัว	1 (0.5)
มีสาขาที่ชอบมากกว่า	1 (0.5)
ความเครียดจากอาจารย์ผู้สอน	1 (0.5)
คิดถึงบ้าน	1 (0.5)
ไม่ตอบ	21 (10.9)
หากมีการยุติการฝึกอบรม สิ่งที่จะคิดจะทำต่อไป	
ลาออกจากงานเดิม แต่ยังคงทำเวชปฏิบัติ (เป็นแพทย์) ต่อไป	69 (35.9)
ยังไม่ได้วางแผน	64 (33.3)
กลับไปทำงานต้นสังกัดเดิมหรือที่ทำงานเดิม	15 (7.8)
ลาออกจากงานเดิมเปลี่ยนไปทำงานด้านอื่นที่ไม่ใช่แพทย์	14 (7.3)
เรียนต่อแพทย์เฉพาะทางในสาขาอื่น	12 (6.2)
เปลี่ยนหรือย้ายต้นสังกัด	5 (2.6)
เรียนต่อแพทย์เฉพาะทางในต่างประเทศ	5 (2.6)
ไม่ตอบ	8 (4.2)

อย่างไรก็ตามเมื่อดูในภาพรวมทั้งหมดพบว่า ภาควิชาที่มีอัตราจำนวนแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน คิดยุติการฝึกอบรมสูงสุด 5 ภาควิชา คือ วิสัญญีวิทยา ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา สดศ คอ นาสิก และ กุมารเวชศาสตร์ (รูปที่ 2) โดยสาเหตุที่ทำให้มีความคิดยุติการฝึกอบรมในระดับมากคือ ความเครียดจาก

งาน (ร้อยละ 38.0) และมีปัญหากับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 10.4) ทั้งนี้หากแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านมีการยุติการฝึกอบรม ร้อยละ 35.9 จะยังคงทำงานเวชปฏิบัติต่อไป ในขณะที่ ร้อยละ 33.3 ยุติการฝึกอบรมโดยไม่มีการวางแผนอนาคต (ตารางที่ 2)



รูปที่ 1 แสดงความคิดยุติการฝึกอบรมจำแนกตามภาควิชา row percent (คิดร้อยละจาก n ในแต่ละภาค)
หมายเหตุ ภาคอื่นๆ ได้แก่ ประสาทวิทยา พยาธิวิทยา ระบาดวิทยา วิศวกรรมชีวการแพทย์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา เวชศาสตร์ป้องกัน
เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเวชศาสตร์ชุมชน



รูปที่ 2 แสดงความคิดยุติการฝึกอบรมจำแนกตามภาควิชา column percent (คิดร้อยละจาก n=192)
หมายเหตุ ภาคอื่นๆ ได้แก่ ประสาทวิทยา พยาธิวิทยา ระบาดวิทยา วิศวกรรมชีวการแพทย์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา เวชศาสตร์ป้องกัน
เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเวชศาสตร์ชุมชน

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการยุติการฝึกอบรม

ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน มีความคิดยุติการฝึกอบรมในระดับมากคือ ความเครียด
จากงาน ในขณะที่ปัจจัยด้านรายได้ ความประสงค์ของ

บิดาหรือครอบครัวต่อการเป็นแพทย์เฉพาะทาง หรือมี
ความต้องการเพียงแค่จบแพทย์เพิ่มพูนทักษะนั้น เป็น
ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดยุติการฝึกอบรมน้อย (ตาราง
ที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนของแต่ละปัจจัยที่อาจทำให้มีความคิดยุติการฝึกอบรม (n=186)

	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความเครียดจากงาน	3.57	1.08	มาก
ลักษณะงานไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (life style)	3.03	1.09	ปานกลาง
ปัญหาเกี่ยวกับร่วมงาน	2.89	1.19	ปานกลาง
ความกดดันเรื่องเวลาในการทำงาน	3.09	1.10	ปานกลาง
ขาดความมั่นใจในตนเอง	2.62	1.03	ปานกลาง
ลักษณะงานไม่ตรงตามความถนัด	2.53	1.06	ปานกลาง
โอกาสเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	2.51	1.06	ปานกลาง
ปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง	2.59	1.29	ปานกลาง
อดนอน พักผ่อนไม่เพียงพอ	2.92	1.19	ปานกลาง
ปัญหาด้านสุขภาพของครอบครัว	2.53	1.18	ปานกลาง
การทำวิจัย	2.54	1.10	ปานกลาง
รายได้ไม่เหมาะสม	2.33	0.99	น้อย
การต้องหมุนเวียนไปสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาที่เลือกเรียน	1.90	0.97	น้อย
ความประสงค์ของบิดามารดา หรือครอบครัว	1.83	0.88	น้อย
ต้องการเรียนจบเพียงแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (intern)	1.69	0.89	น้อย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดยุติการฝึกอบรมกับข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดยุติการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชั้นปีที่กำลังศึกษา (p-value < 0.001) โดยพบว่า ชั้นปีที่ 3 มีสัดส่วนความคิดยุติการฝึกอบรมมากกว่าชั้นปีอื่น ส่วนปัจจัยอื่นๆ (ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย สถานภาพ

สมรส และต้นสังกัด) นั้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดยุติการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรสาขาหรือภาควิชาที่ฝึกอบรมไม่สามารถนำมาหาความสัมพันธ์ทางสถิติได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในบางภาควิชาชั้นปีจำนวนไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความคิดยุติการฝึกอบรมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=192)

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดยุติการฝึกอบรม		Chi P-value
	ไม่มี (n=97)	มี (n=95)	
เพศ			0.232
ชาย	45 (46.4)	35 (36.8)	
หญิง	52 (53.6)	60 (63.2)	
เกรดเฉลี่ยสะสม			0.501
2.00-3.00	18 (20)	11 (13.4)	
3.01-3.50	50 (55.6)	48 (58.5)	
3.51-4.00	22 (24.4)	23 (28.0)	
สถานภาพสมรส			0.948 ^a
โสด	84 (86.6)	81 (85.3)	
สมรส	10 (10.3)	10 (10.5)	
มีคู่แต่ยังไม่สมรส	3 (3.1)	4 (4.2)	
สังกัด			0.451
แพทย์ใช้ทุน	76 (78.4)	69 (72.6)	
แพทย์ประจำบ้าน	21 (21.6)	26 (27.4)	
ชั้นปีที่กำลังศึกษา			< 0.001
1	36 (37.1)	9 (9.5)	
2	28 (28.9)	25 (26.3)	
3	18 (18.6)	40 (42.1)	
4	11 (11.3)	17 (17.9)	
5	4 (4.1)	4 (4.2)	

^aFisher's exact test

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า เหตุผลสำหรับการเลือกศึกษาในสาขาต่างๆ ของแพทย์ใช้ทุนแพทย์ประจำบ้าน อันดับแรกคือ ความชอบส่วนตัว (ร้อยละ 87.0) รองลงมาคือ ความประทับใจในอาจารย์ หรือ การทำงาน (ร้อยละ 30.2 และ 28.1 ตามลำดับ) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ อย่างไรก็ตาม หลังจากที่แพทย์เข้ารับการฝึกอบรมในสาขาที่ตนเองสนใจแล้วนั้น กลับพบว่า ความเครียดจากการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญในระดับมาก ที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านมีความยุติธรรม²⁻⁷ โดยเฉพาะในช่วงชั้นปีที่ 1 และ 2 (ร้อยละ 45.3 และ 43.2 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นช่วงชั้นปีที่เริ่มมีความยุติธรรม ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 45.8 และ 41.4 ของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านมีความยุติธรรมในขณะที่อยู่ชั้นปีที่ 1 และ 2⁸ จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความยุติธรรมฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) คือ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ซึ่งอาจสะท้อนถึงปัจจัยด้านองค์ความรู้ ความสามารถในการในสาขาวิชาที่เลือกเรียน หรือ ปัจจัยด้านการปรับตัว¹⁴⁻¹⁷

นอกจากปัจจัยด้านองค์ความรู้แล้วนั้น ปัจจัยภายในจิตใจของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน โดยเฉพาะการขาดปัจจัยพื้นฐานในชีวิต (basic needs) ตัวอย่างเช่น รู้สึกไม่มั่นคง และไม่มีความปลอดภัยในขณะที่ฝึกอบรม ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดทักษะในการปรับตัว หรือ แก้ปัญหาชีวิต และจัดการกับความเครียด รวมทั้งมีปัญหาต่อการเผชิญหน้ากับผู้มีอำนาจ (authority)¹³ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการยุติธรรมฝึกอบรม ทั้งนี้เนื่องมาจากผลการสัมภาษณ์แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านจำนวน 5 ราย ที่ยุติธรรมฝึกอบรมพบว่า สภาพการทำงานที่แตกต่างจากความคาดหวัง มีความตึงเครียด ถูกกล่าวหาหรือถูกตำหนิ ถูกกดดัน ถูกคุกคามจากผู้ที่มีอำนาจทำให้รู้สึกไม่มีความปลอดภัย สูญเสียตัวตน และชีวิตไม่มั่นคง

เป็นปัจจัยสำคัญในระดับมากที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านกลุ่มดังกล่าวตัดสินใจยุติการฝึกอบรม ดังจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ด้านลบของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยุติการฝึกอบรม ดังนั้นในกระบวนการฝึกอบรมควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ทำให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านมีความรู้สึกปลอดภัยและมีความสุขในการเรียนรู้ และเกิดอารมณ์ด้านบวก นอกจากนี้ในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน ควรมีการบูรณาการเฝ้าระวัง ดูแล เยียวยา และปรับประคองจิตใจแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน²¹⁻²⁴ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาด้านการทำงาน และในกลุ่มช่วงชั้นปีที่ 1 และ 2 ทั้งนี้เนื่องมาจากในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านต้องเผชิญหน้ากับปัญหาการปรับตัวต่อสภาพการทำงานที่แตกต่างไปจากเดิม นอกจากนี้ ความรับผิดชอบที่ต้องมีมากขึ้นอาจทำให้เกิดความกังวล กลัวเกิดความผิดพลาดในการทำงาน จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดในจิตใจตามมา ซึ่งนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านนั้นเกิดความยุติธรรมฝึกอบรมในอันดับต้นๆ

จากการศึกษา พบว่า ชั้นปีที่ 3 มีสัดส่วนความยุติธรรมฝึกอบรมสูงกว่าชั้นปีอื่น อาจจะเป็นเนื่องมาจากผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนมากกว่าแพทย์ประจำบ้าน การศึกษาในชั้นปีที่ 3 ของแพทย์ใช้ทุน จะเทียบเท่าการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 2 ของสาขาวิชานั้นๆ ซึ่งจัดว่าเป็นช่วงกลางของหลักสูตร ผู้เข้ารับการฝึกอบรมน่าจะปรับตัวให้เข้ากับสาขาวิชาที่เรียนได้แล้ว แต่อาจจะพบกับแรงกดดันในเรื่องความคาดหวังทั้งในด้านความรู้และทักษะวิชาชีพในสาขานั้นๆ เพิ่มขึ้น ทั้งจากตนเองและจากอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม นอกจากนั้น อาจจะต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการเป็นผู้ช่วยอาจารย์ หรือรุ่นพี่ในการสอนหรือถ่ายทอดความรู้ให้แก่แพทย์รุ่นน้องที่มารับการฝึกอบรม ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงานได้เช่นกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาในภาคตัดขวาง ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง นอกจากนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มแพทย์ใช้ทุนแพทย์ประจำบ้านที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ อาจทำให้มี reporting bias ได้ ถึงแม้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการฝึกอบรมในสถาบันได้ แต่อาจนำไปใช้ในสถาบันอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันไม่ได้ รวมทั้งร้อยละ 49.2 ของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อาจเป็นกลุ่มแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่มีปัญหา หรือมีความคิดอยากยุติการฝึกอบรม ดังนั้นสัดส่วนของแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่มีความคิดยุติการฝึกอบรมในการศึกษานี้ อาจไม่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีความต่ำกว่าความเป็นจริง รวมทั้งเหตุผลที่คิดยุติการฝึกอบรมที่ได้จากการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนปัญหาที่เป็นจริงทั้งหมด

ข้อเสนอแนะของการทำงานวิจัยต่อไปคือการศึกษารองรับปัจจัยป้องกัน (preventive factors) ที่ช่วยให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านมีความสามารถในการฝึกอบรมต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาในกลุ่มแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่ยุติการฝึกอบรมอย่างลงลึก

สรุป

เหตุผลหลักที่แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านเลือกศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางคือ ความชอบส่วนตัว และปัจจัยที่แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านคิดยุติการฝึกอบรมคือ มีความเครียดจากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B, et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. *Acad Med* 1990; 65:

207-10.

2. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002; 136: 384-90.
3. Levey RE. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med* 2001; 76: 142-50.
4. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ* 2005; 5:21. doi: 10.1186/1472-6920-5-21
5. Haoka T, Sasahara S, Tomotsune Y, Yoshino S, Maeno T, Matsuzaki I. The effect of stress-related factors on mental health status among resident doctors in Japan. *Med Educ* 2010; 44: 826-34.
6. Aufses AH, Slater GI, Hollier LH. The nature and fate of categorical surgical residents who "drop out" *Am J Surg* 1998; 175: 236-9.
7. Yao DC, Wright SM. The challenge of problem residents. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 486-92.
8. Gifford E, Galante J, Kaji AH, Nguyen V, Nelson MT, Sidwell RA, et al. Factors associated with general surgery residents' desire to leave residency programs: a multi-institutional study. *JAMA Surg* 2014; 149: 948-53.
9. Hillhouse JJ, Adler CM, Walters DN. A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study. *Psych Health Med* 2000; 5: 63-73.
10. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-9.

11. West CP, Tans AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA 2009; 302: 1294-300.
12. Kelner M, Rosenthal C. Postgraduate medical training, stress and marriage. Can J Psychiatry 1986; 31: 22-4.
13. Myers MF. Marital distress among resident physicians. CMAJ 1986; 134: 117-8.
14. Vanlneveld CH, Cook DJ, Kane SL, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residency. J Gen Intern Med 1996; 11: 401-5.
15. Balon R, Mufti R, Williams M, Riba M. Possible discrimination in recruitment of psychiatry residents? Am J Psychiatry 1997; 154: 1608-9.
16. Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. Ann Intern Med 1994; 120: 609-14.
17. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. N Engl J Med 1998; 339: 1986-93.
18. Satayasai W, Singalavanija S, Noipayak P. Factors affect decision making in the field of residency training. Thammasat Med J 2014; 14: 528-36. Thai.
19. Prasertsiri K, Suntharasaj T, Pitanupong J. Mental health of residents during obstetrics and gynecology training in Thailand. J Med Assoc Thai 2006; 89: 269-74.
20. Tengtrisorn S, Sangkool J, Preechar Y, Suntharasaj T, Korputtapornchai J, Jitsophon S. Quality of life of medical residents in Songklanagarind hospital. Songklanagarind Med J 2013; 31: 281-6. Thai.
21. Quill TE, Williamson PR. Healthy approaches to physician stress. Arch Intern Med 1990; 150: 1857-61.
22. Siegel B, Donnelly JC. Enriching personal and professional development: the experience of a support group for interns. J Med Educ 1978; 53: 908-14.
23. Brashear DB. Support groups and other supportive efforts in residency programs. J Med Educ 1987; 62: 418-24.
24. Reuben DB, Noble S. House officer responses to impaired physicians. JAMA 1990; 263:958-60.