



ลักษณะวิชาชีพและความเครียดทางจิตใจ ของแพทย์ไทย

ปิ่นมาดา ลิฬหานาจ กศ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) ระดับของความเครียดจากการทำงาน (job stress) ความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) และความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (job-personal life conflict) ของแพทย์ไทย ศึกษาความต่างของทัศนคติที่มีต่อการทำงานระหว่างแพทย์ภาครัฐกับเอกชน และแพทย์ในกรุงเทพฯ กับต่างจังหวัด รวมถึงหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดจากการทำงานและความเครียดทางจิตใจของแพทย์ไทย

วิธีการศึกษา สุ่มตัวอย่างจากแพทย์ทั่วประเทศทุกสาขา โดยให้ตอบแบบสอบถาม (self-report questionnaires) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ 1) ข้อมูลทางประชากร 2) ทัศนคติที่มีต่องานและเกี่ยวข้องกับงานในด้านต่าง ๆ ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และ 3) แบบวัดความเครียดทางจิตใจ Thai GHQ - 28 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ วิเคราะห์โดยใช้ path analysis

ผลการศึกษา แพทย์ไทยมีความเครียดทางจิตใจเท่ากับ 0.09 คะแนน มีความเครียดจากการทำงาน 4.54 คะแนน สาขาที่มีคะแนนความเครียดสูงสุดคือศัลยกรรม สาขาที่มีคะแนนความเครียดต่ำสุดคือจิตเวช จักษุ และโสต ศอ นาสิก มีความพึงพอใจในการทำงานโดยรวม 6.28 คะแนน มีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว 5.33 คะแนน จาก path analysis พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดจากการทำงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ลักษณะงาน (job characteristics) (-.357) องค์กรและนโยบาย (organization and policy) (-.286) และความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (.202) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการทำงานมากเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ องค์กรและนโยบาย (.321) และความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (-.229) ในขณะที่ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กันสูงกับความเครียดทางจิตใจ (.421) แพทย์ภาครัฐมีความเครียดจากการทำงานและความเครียดทางจิตใจสูงกว่าแพทย์เอกชน แพทย์เอกชนมีความพึงพอใจในการทำงานมากกว่าแพทย์รัฐ ในขณะที่ความเครียดจากการทำงานและความเครียดทางจิตใจของแพทย์กรุงเทพฯ กับต่างจังหวัดไม่แตกต่างกัน โดยแพทย์ในกรุงเทพฯ มีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าแพทย์ในต่างจังหวัด

สรุป แพทย์ไทยมีความเครียดทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติมีความเครียดจากการทำงานในระดับปานกลาง มีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในการทำงานในระดับปานกลาง

คำสำคัญ ความเครียดจากการทำงาน ความเครียดทางจิตใจ สุขภาพจิตของแพทย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(3): 215-226

* คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



Professional Characteristics and Psychological Stress among Physicians in Thailand

Pinmada Leelahanaj M.Ed*

Abstract

Objective: To study psychological stress, job stress, job satisfaction and job-personal life conflict of Thai physicians, study differences of attitudes towards the job between physicians in public and private organizations, and physicians in Bangkok and other provinces, and search for correlation between factors which affected job stress and psychological stress among Thai physicians.

Method: Samples were randomly taken from physicians throughout the country and in all fields by having those physicians answer self-reported questionnaires. The questionnaires comprised 3 main parts; 1) demographic data 2) attitudes towards the job and other aspects related to the job both qualitative and quantitative, and 3) THAI GHQ-28 psychological stress test. The search for correlation between factors was analyzed by using path analysis.

Result: Thai physicians had psychological stress at 0.09 points and job stress at 4.54 points. The field with highest points for stress was surgery and the fields with lowest points were psychiatry, ophthalmology and otolaryngology. The overall job satisfaction was at 6.28 points, and job-personal life conflict was at 5.33 points. From analyzing correlation using path analysis, it was found that the top 3 factors which affected job stress the most were job characteristics (-.357), organization and policy (-.286) and job-personal life conflict (.202). Factors which affected job satisfaction the most were organization and policy (.321) and job-personal life conflict (-.229). The correlation between job stress and psychological stress was quite high (.421). Physicians in public organizations had higher job stress and psychological stress than physicians in private organizations. Physicians in private organizations had higher job satisfaction than physicians in public organizations. Job stress and psychological stress of physicians in Bangkok and in other provinces were not different. Physicians in Bangkok had higher job satisfaction than physicians in other provinces.

Conclusion: Thai physicians have psychological stress at a normal level; job stress at a moderate level; job-personal life conflict in a moderate level; and job satisfaction at a moderate level.

Keywords: job stress, psychological stress, mental health of physician

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(3): 215-226

* School of Applied Statistics, National Institute of Development Administration

บทนำ

อาชีพที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศและองค์การอนามัยโลกว่าเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงคืออาชีพแพทย์¹⁻⁵ เนื่องจากมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานต่อวันและต่อสัปดาห์ ปริมาณคนไข้ที่มีจำนวนมาก งานวิจัย งานสอน งานด้านบริหารที่แพทย์ต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง ความคาดหวังจากคนไข้ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การถูกฟ้องร้อง ฯลฯ เหล่านี้เป็นเหตุให้ความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์ต่ำ และเกิดความเครียดในการทำงานในที่สุด^{6,7} ยิ่งไปกว่านั้น ความเครียดจากการทำงานนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง การติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ การศึกษาอัตราการตายและบาดเจ็บเนื่องมาจากการพยายามฆ่าตัวตายในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 70 เกิดขึ้นในกลุ่มอาชีพแพทย์⁸ ส่วนการศึกษาในออสเตรเลียพบว่า แพทย์ที่มีอาการติดยาเสพติดและสารเสพติดมีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพอื่น⁹

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) ระดับของความเครียดจากการทำงาน (job stress) ความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) และความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (job-personal life conflict) ของแพทย์ไทยโดยรวมและของแพทย์แต่ละสาขา
- 2) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการทำงาน และความเครียดทางจิตใจระหว่างแพทย์ภาครัฐกับเอกชน และระหว่างแพทย์ในกรุงเทพฯ กับต่างจังหวัด
- 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดทางจิตใจของแพทย์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ความพึงพอใจในการทำงาน และความเครียดจากการทำงาน

วิธีการการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional study) เชิงอนุमानและเชิงพรรณนา ทำการสำรวจแพทย์ทั่วประเทศ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ convenience sampling โดยติดต่อผ่านบริษัทฯ ให้เป็นผู้กระจายแบบสอบถามและรวบรวมกลับคืนภายในห้วงเวลาที่กำหนดคือระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2552

ประชากรเป้าหมาย คือแพทย์เฉพาะทางในสังกัดภาครัฐและภาคเอกชนทั่วประเทศ โดยแบ่งเป็นสาขาหลัก (major ward) ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม กับสาขารอง (minor ward) ได้แก่ จิตเวช ออร์โธปิดิกส์ จักษุ โสต ศอ นาสิก เวชปฏิบัติทั่วไป และอื่น ๆ (เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยาลัยพยาบาล และ รังสีวิทยา)

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ไม่รวมผู้ที่ถูกเพิกถอนและแพทย์ที่เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนทั้งสิ้น 28,920 คน แต่มีแพทย์ในสังกัดองค์กรของรัฐรวมทั้งสิ้น 21,106 คน¹⁰ โดยผู้วิจัยต้องการสุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มร้อยละ 5 (คือ 0.05) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร $n = N/(1+Ne^2)$ ได้ขนาดตัวอย่าง 395 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามชนิด self administered questionnaires ทั้งแบบสเกล และแบบคำถามปลายเปิด โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนหลักๆ คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทางประชากร เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ปฏิบัติงานในเขตเมืองหรือต่างจังหวัด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 10 โดยคะแนน 1 หมายถึงไม่พึงพอใจมากที่สุด หรือเครียดน้อยที่สุด คะแนน 10 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุดหรือเครียดมากที่สุด

2.1 ลักษณะงาน (job characteristics) ข้อคำถาม เช่น ชั่วโมงการทำงาน ปริมาณงาน รายได้ความเป็นอิสระในการทำงาน การได้พัฒนาความรู้ความสามารถ เป็นต้น

2.2 ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (interpersonal relation at work) คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่เป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เป็นต้น

2.3 องค์กรและนโยบาย (organization and policy) คำถามเกี่ยวข้องกับภาระงานหนักจากองค์กรในการทำงาน การฟ้องร้อง ลักษณะงานมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือไม่ องค์กรมีความยุติธรรมหรือไม่ ทัศนคติต่อองค์กรและระบบสาธารณสุขไทย เป็นต้น

2.4 ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ข้อคำถามจะเกี่ยวเนื่องกับเวลาส่วนตัวของแพทย์ว่ามีเพียงพอหรือไม่ มีเวลาให้ครอบครัวหรือไม่ ลักษณะงานที่ทํารอบกว่นชีวิตส่วนตัวหรือไม่ รวมถึงครอบครัวได้รับผลกระทบจากงานหรือไม่ เป็นต้น

2.5 ความพึงพอใจในการทำงาน คำถามที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานโดยรวมของแพทย์ในแง่ของมาตรฐานการดูแลรักษา ภาระงาน รายได้ เป็นต้น

2.6 ความเครียดจากการทำงาน ข้อคำถามว่ามีเครียดจากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ และมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ความสนใจในงาน รวมถึงความคิดที่จะลาออกหรือไม่

2.7 การวางแผนการทำงานในอนาคต เป็นคำถามให้ตอบแบบอิสระเกี่ยวกับแผนอนาคตเรื่องงานว่ามีแนวโน้มจะลาออก/จะลาออกภายในกี่ปี ความรู้สึกที่มีต่อนโยบายขององค์กรที่ผู้ตอบทำงานอยู่ และความรู้สึกต่อระบบสาธารณสุขไทย เป็นต้น

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินความเครียดทางจิตใจด้วยแบบวัดความเครียด Thai GHQ-28 ที่พัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ¹¹ ซึ่งมีค่าความเชื่อถือได้และ

ความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 การให้คะแนนของ GHQ-28 ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) descriptive statistics ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับข้อมูลด้านประชากร ความเครียดทางจิตใจ ความเครียดจากการทำงาน ของแพทย์ทั่วประเทศ แพทย์ภาครัฐกับเอกชน และแพทย์ในกรุงเทพฯ กับต่างจังหวัด และ 2) inferential statistics ซึ่งใช้ factor analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรและแบ่งกลุ่มตัวแปร และใช้ path analysis เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ สำหรับ t-test ใช้เพื่อเปรียบเทียบแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลกับเอกชน และแพทย์ในกรุงเทพฯ กับแพทย์ในต่างจังหวัด

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากร

แบบสอบถามที่ตอบกลับมามีจำนวน 439 ชุด คิดเป็นร้อยละ 71.38 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือแพทย์ไทยในทุกสาขาทั้งที่ทำงานประจำในเขตกรุงเทพฯ และเขตต่างจังหวัด จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีเพศชาย 253 คน (ร้อยละ 57.63) หญิง 186 คน (ร้อยละ 42.37) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-35 ปี (ร้อยละ 28.93) มีสถานภาพโสด 243 คน (ร้อยละ 55.35) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพฯ 273 คน (ร้อยละ 62.19) และต่างจังหวัด 166 คน (ร้อยละ 37.18) ภาครัฐ 367 คน (ร้อยละ 83.59) และภาคเอกชน 72 คน (ร้อยละ 16.40)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (N=439)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	253	57.63
	หญิง	186	42.37
อายุ	< 30 ปี	94	21.41
	30-35 ปี	127	28.93
	36-40 ปี	91	20.73
	41-45 ปี	53	12.07
	46-50 ปี	29	6.61
	51- 55 ปี	22	5.01
> 55 ปี	23	5.24	
สถานภาพสมรส	โสด	243	55.35
	สมรส	186	42.37
	หย่า/หม้าย	10	2.28
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ ฯ	273	62.19
	ต่างจังหวัด	166	37.81
สังกัด	รัฐบาล	367	83.60
	เอกชน	72	16.40

ความพึงพอใจในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ความขัดแย้งระหว่างงานชีวิตส่วนตัว และความเครียดทางจิตใจ

ก. แพทย์แต่ละสาขา

ความพึงพอใจในการทำงาน คะแนนเฉลี่ยของแพทย์ทุกสาขาทั่วประเทศคือ 6.28 (คะแนน 1-10) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยแพทย์กลุ่มที่มีความพึงพอใจในการทำงานมากที่สุดคือแพทย์สาขากุมารเวชกรรม (6.84) และต่ำสุดคือสาขาออโรโอดิกส์ (5.65) ถือว่าเป็นคะแนนค่อนข้างต่ำ

ความเครียดจากการทำงาน คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการทำงานโดยรวมของแพทย์ทุกสาขาทั่วประเทศอยู่ในระดับปานกลางคือ 4.54 โดยแพทย์

สาขาศัลยกรรมมีคะแนนสูงสุดคือ 5.45 และสาขาจิตเวชมีคะแนนต่ำสุดคือ 3.62

ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกสาขามีค่าเท่ากับ 5.33 (คะแนน 1-10) จัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยแพทย์สาขาศัลยกรรมมีค่าเฉลี่ยความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวมากที่สุด (6.30) รองลงมาคือออโรโอดิกส์ (5.88) และแพทย์สาขาอื่น ๆ (5.67) ส่วนสาขาที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (4.90)

ความเครียดทางจิตใจ ค่าเฉลี่ยโดยรวมของแพทย์ทั่วประเทศทุกสาขา ณ ปัจจุบันมีค่าความเครียดทางสุขภาพจิตที่ 0.09 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และหากพิจารณาในแต่ละสาขาจะพบว่าแพทย์ทุกสาขาอยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นกัน (ตารางที่ 2)

ข. แพทย์ภาครัฐกับแพทย์เอกชน

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแพทย์ภาครัฐกับเอกชนดังนี้คือ แพทย์รัฐมีความพึงพอใจในการทำงานต่ำกว่าแพทย์เอกชน (6.11 เทียบกับ 7.15, $p < 0.001$) แพทย์ภาครัฐมีความเครียดจากการทำงานสูงกว่าภาคเอกชน (4.71 เทียบกับ 3.64, $p < 0.001$) และความเครียดทางจิตใจของแพทย์ภาครัฐสูงกว่าแพทย์เอกชน (1.74 เทียบกับ 1.58, $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์เอกชนมีทัศนคติที่ดีต่อ 1) ลักษณะงาน 2) ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน และ 3) องค์กรและนโยบาย มากกว่าแพทย์รัฐอย่างมีนัยสำคัญ (รูปที่ 1)

หากจำแนกตามสาขาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังนี้คือ แพทย์โรงพยาบาลเอกชน สาขาอายุรกรรม ออโรโอดิกส์ จักษุ โสต ศอ นาสิก จิตเวช เวชปฏิบัติทั่วไป และสาขาอื่นๆ มีทัศนคติที่ดีต่อลักษณะงานมากกว่าแพทย์สาขาเดียวกันที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้ แพทย์สาขาอายุรกรรม สูตินรีเวช และจิตเวช ในโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจในการทำงานมากกว่าแพทย์สาขาเดียวกันที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (SD) ความพึงพอใจในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และความเครียดทางจิตใจ ของแพทย์แต่ละสาขา

แพทย์สาขา	ความพึงพอใจในการทำงาน		ความเครียดจากการทำงาน		ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว		ความเครียดทางจิตใจ	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
อายุรกรรม	6.01	0.153	5.14	0.227	5.50	1.47	0.11	0.019
ศัลยกรรม	6.01	0.211	5.45	0.268	6.30	1.47	0.16	0.034
สูติรีเวชกรรม	6.68	0.275	4.29	0.455	5.33	0.67	0.10	0.040
กุมารเวชกรรม	6.84	0.298	4.46	0.386	5.25	1.52	0.06	0.020
จิตเวช	6.61	0.298	3.62	0.304	4.95	1.58	0.09	0.029
ออโรโอบิดิกส์	5.65	0.288	4.52	0.325	5.88	1.32	0.05	0.017
จักษุ โสต ศอ นาสิก	6.61	0.298	3.62	0.304	4.95	1.69	0.09	0.029
เวชปฏิบัติทั่วไป	6.01	0.217	4.55	0.286	4.90	1.73	0.06	0.016
อื่น ๆ	5.81	0.304	5.30	0.390	5.67	0.97	0.11	0.032
รวม	6.28	1.526	4.54	2.055	5.33	1.56	0.09	0.163

ในเรื่องขององค์กรและนโยบายพบว่า แพทย์โรงพยาบาลเอกชนสาขาอายุรกรรม ออโรโอบิดิกส์ จักษุ และโสต ศอ นาสิก มีความรู้สึกที่ดีต่อนโยบายต่างๆ มากกว่าแพทย์สาขาเดียวกันที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ส่วนแพทย์สาขาออโรโอบิดิกส์ในโรงพยาบาลรัฐมีความเครียดจากการทำงานมากกว่า และมีความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานและคนไข้) แย่กว่าแพทย์สาขาออโรโอบิดิกส์โรงพยาบาลเอกชน

ค. แพทย์ในกรุงเทพฯกับแพทย์ต่างจังหวัด

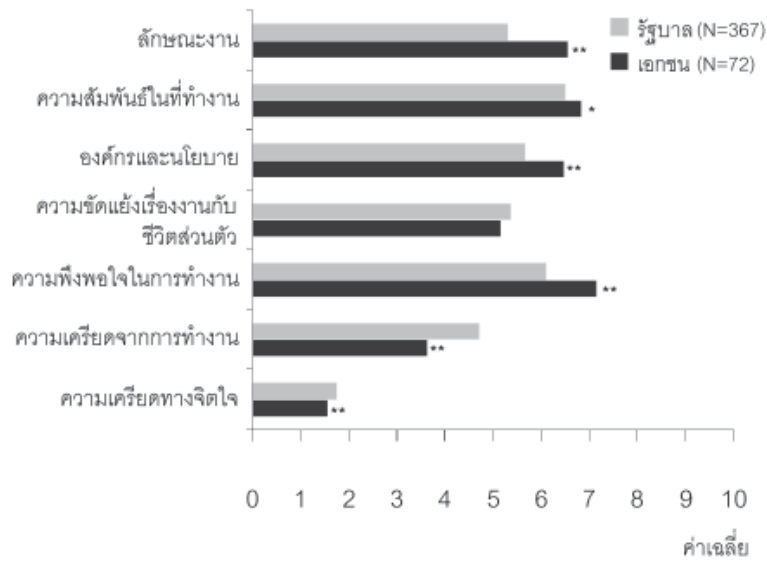
แพทย์ในกรุงเทพฯมีความพึงพอใจในการทำงาน (6.40) สูงกว่าแพทย์ต่างจังหวัด (6.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ความเครียดจากการทำงานและความเครียดทางจิตใจไม่มีความแตกต่างระหว่างแพทย์ในกรุงเทพฯและแพทย์ต่างจังหวัด และยังพบว่า แพทย์กรุงเทพฯมีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนร่วมงานและมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายขององค์กรและนโยบายภาครัฐมากกว่าแพทย์ต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญ (รูปที่ 2)

เมื่อแยกแพทย์ตามสาขาพบว่า แพทย์สาขาศัลยกรรมในกรุงเทพฯมีความเครียดจากการทำงานและมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่าศัลยแพทย์ต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ศัลยแพทย์กรุงเทพฯมีความพึงพอใจในการทำงานต่ำกว่าและความรู้สึกที่ดีต่อองค์กรและนโยบายแย่กว่าศัลยแพทย์ต่างจังหวัด

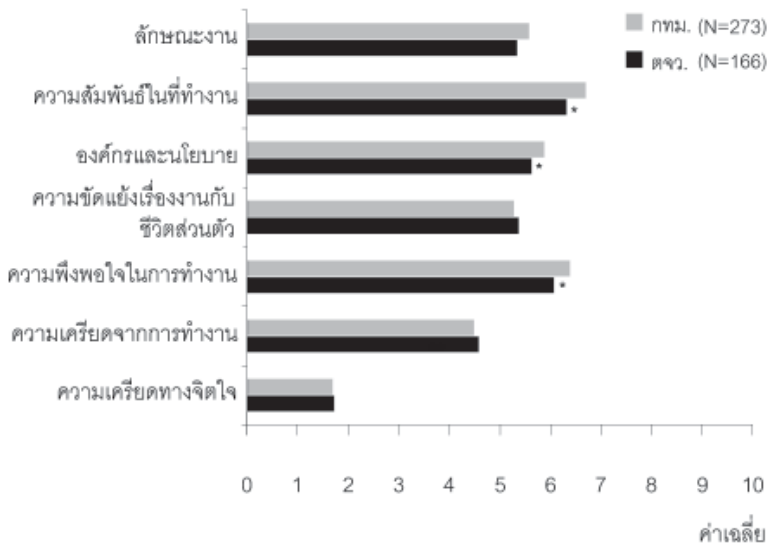
แพทย์ในกรุงเทพฯสาขากุมารเวชมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าและพอใจในองค์กรและนโยบายมากกว่ากุมารแพทย์ในต่างจังหวัด ในขณะที่จิตแพทย์ในกรุงเทพฯจะมีความพอใจในเรื่องขององค์กรและนโยบายสูงกว่าจิตแพทย์ในต่างจังหวัด

Path analysis

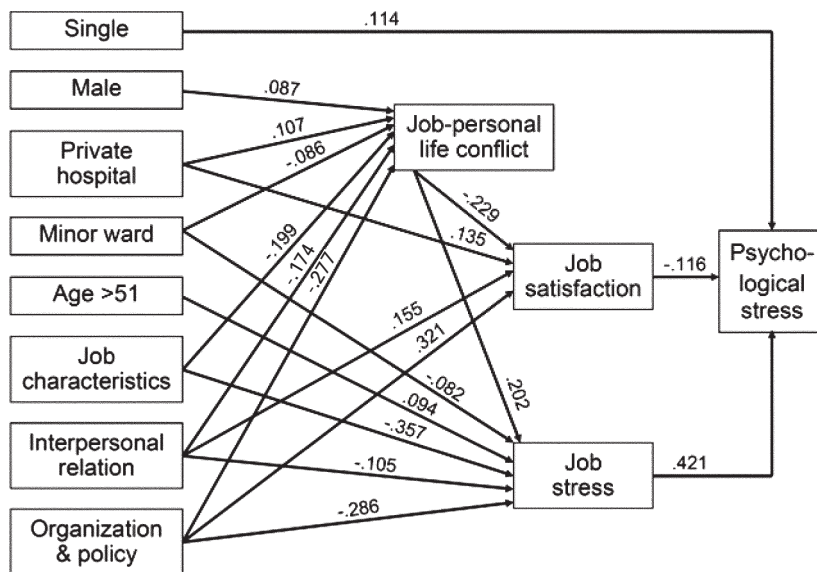
จาก path analysis (รูปที่ 3) พบว่า แพทย์โสตและหยาร้างมีความเครียดสูงกว่าแพทย์ที่สมรส แพทย์ชายมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่า แพทย์หญิง และแพทย์ที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไปมีความเครียดจากการทำงานสูงกว่าแพทย์ที่มีอายุต่ำกว่า 51 ปี



รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และความเครียดทางจิตใจ ระหว่างแพทย์ภาครัฐกับภาคเอกชน
*p<0.05; **p<0.001



รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และความเครียดทางจิตใจ ระหว่างแพทย์ในกรุงเทพฯ กับแพทย์ต่างจังหวัด
*p<0.05



รูปที่ 3 Path analysis ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ลักษณะงาน ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ลักษณะองค์กรและนโยบาย กับ ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ความพึงพอใจในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และความเครียดทางจิตใจ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์มี 10 ปัจจัยโดยเป็น direct effect 4 ปัจจัยและ indirect effect 6 ปัจจัย รวม total effect ทั้งสิ้น 0.377 สามารถเรียงลำดับดังนี้ 1) องค์กรและนโยบายที่ดี สามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานของแพทย์ได้ (ค่า direct effect = 0.321) 2) ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวต่ำจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานของแพทย์ให้สูงขึ้น (-0.229) 3) ความสัมพันธ์ในที่ทำงานที่ดี ทำให้ความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น (0.155) และ 4) แพทย์ที่ทำงานที่ ร.พ. เอกชนมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าแพทย์ที่ทำงาน ร.พ. รัฐบาล (0.135) นอกจากนี้ ความพึงพอใจในการทำงานส่งผลโดยตรงกับความเครียด กล่าวคือ ถ้ามีความพึงพอใจในการทำงานสูง จะสามารถลดความเครียดทางจิตใจของแพทย์ได้ (-0.116)

มี 6 ตัวแปรที่ส่งผล direct effect และอีก 6 ตัวแปรที่ส่งผล indirect effect ต่อความเครียดจากการทำงาน

รวม total effect ทั้งสิ้น 0.501 เรียงลำดับดังนี้ 1) ลักษณะงานที่ดีจะลดความเครียดจากการทำงานของแพทย์ได้ (ค่า direct effect = -0.357) 2) องค์กรและนโยบายที่ดี สามารถลดความเครียดจากการทำงาน (-0.286) 3) ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวทำให้ความเครียดจากการทำงานเพิ่มขึ้น (0.202) 4) ความสัมพันธ์ในที่ทำงานที่ดีจะลดความเครียดจากการทำงาน (-0.105) 5) อายุมากกว่า 51 ปีมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าอายุต่ำกว่า 51 (0.094) และ 6) แพทย์สาขารองมีความเครียดจากการทำงานต่ำกว่าแพทย์สาขาหลัก (-0.082) ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความเครียดทางจิตใจของแพทย์มากที่สุด (0.421)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวเป็นปัจจัยที่สำคัญ กล่าวคือ หากแพทย์มีองค์กรและนโยบายองค์กรที่ดี (ค่า direct effect = -0.277) ลักษณะงานที่ดี (-0.199) และความสัมพันธ์ใน

ที่ทำงานที่ดี (-0.174) จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวลงได้ นอกจากนี้ ความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวยังได้ส่งผลกระทบต่อความเครียดจากการทำงานเพิ่มขึ้น (.202) และความพึงพอใจในการทำงานลดลง (-.229) อีกด้วย

แพทย์ที่ทำงานใน โรงพยาบาล เอกชน มีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่าแพทย์ที่ทำงานโรงพยาบาลรัฐบาล รวมถึงแพทย์สาขาหลัก มีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวต่ำกว่าแพทย์สาขารอง และแพทย์ที่เป็นเพศชายมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่าแพทย์หญิง

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ตัวแปรด้านประชากร คือ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส สาขาวิชาชีพและต้นสังกัดองค์กรภาคเอกชน/รัฐส่งผลกระทบต่อความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ความเครียดจากการทำงาน ความเครียดทางจิตใจ และความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์ จาก path analysis จะเห็นว่าเพศชายมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่าเพศหญิงและความขัดแย้งนี้ส่งผลโดยตรงต่อความเครียดจากการทำงาน และความพึงพอใจในการทำงาน การที่เพศชายมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวสูงกว่าเพศหญิงนั้นเพราะระบบการทำงานของประเทศไทยและวัฒนธรรมมีส่วนสนับสนุนเพศชายให้เป็นผู้นำครอบครัว จึงต้องทุ่มเทให้กับงานเพื่อหารายได้ให้เพียงพอต่อค่าครองชีพและสถานะของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dowell และคณะ¹² แต่การวิจัยหลายชิ้นกลับพบว่าเพศหญิงจะมีความขัดแย้งระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวมากกว่าชาย¹³⁻¹⁵ อันเนื่องมาจากต้องมีสองบทบาทในเวลาเดียวกันคือทั้งดูแลครอบครัวและทำงานนอกบ้าน

อายุ มีผลต่อความเครียดจากการทำงานของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มของแพทย์ที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป อันเนื่องมาจากความรับผิดชอบทั้งงานตรวจคนไข้

งานบริหาร งานเอกสาร นอกจากนี้แพทย์ที่อายุมากแต่ยังต้องทำงานหนัก รับผิดชอบสูงตามวัยวุฒิและตำแหน่งหน้าที่การงาน ทำให้ตกอยู่ในภาวะเครียดจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mirowsky และคณะ¹⁶ กับการศึกษาของ Sobreques และคณะ¹⁷ ที่แสดงให้เห็นว่า แพทย์กลุ่มอายุมากเฉลี่ย 40 ปีขึ้นไป จะมีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน และความเครียดจากการทำงานมากกว่าแพทย์อายุน้อยหรือ young staff เป็นสองเท่า

ความต่างระหว่าง**แพทย์ภาครัฐกับแพทย์เอกชน** พบว่า แพทย์ที่ทำงานในองค์กรภาครัฐบาลจะมีความเครียดจากการทำงานและความเครียดทางจิตใจสูงกว่าแพทย์ที่ทำงานในองค์กรเอกชนอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความพึงพอใจในการทำงานแพทย์ภาครัฐต่ำกว่าแพทย์เอกชนด้วยเช่นกัน เนื่องจากแพทย์รัฐมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกว่า มีเข้าเวรกลางคืน ผู้ป่วยที่ต้องดูแลมีจำนวนมากกว่า รายได้น้อยกว่าแพทย์เอกชนเป็นเท่าตัว และเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน ในปี พ.ศ. 2551 มีแพทย์ลาออกกว่า 500 คน สูงขึ้นเป็น 4 เท่าของปี พ.ศ.2545 และแพทย์ในต่างจังหวัดลาออกมากกว่าแพทย์ในกรุงเทพฯ¹⁸ ซึ่งผลการศึกษาในประเทศตุรกี¹⁹ และประเทศฟินแลนด์²⁰ เรื่องความพึงพอใจในการทำงานและความเครียดระหว่างแพทย์โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนออกมากในลักษณะเดียวกัน

การที่แพทย์ในเขตกรุงเทพฯ มีความพึงพอใจในการทำงานมากกว่า**แพทย์ในต่างจังหวัด**เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันของสังคม จากข้อมูลเชิงคุณภาพแพทย์ได้ยอมรับว่าไม่มีใครอยากอยู่ไกลบ้าน ไกลความเจริญ ไม่อยากลำบาก และไม่มีใครอยากอยู่ชนบท นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องวิถีการดำเนินชีวิต (life style) ของคนที่ชอบอยู่ในเมืองอีกด้วย ทำให้แพทย์ในต่างจังหวัดมีปริมาณน้อยขณะที่ประชากรในต่างจังหวัดมีมาก จำนวนแพทย์จึงไม่พอเพียง ปริมาณงานมากยิ่งเพิ่มความเครียดจาก

การทำงานให้แพทย์มากขึ้น ผู้วิจัยคิดว่าเรื่องเงินไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่จะทำให้การกระจายตัวของแพทย์อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมได้ หากสังคมยังมีความเจริญไม่เท่ากัน วิกฤตเช่นนี้ต้องให้ระบบการศึกษาและระบบเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนร่วมในการกระจายความเจริญและกระจายโอกาสทางการศึกษาของประเทศให้ทั่วถึงและเท่าเทียม

จากผลการศึกษาในหลายประเทศได้ให้ความสำคัญไปที่ **non-monetary incentives** ซึ่งผลตอบแทนที่ไม่ได้อยู่ในรูปของเงินนั้น ตัวอย่างเช่น autonomy, decision making นโยบายองค์กรและนโยบายภาครัฐที่สนับสนุนการทำงานของแพทย์ การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง ความยุติธรรมในองค์กร ความปลอดภัยในการทำงาน โอกาสในการศึกษาต่อหรือดูงาน เป็นต้น เหล่านี้สำคัญมากกว่ารายได้ที่เป็นตัวเงิน (monetary incentives)^{21,22} ในขณะที่งานวิจัยอื่น ๆ สนับสนุนว่า monetary incentives มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการทำงานและความเครียดในการทำงานมากกว่า²³⁻²⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทั้งสองแบบ คือเน้นทั้งในรูปตัวเงินและผลตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือลักษณะงานของแพทย์แต่ละสาขาที่แตกต่างกัน ความต่างในเรื่ององค์กร และถิ่นที่ตั้ง รวมถึงเป็นการเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional study) และการตอบคำถามแบบ self-reported ในแบบสอบถาม GHQ-28 จะเฉพาะเจาะจงคำตอบโดยพื้นฐานของสุขภาพจิต ณ ปัจจุบันย้อนหลังไปไม่เกิน 3 สัปดาห์ ดังนั้นการวิเคราะห์และสรุปผลจึงต้องทำอย่างระมัดระวังแม้ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ไทยมีสุขภาพจิตที่ปกติ

การศึกษานี้ต้องการที่จะเสนอแนะให้ภาครัฐใส่ใจทั้งกลยุทธ์ด้าน monetary และ non-monetary incentives เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แรงงานวิชาชีพแพทย์ อย่างน้อยการศึกษานี้ก็พบว่า รัฐบาลควรจะหันมาสนใจที่จะลด

ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ ลดภาระงานที่หนักเพิ่มรายได้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร ฟังความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องบริหารจัดการผู้ป่วยและระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะนำมาซึ่งความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์ เพราะหากแพทย์รู้สึกไม่ปลอดภัยในวิชาชีพและเกิดความเครียดจากการทำงาน นอกจากจะส่งผลต่อตัวแพทย์เองแล้วยังส่งผลต่อผู้ป่วยด้วย สิ่งเหล่านี้จำเป็นมากต่อแพทย์รุ่นหลังที่จะเข้ามา และเพื่อที่จะรักษากำลังคนวิชาชีพแพทย์ในปัจจุบันเอาไว้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุวัลลีย์ เปี่ยมปิติ ผศ.ดร.ปรีชา วิจิตรธรรมรส ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ที่ให้คำแนะนำทางด้านสถิติและการรายงานผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996; 168:274-9.
2. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med 2000; 19:155-9.
3. Simoons S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs. Scott Med J 2002; 47:80-6.
4. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. Cross-sectional study on quality of life, work demands and psychosocial stress of Lithuanian general practitioners. Eur J Gen Pract 2004; 10:169-70.

5. Finset KB, Gude T, Hem E, Tyssen R, Ekeberg O, Vaglum P. Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. *BMC Med Educ* 2005; 5:19.
6. Burke RJ. Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation. *Soc Sci Med* 1996; 43:517-24.
7. Burke G, 3rd, Tompkins L, Summers J, Jagmin C. Role stress among physician executives. *Physician Exec* 1993; 19:9-14.
8. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295-302.
9. Schernhammer E. Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005; 352: 2473-6.
10. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ และจำนวนแพทย์ที่ถูกถอนชื่อ. กรุงเทพมหานคร: กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
11. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41:2-17.
12. Dowell AC, Hamilton S, McLeod DK. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. *N Z Med J* 2000; 113:269-72.
13. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003; 13:299-305.
14. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med* 2003; 57:1327-41.
15. Rovik JO, Tyssen R, Hem E, Gude T, Ekeberg O, Moum T, et al. Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: a nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. *Ind Health* 2007; 45:662-71.
16. Mirowsky J. Age and the gender gap in depression. *J Health Soc Behav* 1996; 37:362-80.
17. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria* 2003; 31:227-33.
18. สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์. มาตรการแก้ปัญหาแพทย์รัฐขาดแคลน. 2551. จาก http://thainews.prd.go.th/view.php?m_newsId=255107210264&tb=N255107. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2552.
19. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006; 99:161-9.
20. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25(2):81-6.
21. Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW. German physicians “on strike”—shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 2007; 82:357-65.
22. Fottler MD, Shewchuk RM, O’Connor SJ. Relative importance of job attributes for the recruitment and retention decisions of health care executives. *Int J Organ Theor Behav* 1998; 2:223-47.
23. Hemenway D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bicknell WJ. Physicians’ responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. *N Engl J Med* 1990; 322:1059-63.

-
24. Hillman AL. Managing the physician: rules versus incentives. *Health Aff (Millwood)* 1991; 10:138-46.
25. Hadley J, Mitchell JM. Effects of HMO market penetration on physicians' work effort and satisfaction. *Health Aff (Millwood)* 1997; 16:99-111.
26. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *N Engl J Med* 1989; 321:86-92.
27. Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med* 1998; 339:1516-21.