



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “สำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาวะของแพทย์ไทย
ระยะที่ 2”

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคณะ

มีนาคม 2547

สัญญาเลขที่ RDG 4630006

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “สำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาวะของแพทย์ไทย
ระยะที่ 2”

คณะผู้วิจัย

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
นายแพทย์สุธีร์ รัตนะมงคลกุล

สังกัด

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โครงการนี้เป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สสส.และ สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

สารบัญ

	หน้า
บทสังเคราะห์ : โครงการสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย ระยะที่ 2	1
- โครงการย่อยที่ 1 : การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของแพทย์ไทยโดยวิธีการมีส่วนร่วม	2
- โครงการย่อยที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน	4
- โครงการย่อยที่ 3 : การศึกษาแพทย์ไทยอายุยืน	6
- ภาพรวมที่สังเคราะห์ได้จากโครงการ ระยะที่ 2	7
การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน	8
- บทคัดย่อ	9
- Abstract	10
- Introduction	11
- Objectives	12
- Materials and methods	12
- Results	12
- Discussion	14
- Conclusion	15
- Acknowledgement	16
- References	16
การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน ผลการศึกษาระยะที่ 2	21
- บทคัดย่อ	22
- Introduction	23
- Objectives	23
- Materials and methods	24
- Results	24
- Discussion and Conclusion	25
- Acknowledgement	26
- References	26
ชั่วโมงการทำงาน ผลกระทบในการทำงาน และสวัสดิภาพของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ	28
- บทนำ	29
- วิธีการศึกษา	30
- ผลการศึกษา	31
- อภิปรายผลและสรุปการศึกษา	33
- เอกสารอ้างอิง	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ	26
- บทนำ	37
- วิธีการศึกษา	38
- ผลการศึกษา	39
- อภิปรายผลการศึกษา	41
- สรุปผลการศึกษา	42
- เอกสารอ้างอิง	43
การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์โดยวิธีการมีส่วนร่วม	45
- บทคัดย่อ	46
- Abstract	47
- Background	47
- Objectives	48
- Methods	48
- Results	48
- Conclusions	48
- บทนำ	49
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย	50
- วิธีการวิจัย	50
- ผลการวิจัย	50
- อภิปรายผล	55
- สรุปผลการวิจัย	57
- เอกสารอ้างอิง	58
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	60

บทสังเคราะห์ โครงการสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย ระยะที่ 2

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล

สืบเนื่องจากโครงการระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยฐานข้อมูลแพทย์ที่เสียชีวิตมีจำนวนน้อยในแต่ละปี การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยจึงได้มาจากค่าเฉลี่ยของจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตทุกๆ ช่วง 5 ปี แพทย์ไทยมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าของประชากรไทยทั่วไปประมาณ 10 ปี ทั้งนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากฐานคิดของประชากรไทยละเอียดกว่าเนื่องจากมีค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ตายเป็นรายปี ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าแพทย์ชายมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงกว่าแพทย์เพศหญิง ซึ่งเหมือนกันกับของประชากรไทยทั่วไป ดังนั้น ผลการคำนวณเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มประชากรจึงใกล้เคียงความเป็นจริงค่อนข้างมาก จึงมีความเป็นไปได้ที่แพทย์มีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงกว่าในประชากรทั่วไปจริงดังผลงานวิจัย โดยภาพลักษณ์ที่เป็นทุนทางสังคมที่จะยอมรับนับถือในการสนทนาพูดคุยอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นแพทย์มักได้รับการยอมรับในเรื่องนี้เสมอมาโดยตลอด หากมีการพัฒนาศักยภาพในส่วนที่เป็นความรู้พร้อมเป็นนักปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพ ก็จะเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้โดยไม่ยากเนื่องจากมีต้นทุนเดิมอยู่แล้ว อีกทั้งจะเกิดแรงกระตุ้นให้ระบบสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

แผนงานรณรงค์รักษาสภาพโดยใช้ “แพทย์” เป็นต้นแบบ (เป็นโครงการระยะที่ 3 ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส.) ที่หวังให้แพทย์เป็นตัวขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ เกิดทีมสุขภาพในโรงพยาบาล และชุมชนได้ต้องเริ่มสร้างจากตัวแพทย์ก่อน การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในโครงการระยะที่ 2 จะช่วยให้เห็นภาพหรือกระบวนการในกลยุทธ์ต่างๆ ในแผนงานได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งเท่าที่ทราบกันในปัจจุบันแพทย์ยังสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพมาตลอดช่วงอายุการทำงาน อันได้แก่ การขับรถเร็ว การละเลยตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย แพทย์รุ่นเก่าจะมีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าสูงกว่าแพทย์ที่จบใหม่ แพทย์จบใหม่มีความซุกซนของการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย โครงการระยะที่ 2 นี้จึงมุ่งประเด็นที่การหาแนวทางที่จะรณรงค์เรื่องรักษาสภาพในหมู่แพทย์โดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมในโครงการย่อยที่ 1 และหาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของแพทย์จบใหม่ในโครงการย่อยที่ 2 และสุดท้ายคือองค์ความรู้ในปัจจัยที่มีส่วนให้แพทย์อายุยืนยาวในโครงการย่อยที่ 3

โครงการย่อยที่ 1

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ไทยโดยวิธีการมีส่วนร่วม (Participatory Development of Health Promotion of Thai Physicians)

จากงานวิจัยชิ้นนี้ที่ทำในโรงพยาบาลขนาดกลาง การรวมกลุ่มของแพทย์ได้ไม่ยากนัก ปรากฏหลักฐานแน่ชัดว่า “แพทย์” มีความต้องการพื้นฐานเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปคือ ไม่เจ็บป่วยบ่อย ไม่เป็นโรคเรื้อรัง มีรูปร่างที่เหมาะสม จิตใจเบิกบาน อารมณ์ดี และต้องการมีความสุขจากการทำงาน นอกจากนั้นทุนเดิมความรู้เรื่องสุขภาพก็มีอยู่แล้ว หากได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง มีการรวมกลุ่มกันทำ สร้างบรรยากาศให้เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลก็จะช่วยให้ทุกคนเห็นว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวมากขึ้น ทุกคนเห็นว่าเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้น ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่มีผลทำให้แพทย์ขาดจิตสำนึกด้านส่งเสริมสุขภาพอาจมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติเพื่อสร้างแพทย์ให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ปรับนโยบายของรัฐ รัฐบาลควรกำหนดนโยบายในการปรับค่าตอบแทนแพทย์ตามภาระงาน แพทย์ทั่วไปไม่เกี่ยงการทำงานหนัก แต่ควรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมและไม่ต่างจากภาคเอกชนมากนัก การกำหนดชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมและกำหนดเพดานของค่าตอบแทน ก็จะช่วยทำให้แพทย์แต่ละบุคคลมีเวลาดำเนินส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ทำงานหนักเกินไป แพทย์ที่เป็น Full-time ของภาครัฐก็ไม่สามารถทำ Part-time ในภาคเอกชนได้ แต่แพทย์ที่เป็น Part-time ของภาครัฐก็อาจรับงานจากภาคเอกชนได้ ซึ่งหลายประเทศประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการบุคลากรวิชาชีพแพทย์ที่มีทั้งงานบริการควบคู่ไปกับงานวิจัยทางการแพทย์

2. ให้ถือเป็นดัชนีชี้วัดของการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนต่างพัฒนาองค์กร ระบบการให้บริการ เพื่อให้ได้รับการรับรองจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ที่มีคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ ถูกพัฒนาสร้างขึ้นในโรงพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในเรื่องคุณภาพการให้บริการ ส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จได้เพราะได้รับความร่วมมือจากแพทย์ การกำหนดให้บุคลากรด้านสุขภาพมีสุขภาวะที่ดี การตรวจร่างกายประจำปีให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล ปลูกฝังเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับตนเองและบุคคลในองค์กรก็จะช่วยเสริมให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สร้างองค์กรแพทย์ให้เข้มแข็ง การรวมกลุ่มของแพทย์ค่อนข้างยากในสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นสภาพต่างคนต่างอยู่ เป้าหมายที่เด่นชัดคือเรื่องวิชาการทางการแพทย์ ที่เป็นศูนย์รวมของความสนใจที่แตกต่างกันในหมู่แพทย์ได้ เมื่อทุกคนได้รับรู้ข้อเท็จจริงด้านสุขภาพของกลุ่มแพทย์ที่เกิดขึ้นก็สามารถที่จะพัฒนากลไกที่เสริมสุขภาพให้กับสมาชิกได้ ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการทำงาน สามารถต่อรองกับผู้บริหารโรงพยาบาลเรื่องการป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ หรือการได้รับความช่วยเหลือจากฝ่ายบริหารหากได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ ลดภาระงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานเวชปฏิบัติให้น้อยลงโดยหาบุคลากรสาขาเฉพาะมาช่วยงาน อาทิเช่น งานรวบรวมเอกสาร งานประชุม งานพิมพ์ เป็นต้น

4. ปรับแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพให้แก่แพทย์ ปัจจัยภายในที่สำคัญคือขาดความตระหนักด้านสุขภาพของตนเอง การเลือกให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ได้จากงานวิจัยที่ทำเฉพาะในกลุ่มแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ ส่งย้อนกลับไปยังแพทย์แต่ละบุคคลก็อาจมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมได้

โครงการย่อยที่ 2

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน

(Development of models to improve effectiveness of interns and residents)

จากการสำรวจในปี พ.ศ.2548 ในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 329 คน ซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ (3% vs 6%) และดื่มสุรา (13% vs 28%) น้อยกว่ากลุ่มแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 83 ทำงานเกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และประมาณร้อยละ 80 ทำงานนานกว่า 24 ชั่วโมงติดต่อกัน ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานตามที่ระบุไว้ในชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในสหรัฐอเมริกา ผลสำรวจพบว่ากลุ่มที่ทำงานเกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

1. มีความรู้สึกอ่อนล้ามากกว่า (100% vs 96%)
2. มักเกิดความรู้สึกหลังทำการรักษาแล้วยังมีวิธีอื่นที่ดีกว่า (88% vs 79%) ร้อยละ 46 เกิดขึ้นขณะอยู่เวร ความผิดพลาดจากการเขียนใบสั่งยาพบร้อยละ 44 เป็นการจ่ายยาผิดขนาด
3. ประสบอุบัติเหตุทั่วไปมากกว่า (9.2% vs 5.4%)
4. ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานมากกว่า (10.3% vs 7.1%)

นอกจากนั้นในกลุ่มแพทย์ที่เกือบให้การรักษาที่ไม่เหมาะสมพบถึงร้อยละ 40 เกิดจากให้การวินิจฉัยผิดพลาด ทั้งๆ ที่มีอัตราความชุกของการดื่มสุราน้อยกว่า ดังนั้นน่าจะเป็นผลจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ มากกว่าครึ่งหนึ่งได้นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง โดยสรุปความเครียดของแพทย์ใช้ทุนปีแรก นอกจากจะเกิดจากความรู้และประสบการณ์ที่น้อย ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษาได้ ความเครียดยังสะสมมากขึ้นเนื่องจากต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ภาระงานหนักจากจำนวนคนไข้ที่มากขึ้น ต้องมีงานเอกสารมากขึ้นจากขั้นตอนกระบวนการรักษาและตรวจวินิจฉัย กลัวการฟ้องร้อง และพักผ่อนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการทดสอบสภาพทางจิตวิทยา ซึ่งพบว่าน่าจะมีปัญหาทางจิตเวชสูงมากกว่าแพทย์ทั่วไปถึง 3 เท่า ดังนั้นแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมในช่วงที่จบใหม่ จึงไม่สามารถเข้าถึงแนวคิดหรือกระบวนการสร้างจิตวิญญาณในการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้นเมื่อจบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือทำงานในชุมชนต่อก็ไม่สามารถพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสืบสานงานสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขของบ้านเรา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/เชิงปฏิบัติ

1. ให้แพทย์มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยการเผยแพร่ข้อมูลงานวิจัยในระบบสารสนเทศ เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ทุกคนได้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น ออกความคิดเห็น เพื่อสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาให้แพทย์รุ่นใหม่ ๆ

2. กำหนดมาตรฐานภาระงานเวชปฏิบัติ โดยแพทยสภาพิจารณาผลงานวิจัยและระดมความคิดจากสถาบันศึกษาและสถานบริการสุขภาพทุกแห่งที่มีแพทย์ใช้ทุนทำงานอยู่ เพื่อกำหนดเพดานสูงสุดของชั่วโมงในการปฏิบัติในเวชกรรม (ในสหรัฐอเมริกาไม่เกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการอยู่เวรติดต่อกันได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) พร้อมทั้งวันหยุดพักผ่อน การศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะและประสบการณ์ รวมถึงสวัสดิการที่พึงมี

3. เสริมบทบาทให้แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ให้ดูแลแพทย์ใช้ทุน การเฝ้าระวัง
ดูแลทุกข์สุขของสมาชิกแพทย์ในขณะที่ปฏิบัติงานเวชกรรม ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

- 3.1 เพื่อลดปัญหาความผิดพลาดในกระบวนการรักษา
- 3.2 เพื่อลดคดีฟ้องร้องที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้จากข้อมูลที่นำเสนอมา
- 3.3 เพื่อลดอุบัติเหตุรถยนต์อันเนื่องมาจากการทำงานหนักเกินไป
- 3.4 เพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงาน มีผลต่อการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากการทำงาน (occupational diseases)

โครงการย่อยที่ 3

การศึกษาแพทย์ไทยอายุยืน

(Study of long-lived Thai physicians)

ผลกระทบที่ชัดเจนจากงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึง ศักยภาพของแพทย์ที่เป็น “ต้นแบบ” ด้านสุขภาพได้ การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้แพทย์มีอายุยืนยาวก็จะช่วยพัฒนาต้นแบบนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น การวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์แพทย์อาวุโสที่มีอายุยืน เป็นศิลปะที่ถ่ายทอดจากผู้รู้ลึกและมากด้วยประสบการณ์ด้านสุขภาพ ดังนั้นการได้ข้อคิด ข้อเสนอแนะของแพทย์อาวุโส นั้น สามารถนำมาเป็นแนวทางในการสร้างต้นแบบด้านสุขภาพในอนาคตได้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. นโยบายการจัดการในกลุ่มผู้สูงอายุ รัฐต้องตระหนักถึงข้อเท็จจริงของการมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และต้องมีการวางแผนระยะยาวสำหรับการนี้ เช่น

1.1 การเงิน ต้องบังคับออมในระยะยาว ซึ่งกองทุนประกันสังคม กองทุนออมเงิน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สหกรณ์ออมทรัพย์ในองค์กรและรัฐวิสาหกิจบางแห่ง และกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการได้ดำเนินการอยู่ แต่ไม่ครอบคลุมแรงงานทั้งประเทศ โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ รัฐมีมาตรการทางภาษีเพื่อการนี้แล้วหลายประการ เช่น นำเบี้ยประกันหรือเงินสมทบเหล่านี้มาคำนวณลดหย่อนภาษีเงินได้ได้ แต่อาจพิจารณาเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้คนไทยออมเงินในระยะยาวมากขึ้น โดยชี้ว่าการมีความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณจะเป็นหลักประกันการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และต้องออมไว้ตั้งแต่ยังทำงานได้ อย่าหวังพึ่งพาแต่ลูกหลานเลี้ยง เพราะสัดส่วนประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยพึ่งพิงจะน้อยลงเรื่อยๆ ในอนาคต

1.2 การแพทย์และการสาธารณสุข ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและต้องใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขค่อนข้างมาก ต้องเตรียมบุคลากรและองค์ความรู้/การวิจัยไว้เพื่อการนี้ โดยไม่ลืมศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งหลายด้วย

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

1. สื่อสารกับแพทย์ โดยให้แพทย์ทราบและตระหนักถึงข้อมูลเหล่านี้ และให้ถ่ายทอดต่อไปยังครอบครัว ญาติ ผู้ป่วยและญาติ ไปจนถึงคนรู้จัก ในบริบทของสังคมต่างๆ ที่แพทย์เป็นสมาชิก เช่น สมาคมวิชาชีพ สมาคมกีฬา สมาคมผู้ปกครองและครูของโรงเรียนของลูก ฯลฯ ว่าการมีชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพดีในอนาคตนั้น ขึ้นอยู่กับการทำอย่างไรในปัจจุบัน

2. สื่อสารกับองค์กรวิชาชีพแพทย์ โดยนำเรื่องนี้สื่อไปยังโรงเรียนแพทย์และองค์กรแพทย์ทั้งหลายในโรงพยาบาลต่างๆ ให้ถ่ายทอดต่อไปยังนักศึกษาแพทย์และแพทย์ทุกคน อาจผ่านรายวิชาเกี่ยวกับจริยธรรม/คุณธรรม ว่าด้วยเรื่องให้ฝึกจิตใจให้ปล่อยวางและเจริญมรณานุสติ หรืออาจมีการฝึกปฏิบัติหรือกิจกรรมใน/นอกหลักสูตร

ภาพรวมที่สังเคราะห์ได้จากโครงการ ระยะที่ 2

โครงการระยะที่ 2 มุ่งที่จะตอบปัญหาของกลุ่มแพทย์สองกลุ่มคือกลุ่มแพทย์อายุน้อยที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ทั้งนี้เพื่อสร้างแพทย์ให้เป็น “ต้นแบบ” ของสุขภาพโดยหาวิธีการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของกลุ่มอายุน้อยเป็นเพราะเนื่องจากกลุ่มนี้มี Potential life year loss มากกว่ากลุ่มอื่นๆ พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้แพทย์อายุยืนยาว ภาพรวมที่ได้จากโครงการระยะที่สองนี้ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มแพทย์ทั่วๆ ไปยังเป็นกลุ่มที่สามารถพัฒนาได้ แม้มีความเชื่อมั่นตนเองสูงแต่ก็ยอมรับแนวคิดใหม่เชิงวิชาการได้ หากเจาะลึกถึงกลุ่มแพทย์จบใหม่ที่มีความรู้ แต่ด้อยประสบการณ์ มีการพักผ่อนน้อย ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลได้ และยังถูกระบบการจัดการภาครัฐคาดหวังให้รับผิดชอบงานด้านคลินิกสูง อีกทั้งการที่ขาดแพทย์ที่มีประสบการณ์เป็นที่ปรึกษาขณะที่อยู่เวรอย่างโดดเดี่ยว เกิดความเครียดมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่ต้องพึ่งการสูบบุหรี่และดื่มสุราในแพทย์บางรายได้ ซึ่งเป็นมูลเหตุหลักที่อาจประสบอุบัติเหตุรถยนต์ หรืออาจฆ่าตัวตายได้ ระบบบริการที่เน้นเฉพาะช่วงเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) ไม่เหมาะสมกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยของมนุษย์ แพทย์ที่ทำงานภาครัฐมากกว่าร้อยละ 90 มารับผิดชอบช่วงเวลาราชการ ที่เหลือแบ่งมาให้บริการผู้ป่วยในช่วงเวลาอีก 16 ชั่วโมงที่เหลือ แพทย์ใช้ทุนจึงเป็นด่านแรกที่ต้องรับผิดชอบในช่วงเวลาที่ขาดแพทย์ที่มีประสบการณ์ การปรับระบบบริการของแพทย์ให้เป็นพลัดก็จะแบ่งเบาภาระการให้บริการได้ดีขึ้น อีกทั้งยังแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมได้อีกด้วย

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจให้กับแพทย์ ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อวิถีชีวิตมีความสุขกับงานเวชปฏิบัติที่ทำ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้เป็นอย่างดี รักสามัคคีในหมู่คณะ อุทิศเวลาและสติปัญญาเพื่อสร้างทุนทางสังคมได้มากขึ้น มีความภาคภูมิใจในงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์จากอดีตที่ผ่านมา คอยให้คำปรึกษาแก่แพทย์รุ่นน้อง ใช้ชีวิตหลังเกษียณตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและมีระบบดูแลสุขภาพยามเมื่อเข้าวัยสูงอายุ รู้จักปล่อยวางให้ชนรุ่นหลังรับภาระหน้าที่อันมีเกียรติในสังคมต่อไป

การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน

Longevity of Thai Physicians

Pornchai Sithisarankul* Veera Piyasing* Benjaporn Boonthaim* Suthee Ratanamongkolgul**
Somkiat Wattanasirichaigoon**

*Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330

**Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110

การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน

พรชัย สิทธิศรีธนกุล* วีระ ปิยะสิงห์* เบญจพร บุญเทียม* สุธีร์ รัตนมงคลกุล**
สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล**

*คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ 10110

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาการกระจายข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะสำคัญของแพทย์ที่มีอายุยืน ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ 983 ฉบับ ไปยังแพทย์ชาย 840 ท่านและแพทย์หญิง 143 ท่าน ได้แบบสอบถามคืนมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 327 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยแพทย์ชายตอบกลับ 272 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 32.4 แพทย์หญิงตอบกลับ 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 38.5

อาจารย์แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุระหว่าง 68 - 93 ปี เฉลี่ย 75.1 ± 4.86 ปี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ แสดงว่าคู่สมรสของอาจารย์แพทย์อายุยืนก็มีอายุยืนด้วย แพทย์อายุยืนราวครึ่งหนึ่งยังให้บริการผู้ป่วยอยู่ ราวหนึ่งในสี่ทำงานการกุศล ราวหนึ่งในสี่ทำงานอาสาสมัครในหลากหลายลักษณะ ราวหนึ่งในห้าทำธุรกิจ ราวหนึ่งในห้าทำงานวิชาการ และจำนวนไม่น้อยที่ทำงานหลายอย่าง

แพทย์อายุยืนส่วนใหญ่ไม่อ้วน มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 16.53-34.16 ค่าเฉลี่ย 23.97 ± 2.80 มีเพียง 8 คนที่มีดัชนีมวลกายเกิน 30 อย่างไรก็ตามแพทย์อายุยืนราวหนึ่งในห้ามีโรคประจำตัว หลายท่านเป็นมากกว่า 1 โรค โรคที่เป็นมากที่สุดห้าอันดับแรกคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ไขมันในเลือดสูง และต่อมลูกหมากโต

แพทย์อายุยืนส่วนใหญ่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 87.8) หลายท่านออกกำลังกายมากกว่า 1 วิธี ที่มากที่สุดร้อยละ 52.3 คือเดิน (149 คน) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มเป็นบางโอกาส ที่ดื่มเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 9.0 แพทย์อายุยืนมีระยะเวลาการนอนหลับอยู่ระหว่างวันละ 3-9 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 6.75 ± 1.06 ชั่วโมง รับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่คือยารักษาโรคประจำตัวที่มีส่วนใหญ่มิรับประทานอาหารชีวจิต อาหารเจ/มังสวิรัต หรืออาหารฟาสต์ฟู้ดเป็นประจำ

แพทย์ผู้มียุ้ยส่วนใหญปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยการสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ใสบาตร ฝึกสมาธิและฟังธรรม รวมทั้งใช้หลักธรรมในการดำรงชีพและปฏิบัติงาน รวมทั้งแนะนำสิ่งนี้แก แพทย์รุ่นน้องและรุ่นลูกด้วย นันทนาการโดยเล่นดนตรีร้อยละ 15 ร้องเพลงร้อยละ 27 ทำงานอดิเรก ร้อยละ 64.0 และอื่นๆ ร้อยละ 51.8 ส่วนคำถามว่าบรรลุความมุ่งหมายอันสำคัญสูงสุดในชีวิตหรือยัง แพทย์ผู้มียุ้ยส่วนใหญไม่ตอบคำถามนี้ อาจเป็นเพราะคำถามนี้ถามถึงสิ่งที่เป็นามธรรม ค่อนข้างมาก

การศึกษาส่วนแรกนี้ทำให้ทราบข้อมูลของแพทย์ไทยที่มีอายุยืน ได้ผลสอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศอื่น ที่ว่าแพทย์มีอายุยืนยาวและมีสุขภาพดี ส่วนหนึ่งเป็นจากกระบวนการคัดเลือกผู้เข้าเรียน แพทย์ การมีความรู้มากของแพทย์ การเข้าถึงการรักษา และวัตรปฏิบัติที่ดีบางประการ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาซึ่งจะมีส่วนช่วยสุขภาพะทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจะนำ ผลการวิจัยในส่วนนี้ ไปประมวลรวมกับผลการวิจัยในส่วนที่สองต่อไป

Abstract

The objectives of this study were to explore characteristics of the long-lived Thai physicians. We sent 983 posted questionnaires to 840 male and 143 female physicians. We obtained 327 of them back after 2 rounds of mailing, yielding a response rate of 33.3 percents. The response rate of male physicians was 32.4 percents and that of female physicians was 38.5 percents.

Their ages were between 68-93 years (75.1 ± 4.86 years on average). The majority were married, implying that their spouses were also long-lived. Around half of them still did some clinical work, one-fourth did some charity work, one-fourth did various voluntary works, one-fifth did some business, one-fifth did some academic work, and some did more than one type of work.

Most long-lived physicians were not obese, with BMI of 16.53-34.16 (average 23.97 ± 2.80). Only 8 had BMI higher than 30. BMIs were not different between male and female physicians. However, four-fifths of them had diseases that required treatment, and some of them had more than one disease. The five most frequent diseases were hypertension, diabetes, ischemic heart disease, dyslipidemia, and benign prostate hypertrophy, respectively.

Most long-lived physicians did exercise (87.8%), and some did more than one method. The most frequent one was walking (52.3%). Most did not drink alcohol or drank occasionally, only 9.0% drank regularly. Most of them slept 3-9 hours per night (average 6.75 ± 1.06). Most (78.3%) took some medication regularly; of most were medicine for their diseases. Most did not eat macrobiotic food, vegetarian food, or fast food regularly.

Most long-lived physicians practiced some religious activities by praying, paying respect to Buddha, giving food to monks, practicing meditation, and listening to monks' teaching. They also used Buddhist practice and guidelines for their daily living and work, and also recommended these to their younger colleagues. Their recreational activities were playing musical instruments (15%), singing (27%), doing hobbies (64.0%), and others (51.8%). Most did not reply on question whether they achieved their self-actualization target of their lives, this might result from the fact that this was rather an abstract question.

Our first part study revealed some characteristics of long-lived Thai physicians that seem to be in agreement with other studies indicating that physicians compared favorably with the general population in mortality from physical illness. This may result from several factors: the medical student selective process leading to "healthy worker effect", knowledge in medicine, access to care, and their healthy behaviors (such as nutrition, exercise, religious activities which help improve their spiritual well-being).

Introduction

The result of our previous study on Thai physicians' health revealed that, contrast to our a priori theory, Thai physicians had longer life expectancy than their general population counterparts. Although the average age at death was 55 years and seemed to be rather low, those who survived did live longer than general population of Thailand. In general, there are quite a few senior physicians still working productively in various fields, such as academic, business, charity, and other social activities. There have not been, to our knowledge, any studies addressing this issue. Despite their exposure to health hazards during their career, how they could live longer and how their health was were our objectives of this study. Gaining insight into this issue will likely make us aware of longevity factors that are suitable for Thai people in general.

It is confidently predicted that people will live longer and the proportion of aged people will become greater in the future. It is estimated that the number of Thai people older than 60 years will increase from 4.02 millions (7.36 percents of total population) in 1990 to become 10.78 millions (15.28 percents of total population) in 2020.¹⁻⁵ The rate of "population ageing" in Thailand and other ASEAN countries has been much faster than that in developed countries.⁶⁻¹⁰ The trend is increase in not only the number of old aged people but also the longevity or the number of years they could live.¹¹ A cohort study in Thailand¹² revealed that independent factors for old aged people's death were disability and lack of responsible job. Health promotion

is one of key processes in slowing the deterioration of health.¹³⁻¹⁴ Understanding the clues and practice for longevity and healthiness in Thai physicians should lead to expansion of the practice to Thai population at large. Thai people will eventually live longer and healthier.

Objectives

1. to explore distribution and characteristics of long-lived Thai physicians
2. to conduct in depth qualitative research to comprehend their lifestyle and daily activities
3. to synthesize guideline for healthy longevity for Thai people

Materials and methods

1. Quantitative research

- 1.1 Extensively search database of Thai Medical Council and Center for Continuing Medical Education to identify those physicians who were older than life expectancy of Thai people: 68 years for male and 74 for female.
- 1.2 After obtaining their mailing addresses, we mailed questionnaires to them asking about their characteristics, personal history, educational history, work and career history, current jobs, lifestyle, health, exercise, weight, height, eating habit, alcohol drinking, sleep habit, their practice and suggestions for longevity, issues they wanted to be made aware of for medical society and the public, what their self actualization(s) was (were), and whether they achieved those.

2. Qualitative research

- 2.1 select 10 male and 5 female physicians who are famous, socially recognized, and still doing their jobs or contributing to the society in any way
- 2.2 semi-structured in-depth interviews these 15 physicians in order to confirm some findings obtained from the quantitative step, to get more insight into their longevity, and synthesize some recommendations for longevity

The study was ethically approved by Faculty of Medicine, Srinakharinrajwiroj University, and supported by Thailand Research Fund.

Results: phase 1: quantitative research

We mailed 983 questionnaires to 840 male and 143 female physicians. After 1 month, we obtained only 224 of them back. So we resent the questionnaires. Overall, there were 4 mails returned and we could not find the correct addresses. We learned that 4 of them passed away. Eight of them replied that they did not want to participate in the study. Finally we

obtained 328 questionnaires back but one of that indicated that the male responder was younger than 68 years, so we excluded that case out of our data analyses. Hence, we had 327 responders to make 33.3 percents response rate, 32.4 percents for male (272 out of 839) and 38.5 percents for female (55 out of 143).

Four responders did not reply their date of birth, but 323 did. Their ages were 68-93 years (average 75.1 ± 4.86). Two did not reply their marital status. Two hundred fifty two were married (77.5%), 22 single (6.8%), 47 widow (14.5%), and 4 divorced (1.2%).

Six did not reply their institute of graduation, 187 were Siriraj, 86 were Chulalongkorn, 8 were abroad, and 40 were others. Their graduate degrees were 317 medical doctors, 1 MRCP, 1 PhD of Medicine, 6 Medical Certificate, and 2 did not reply.

One hundred seventy-eight physicians replied that they had post graduate degree, 27 from Siriraj, 8 from Chulalongkorn, 101 from abroad, and 42 from others. Their post graduate specialties were 30 internal medicine, 33 surgery, 22 obstetrics and gynecology, 18 pediatrics, 13 psychiatry, 8 anesthesiology, 53 others, and 1 did not reply.

Thirty one physicians had more than one specialty training: 2 from Siriraj, 16 from abroad, and 12 from others. These 31 were 2 internal medicine, 3 surgery, 2 obstetrics and gynecology, 3 pediatrics, 1 orthopedics, 4 psychiatry, 1 ophthalmology, 1 rehabilitation medicine, 1 microbiology, 1 anesthesiology, 11 others, and 1 did not reply.

Nine physicians had more than 2 special trainings: 4 from abroad, and 5 from others. These 9 were: 1 internal medicine, 2 pediatrics, 1 orthopedics, and 5 others.

Around half of them (165) currently practiced clinical work, 63 academic work, 64 administrative work, 43 business, 87 charity work, and 85 other work (volunteers, non-government organizations, associations, and Royal Colleges).

Three did not answer their weight; the responders weighed 45-96 kgs (average 64.73 ± 9.66). One did not answer their height; the responders were 136-188 cms high (average 164.04 ± 7.46). Their body mass indexes (BMIs) were 16.53-34.16 (average 23.97 ± 2.80).

Sixty seven replied that they did not have diseases, but 260 (79.5%) had. Some had more than 1 disease. One hundred and eighteen had hypertension, 51 had diabetes, 49 had ischemic heart disease, 32 had dyslipidemia, 26 had benign prostate hypertrophy, 23 had gout, 20 had bone and joint diseases other than osteoarthritis, 18 had osteoarthritis of knee, 17 had cerebrovascular accident or Parkinson disease, 16 had cancer, 16 had glaucoma/cataract/other eye diseases, 15 had allergy/sinusitis, 15 had heart diseases other than ischemic heart disease, 8 had asthma, 7 had hemorrhoids, 6 had thyroid diseases, 5 had

chronic obstructive pulmonary disease, 4 had peptic ulcer, 3 admitted that they were overweight, 2 had tuberculosis/other lung diseases, and 32 had other diseases.

Forty of them did not exercise, 287 (87.8%) did. Some exercised more than one modality. The most frequent exercise was walking (150 physicians = 52.3%).

Three did not give the answer on alcoholic drinking, 145 did not drink, 150 drank sometimes, and 29 drank regularly at least once a week.

Three hundred and twenty six of them gave answers on their sleep, 3-9 hours/day (6.75 ± 1.06). Ninety two slept 6 hours/day, 88 slept 7 hours/day, 57 slept 8 hours/day, and 20 slept 5 hours/day.

Two hundred fifty six of them took medication regularly, 71 did not. Most drug taken were medicine for their diseases.

Two hundred ninety nine of them did not eat macrobiotic food, 28 ate. Two hundred ninety seven of them did not eat vegetarian food, 29 did. Two hundred eighty eight of them did not eat fast food, 38 did but only 3 ate everyday.

Eighty five of them did not practice religious activities, 239 did. Most of activities were pray, give food to monks, donation, meditation, and listen to monks' teaching.

Regarding question about playing music, 26 did not reply, 256 did not play, and 45 played. Singing: 27 did not reply, 219 did not sing, and 81 sang. Other hobbies: 16 did not reply, 112 did not have, and 199 had. Other recreation activities: 22 did not reply, 147 did not have, and 158 had.

Regarding question whether they achieved their self-actualization target: 301 did not reply, 26 replied: 7 did not achieve, 19 achieved.

Discussion

Human health and longevity have long been known to depend on a complex interplay between hereditary and nonhereditary determinants. The latter include various lifestyle factors, as well as physical and chemical agents encountered in air, food, water, consumer products, the workplace, and the environment at large.¹⁵ The man who had the longest life in history may be Thomas Parr¹⁶ who was claimed to be 152 years and 9 months old (born on 1483 and died in 1635). The article did advocate that nutrition, exercise, healthy life style and environment improved not only the length of life, but the quality of life as well.

There were several studies on death and longevity of physicians,¹⁷⁻²⁵ but there was hardly any study in Thailand. An article in BMJ suggested that the doctors (in the United Kingdom) born in the Indian subcontinent died earlier than those born in the UK.²⁶ But the study was criticized to be methodologically erroneous.²⁷⁻²⁸

There have been some myths in medicine that early retirement is associated with longevity.²⁹ This did not seem to be the case in Thailand. Most long-lived physicians still practiced clinical work though not as a full time job.

It has long been accepted that human longevity, after the capacity to reproduce has been lost, is much greater than in other species. People who are married, particularly those whose marriages are long and happy, live much longer than the single or divorced. A fond spouse is a loving, sexual, and therefore intensely pleasurable stimulus to his or her mate. When either dies, the other is deprived of a major source of strength and love, and he or she often dies relatively soon. People deeply involved in useful and satisfying activities, such as work or hobbies, live longer than those who are not. Such voluntary activities usually evoke considerable pleasure in the people engaged in them. Social and interpersonal pleasures, of which love is the most important, may therefore be major reasons for humans' relative longevity.³⁰ We found this to be particularly true among Thai physicians that the majority were married, implying that their spouses were also long-lived.

A study suggested that improved physician survival could be attributed to the highly selective process which admitted primarily healthy individuals from the middle and upper socioeconomic classes to the medical profession. The extended, competitive academic training that preceded the M.D. degree effectively prevented many of those who were economically deprived or in poor health from becoming physicians.³¹ In other words, physicians pass through a very strong "healthy worker effect" in occupational medicine perspective.

Conclusion

The objectives of this study were to explore characteristics of the long-lived Thai physicians. We sent 983 posted questionnaires to 840 male and 143 female physicians. We obtained 327 of them back after 2 rounds of mailing, yielding a response rate of 33.3. The response rate of male physicians was 32.4 percents and that of female physicians was 38.5 percents.

Their ages were between 68-93 years (75.1 ± 4.86 years on average). The majority were married, implying that their spouses were also long-lived. Around half of them still did some clinical work, one-fourth did some charity work, one-fourth did various voluntary works, one-fifth did some business, one-fifth did some academic work, and some did more than one type of work.

Most long-lived physicians were not obese, with BMI of 16.53-34.16 (average 23.97 ± 2.80). Only 8 had BMI higher than 30. BMIs were not different between male and female physicians. However, four-fifths of them had diseases that required treatment, and some of them had more than one disease. The highest frequent diseases were hypertension, diabetes, ischemic heart disease, dyslipidemia, and benign prostate hypertrophy, respectively.

Most long-lived physicians did exercise (87.8%), some did more than one method. The most frequent one was walking (52.3%). This was supported by a previous study³² finding a graded inverse relationship between total physical activity and mortality. Most did not drink alcohol or drank occasionally, only 9.0% drank regularly. Most of them slept 3-9 hours per night (average 6.75 ± 1.06). Most (78.3%) took some medication regularly; of most were medicine for their diseases. Most did not eat macrobiotic food, vegetarian food, or fast food regularly.

Most long-lived physicians practiced some religious activities by praying, paying respect to Buddha, giving food to monks, practicing meditation, and listening to monks' teaching. They also used Buddhist practice and guidelines for their daily living and work, and also recommended these to their younger colleagues. Their recreational activities were playing musical instruments (15%), singing (27%), doing hobbies (64.0%), and others (51.8%). Most did not reply on question whether they achieved their self-actualization target of their lives, this might result from the fact that this was rather an abstract question.

Our study found some agreement with a review study³³ indicating that physicians compared favorably with the general population in mortality from physical illness but unfavorably with regard to mental illness, notably the affective, suicide and addiction. Stress of medical practice does influence the emotional adjustment but does not seem to exert a greater negative influence on the physical health of doctors than does stress encountered in other occupations. This may be due to the better care physicians are able to secure for themselves.

Acknowledgement

We would like to thank Thailand Research Fund for the grant.

References

1. National Statistic Office and Economic Development Council, Office of the Prime Minister. Population Census Thailand 1960, Whole Kingdom. Bangkok Statistic Office and Economic Development Council, Office of the Prime Minister, 1962
2. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1970, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1977.

3. National Statistic Office, Office of the Prime Minister, Population and Housing Census Thailand 1980, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1984.
4. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1990, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1994.
5. Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 1990-2020. Bangkok, Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board, 1995.
6. General Register Office. Census of England and Wales 1841 (vol ii). London, HMSO, 1843.
7. General Register Office. Census of England and Wales 1861 (vol i). London, HMSO, 1862.
8. General Register Office. Census of England and Wales 1881 (vol iii). London, HMSO, 1883.
9. General Register Office. Census of England and Wales 1901, Preliminary report and summary table, London, HMSO, 1901.
10. Office of Population Censuses and Surveys, Population Projections 1987-2027. London, HMSO, 1989, Series PP2, No. 16.
11. Division of Health Statistics, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics 1994. Bangkok, Division of Health Statistics, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 1996.
12. Jitapunkul S. Factor associated with one-year mortality of the Thai elderly living in a community. *J Med Assoc Thai* 1996;79:434-8.
13. Hermanova HM. Health promotion for the elderly. Geneva, ESHEL JDC Brookdale Institute, Ministry of Health (Israel), World Health Organization, 1992.
14. Radecki SE, Cowell WG. Health promotion for elderly patients. *Fam Med*. 1990 Jul-Aug;22(4):299-302.
15. Upton AC. Environmental medicine: introduction and overview. *Med Clin North Am*. 1990 Mar;74(2):235-44.
16. Doughty BP. Old Parr: or how old is old? *South Med J*. 1988 Jul;81(7):906-8.
17. Katz JD. Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg*. 2004 Apr;98(4):1111-3, table of contents.
18. Chodorowski Z, Waldman W, Salamon M, Wisniewski M, Anand JS. [Longevity of physicians and medical scientists born from 1880 to 1904] *Przegl Lek*. 2003;60(4):249-50. [Article in Polish]
19. Seyda B. [Premature death and longevity of physicians] *Arch Hist Filoz Med*. 2000;63(Suppl 9):1-148. [Article in Polish]
20. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. *Soc Hist Med*. 1996 Apr;9(1):1-30.

21. Nishi M, Miyake H, Kato T, Yamazoe M, Tanaka E, Ishii T, Usui K. Life span of Japanese male medical doctors. *J Epidemiol.* 1999 Nov;9(5):315-9.
22. Hart CD. Longevity of American physicians. *J Maine Med Assoc.* 1975 Sep;66(9):233, 243.
23. Freeman JT. The longevity of gerontologists. *J Am Geriatr Soc.* 1975 May;23(5):200-6.
24. Goodman LJ. The longevity and mortality of American physicians, 1969-1973. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1975 Summer;53(3):353-75.
25. Maizat VS. [Creative longevity of scientist physicians] *Klin Med (Mosk).* 1995;73(6):66-8. [Article in Russian]
26. Wright DJ, Roberts AP. Which doctors die first? Analysis of BMJ obituary columns. *BMJ.* 1996 Dec 21-28;313(7072):1581-2.
27. McManus C. Which doctors die first? Recording the doctors' sex might have led authors to suspect their conclusions. *BMJ.* 1997 Apr 12;314(7087):1132.
28. Khaw KT. Which doctors die first? Lower mean age at death in doctors of Indian origin may reflect different age structures. *BMJ.* 1997 Apr 12;314(7087):1132.
29. Padfield A. Myths in medicine. Story that early retirement is associated with longevity is often quoted. *BMJ.* 1996 Jun 22;312(7046):1611.
30. Lehrman NS. Pleasure heals. The role of social pleasure--love in its broadest sense--in medical practice. *Arch Intern Med.* 1993 Apr 26;153(8):929-34.
31. Williams SV, Munford RS, Colton T, Murphy DA, Poskanzer DC. Mortality among physicians: a cohort study. *J Chronic Dis.* 1971 Aug;24(6):393-401.
32. Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS Jr. Exercise intensity and longevity in men. The Harvard Alumni Health Study. *JAMA.* 1995 Apr 19;273(15):1179-84.
33. Krakowski AJ. Stress and the practice of medicine--the myth and reality. *J Psychosom Res.* 1982;26(1):91-8.

Table 1 Characteristics of long-lived Thai physicians

variable	Number	minimum	maximum	mean	SD	P value by t-test
Age (years)	323	68	93	75.1	4.86	
female	54			78.5	3.35	0.0001
male	269			74.4	4.83	
Weight (kgs)	324	45	96	64.7	9.66	
Female	54			58.5	9.77	0.0001
Male	270			66.0	9.16	
Height (cms)	326	136	188	164.0	7.46	
female	55			155.2	6.48	0.0001
Male	271			165.8	6.28	
BMI (kgs/m ²)	324	16.53	34.16	23.97	2.80	
Female	54			24.16	3.62	0.66
Male	270			23.93	2.61	

Table 2 Distribution of some characteristics of long-lived Thai physicians

variable		Number	percent
gender	female	55	16.8
	Male	272	83.2
Marital status	Married	252	77.5
	Single	22	6.8
	Widowed	47	14.5
	Divorced	4	1.2
disease	No	67	20.5
	Yes	260	79.5
exercise	No	40	12.2
	Yes	287	87.8
Alcohol drinking	No	145	44.8
	Sometimes	150	46.3
	Regular (at least once a week)	29	9.0
Taking medication	No	71	21.7
	Yes	256	78.3
Eating macrobiotic food	No	299	91.4
	Yes	28	8.6
Eating vegetarian food	No	297	91.1
	Yes	29	8.9
Eating fast food	No	288	88.3
	Yes	38	11.7
Practicing religious activities	No	85	26.2
	Yes	239	73.8
Playing musical instrument	No	256	85.0
	Yes	45	15.0
singing	No	219	73.0
	Yes	81	27.0
hobby	No	112	36.0
	Yes	199	64.0
Other recreation activities	No	147	48.2
	Yes	158	51.8
Achieve self actualization	No	7	2.1
	Yes	19	5.8
	Not answer	301	92.0

การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน ผลการศึกษาระยะที่ 2

Longevity of Thai Physicians : Phase 2 and policy implications

Pornchai Sithisarankul* Veera Piyasing* Benjaporn Boonthaim* Suthee Ratanamongkolgul**
Somkiat Wattanasirichaigoon**

*Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330

**Faculty of Medicine, Srinakharinrajavidyalaya University, Bangkok, 10110

Abstract

This is Phase 2 of our study on Thai long-lived physicians. After obtaining quantitative data from Phase 1, we approached 11 male and 5 female physicians whose ages were older than general population's life expectancy. We conducted in-depth interview using semi-structured questions asking about their life, work, lifestyle, and relevant factors. Then we synthesized the factors influencing longevity. We found that they are genetic, financial stability/security, trying to be disease-free by increase positive lifestyle (such as exercise) and decrease negative lifestyle (such as drug addict, alcohol consumption), mind-set to be non-attachment (either doing nothing or busy doing everything), and being mentally ready to die. We also propose policy implications for Thai physicians and people accordingly.

แพทย์ไทยอายุยืน : ผลการศึกษาระยะที่ 2 และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พรชัย สิทธิธรรมกุล* วีระ ปิยะสิงห์* เบญจพร บุญเทียม* สุธีร์ รัตนมงคลกุล** สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล**

*คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ 10110

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นระยะที่ 2 ของการศึกษาแพทย์ไทยอายุยืน หลังจากการศึกษาในเชิงปริมาณใน ระยะที่ 1 เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยได้ติดต่อขอสัมภาษณ์เจาะลึกแพทย์อาวุโสชาย 11 คนและหญิง 5 คน ซึ่งมี อายุมากกว่าอายุคาดของประชากรไทย หัวข้อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชีวิต การงาน ลีลาชีวิตและปัจจัยที่คาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืน แล้วทำการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มี ผลให้อายุยืนได้แก่ พันธุกรรม, ความมั่นคงทางการเงิน, ปฏิบัติตนให้ปลอดจากโรค โดยเพิ่มวิถีชีวิตที่ดี และลดวิถีชีวิตที่ไม่ดี, ทำจิตใจให้ปล่อยวาง ไม่ว่าจะทำงานหรือไม่ก็ตาม, และเตรียมจิตใจให้พร้อม สำหรับความตาย ผู้วิจัยได้เสนอข้อเสนอแนะให้แก่แพทย์และประชากรไทยด้วย

Introduction

In the history, there were several evidences convincing that human wished for longevity, even immortality. In Chinese dynasties, for instance, the emperors were hailed to live for ten thousand years. Although death is inevitable, longevity is not impossible. Human can have a life span of more than 100 years, and more and more people live beyond a century. Besides longevity, health, happiness and wealth are other human's desire. How to get old with good health is of everyone's interest. Physicians are responsible for taking care of peoples' lives and health. How Thai physicians' health is and how to promote them are our objectives.

The result of our previous publication on Thai physicians' longevity¹ revealed that quite a few numbers of Thai physicians lived longer than life expectancy of their general population counterparts. Although the average age at death was 55 years and seemed to be rather low, those who survived did live longer than general population of Thailand. In general, there are quite a few senior physicians still working productively in various fields, such as academic, business, charity, and other social activities. There have not been, to our knowledge, any studies addressing this issue. Despite their exposure to health hazards during their career, how they could live longer and how their health was were our objectives of this study. Gaining insight into this issue will likely make us aware of longevity factors that are suitable for Thai people in general.

It is confidently predicted that people will live longer and the proportion of aged people will become greater in the future. It is estimated that the number of Thai people older than 60 years will increase from 4.02 millions (7.36 percents of total population) in 1990 to become 10.78 millions (15.28 percents of total population) in 2020.²⁻⁶ The rate of "population ageing" in Thailand and other ASEAN countries has been much faster than that in developed countries.⁷⁻¹¹ The trend is an increase in not only the number of old aged people but also the longevity or the number of years they could live.¹² Health promotion is one of key processes in slowing the deterioration of health.¹³⁻¹⁴ Understanding the clues and practice for longevity and healthiness in Thai physicians should lead to expansion of such practice to Thai population at large. Thai people will eventually live longer and healthier.

Objectives

In Phase 1 of our study, we explored distribution and characteristics of long-lived Thai physicians. This Phase 2 of our study had the objective to conduct in-depth qualitative research to comprehend their lifestyle and daily activities. Then, we would synthesize guideline for healthy longevity for Thai people.

Materials and methods

This Phase 2 was a qualitative research conducted by selecting 11 male and 5 female physicians who were socially recognized and still doing their jobs or contributing to the society in any way. During November 2004 to January 2005, we used semi-structured in-depth questions to interview these 16 physicians in order to confirm some findings obtained from the quantitative step (Phase 1), and to get more insight into their longevity.

The in-depth interview processes were:

1. After we (PS and VP) introduced ourselves and explained the objectives of the study, we asked for their permission to tape-record the conversation.
2. We asked them to tell us about their lives (from being a medical student till now), including their current work.
3. We asked about their life styles and activities they practiced and found to contribute to their health and longevity.
4. We asked about their alcoholic consumption.
5. We asked about their family lives and their family management.
6. We asked about their financial management.
7. We asked about their self esteem.
8. We asked about their philosophy of work.
9. We asked about their health and their annual physical check-ups.
10. We asked about their opinion and concern on current medical community.
11. We asked for their message to Thai physicians.
12. We asked for their message to Thai people especially on longevity.

From findings of Phases 1 and 2, we synthesized recommendations for Thai people to live a long life.

The study was ethically approved by the Ethical Committee, Faculty of Medicine, Srinakharintarawit University, and supported by Thailand Research Fund.

Results: Phase 2: qualitative research

We conducted in-depth interview with 11 male and 5 female physicians. Their average age was 81.2 (range 69-93) years. The questions were previously prepared as mentioned. Since this study was a qualitative research, quantitative data was not of primary interest. However, some figures were:

- None of them smoked.
- Three of them occasionally drank alcohol socially, 13 of them did not drink.

- Three of them regularly exercised, 11 of them moved their bodies everyday by doing daily activities such as walking, cleaning the house, watering the plants/trees, etc.

- Four of them still drove a car by themselves.

- Most of them managed their families democratically.

- None of them had financial problems due to relative high income of physicians. One of them recommended that by the age of 60: to live till 80, one should save 200 times that of his monthly expense; and to live till 100, one should save 400 times that of his monthly expense.

- Fourteen of them had regular check-ups, and 11 of them regularly visited his/her physicians for treatment and consultation.

- Four of them expressed their concern on current medical community, but 5 said it was part of the social changing processes which occurred globally, and one said it might be a better check-and-balance mechanism for physicians not to conduct wrongly.

From findings of Phases 1 and 2, we synthesized recommendations for Thai people to live a long life. Factors for longevity are genetic, financial stability/security, trying to be disease-free by increase positive lifestyle (such as exercise) and decrease negative lifestyle (such as drug addict, alcohol consumption), mind-set to be non-attachment (either doing nothing or busy doing everything), and being mentally ready to die.

Discussion and Conclusion

Human health and longevity have long been known to depend on a complex interplay between hereditary and nonhereditary determinants. The latter include various lifestyle factors, as well as physical and chemical agents encountered in air, food, water, consumer products, the workplace, and the environment at large.¹⁵

Although this study has focused only on physicians, it has several policy implications. The fact is that there is the trend for people to live longer. We are facing a situation of growing proportion of aged people. Knowing what factors for longevity are, we can set policy to advocate them. For financial stability, we should plan for financial management of people either individually and collectively. This should be initiated soon before retirement because people are actively working and can earn money. The popular way is to coerce them to save up certain amount of money each month, such as the Social Security Fund and the Government Pension Fund. However, some prefer savings and insurance in the same package.

We, physicians, should improve our lifestyle and encourage our patients, friends and relatives to do so. For example, increasing positive lifestyle can be done through regular exercise and healthy nutrition. Decreasing negative lifestyle can be done, for instance, by

smoking cessation, avoid driving under influence of drug and alcohol, and refrain from drug addict. Physicians should talk to their patients, friends and relatives about these issues whenever they have the opportunity. And the most importance is they do these themselves.

The mind-set to be non-attachment is essentially finding way to be peaceful. This may be achieved through some mind practice such as meditation, pray, and other religious activities. To be mentally ready to die is to be even more peaceful. It has generally been accepted, especially in the eastern culture, that peace of mind can have several positive biofeedbacks to the body.¹⁶⁻¹⁹

Acknowledgement

We would like to thank Thailand Research Fund for the grant. We highly appreciate the kindness, time and hospitality of these 16 long-lived physicians.

References

1. Sithisarankul P, Piyasing V, Boonthaim B, Rattanamongkolgul S, Wattanasirichaigoon S. Longevity of Thai Physicians. J Med Assoc Thai 2004; 87 (Suppl 4): S23-32.
2. National Statistic Office and Economic Development Council, Office of the Prime Minister. Population Census Thailand 1960, Whole Kingdom. Bangkok Statistic Office and Economic Development Council, Office of the Prime Minister, 1962
3. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1970, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1977.
4. National Statistic Office, Office of the Prime Minister, Population and Housing Census Thailand 1980, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1984.
5. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1990, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1994.
6. Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 1990-2020. Bangkok, Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board, 1995.
7. General Register Office. Census of England and Wales 1841 (vol ii). London, HMSO, 1843.
8. General Register Office. Census of England and Wales 1861 (vol i). London, HMSO, 1862.
9. General Register Office. Census of England and Wales 1881 (vol iii). London, HMSO, 1883.
10. General Register Office. Census of England and Wales 1901, Preliminary report and summary table, London, HMSO, 1901.
11. Office of Population Censuses and Surveys, Population Projections 1987-2027. London, HMSO, 1989, Series PP2, No. 16.

12. Division of Health Statistics, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics 1994. Bangkok, Division of Health Statistics, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 1996.
 13. Hermanova HM. Health promotion for the elderly. Geneva, ESHEL JDC Brookdale Institute, Ministry of Health (Israel), World Health Organization, 1992.
 14. Radecki SE, Cowell WG. Health promotion for elderly patients. Fam Med. 1990 Jul-Aug;22(4):299-302.
 15. Upton AC. Environmental medicine: introduction and overview. Med Clin North Am. 1990 Mar;74(2):235-44.
 16. Kim S. Mind and body in spiritual perspectives. Nurs Health Sci. 2005 Mar;7(1):77.
 17. Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. Nurs Sci Q. 2004 Apr;17(2):128-34.
 18. Klamut MK. The promotion of happiness. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska [Med]. 2002;57(1):1-9.
 19. Pincharoen S, Congdon JG. Spirituality and health in older Thai persons in the United States. West J Nurs Res. 2003 Feb;25(1):93-108.
-

**ชั่วโมงการทำงาน ผลกระทบในการทำงาน
และสวัสดิภาพของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

ชื่อเรื่อง: ชั่วโมงการทำงาน ผลกระทบในการทำงาน และสวัสดิภาพของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

Title: Work hour, performance and well-being of Thai internists

พญ.วรพรรณ กาญจนกันทร¹

อ.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล²

ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล¹

ศ.นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล³

¹ ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำสำคัญ (Key words) workload, work hour, stress, lowered standard of practice, work related accident, internist

บทนำ

ในปี พ.ศ.2545 มีแพทย์ลาออกรวม 400 คนและ ปี2546 ที่ผ่านมามีแพทย์ลาออกจากราชการเกือบ 1,000 คน พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้แพทย์ลาออกจากระบบราชการ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากขาดแคลนแพทย์ ทำให้แพทย์ที่เหลืออยู่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้นาน จะเกิดผลกระทบแบบโดมิโน ทำให้แพทย์ลาออกกันเพิ่มขึ้นเพราะทนภาวะงานหนักไม่ไหว ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์ลาออกมากคือ การทำงานซึ่งต้องอยู่เวรปฏิบัตินอกเวลาราชการรวมทั้งวันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งส่วนมากต้องอยู่เวรไม่น้อยกว่า 10 เวรต่อเดือน อาจมีวันพักผ่อนทำกิจกรรมที่สนใจได้น้อยลง นอกจากนี้ แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยและสั่งการรักษาก่อนเวลาทำงานจริง จากนั้นจึงมีกิจกรรมอื่น เช่นการออกตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้าห้องผ่าตัด และภายหลังเวลาราชการ แพทย์ยังต้องสลับกันอยู่เวร ซึ่งอาจเป็นเวรตรวจผู้ป่วยห้องฉุกเฉินตั้งแต่ เวลา 16.00 น จนถึง เวลา 8.00 น. ในวันรุ่งขึ้น ซึ่งในบางครั้งอาจมีผู้ป่วยมากจนแทบไม่ได้นอนทั้งคืน นอกจากนี้หลังออกเวรตอนเช้ายังต้องทำงานต่อเหมือนปกติ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบผู้ป่วยที่ตนได้ตรวจรักษาหรือทำผ่าตัดไว้ เช่นอาจต้องถูกตามกลับมาแก้ไขผู้ป่วยที่ตนได้ทำผ่าตัดไว้ตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าภาระงานของแพทย์นั้นส่งผลทำให้มีความรับผิดชอบที่สูงและชั่วโมงการทำงานที่นาน ซึ่งส่งผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย ซึ่งในโครงการสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย 2546 พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีระยะเวลาของการนอนหลับส่วนใหญ่ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 58.9 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบการประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ 37 คน (ร้อยละ 9.7) และมีประวัติหลับใน 57 คน(ร้อยละ 15) (1) ดังนั้นงานที่จำเป็นต้องทำในช่วงเวลากลางคืนซึ่งโดยปกติเป็นเวลานอนหลับพักผ่อน โดยระบบที่เรียกว่า biological clock การนอนหลับที่ผิดปกติ เนื่องจากการอดนอนอาจมีผลต่อระบบร่างกายซึ่งเดิมเป็นวงจร 25 ชั่วโมง

และการนอนหลับลำบากขึ้นเมื่อทำงานกะกลางคืนแล้วต้องมาทำงานต่อในช่วงบ่าย (2) จึงเกิดผลกระทบต่อแพทย์ทั้งความอ่อนล้าและความเครียด ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของแพทย์เองและการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่เต็มประสิทธิภาพและรวมถึงความคลาดเคลื่อนในกระบวนการรักษาพยาบาล

ในด้านชั่วโมงการทำงาน สมาพันธ์คุณภาพการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (The Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) ในสหรัฐอเมริกา ศึกษาพบว่าระยะเวลาการทำงานนานและการอดนอนส่งผลต่อการปฏิบัติงาน จึงได้กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านทำงานไม่เกินสัปดาห์ละ 80 ชั่วโมง, มีการพักผ่อนอย่างน้อย 10 ชั่วโมงระหว่างการทำงานวันต่อไป, มีวันหยุด 1 วันต่อสัปดาห์ และห้ามทำงานติดต่อกันนานเกิน 24 ชั่วโมง (3, 4) เป็นต้น แต่ทว่าแพทย์สภาของไทยมิได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเอาไว้เหมือนในต่างประเทศจึงทำให้เกิดการทำงานที่มีชั่วโมงยาวนานของแพทย์ในสถานพยาบาล การศึกษาชิ้นนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาปัญหาในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากการไม่มีการศึกษาด้านนี้ภายหลังการเปลี่ยนระบบการเพิ่มพูนทักษะและชดเชยทุน วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาของการทำงานที่มีระยะเวลายาวนานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะและผลกระทบที่เกิดขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research Design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study cross-sectional study ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ประจำปี 2547 สำหรับการปฏิบัติงานใน 6 เดือนที่ผ่านมา (เม.ย.- ก.ย. พ.ศ.2547) จำนวนขนาดตัวอย่างได้กลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวน 460 คน เลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 218 คน เพศหญิง 242 คน ผู้ตอบกลับมากกว่า ร้อยละ 80 พบในเขตสาธารณสุขที่ 6, 7 ผู้ที่ตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 60 พบในเขตเขตสาธารณสุขที่ 4, 12 มีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งสิ้น 329 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดตอบเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เพศ, สถานที่จบการศึกษา ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ การทำงานล่วงเวลา, การดูแลหอผู้ป่วย, เข้าห้องผ่าตัด, การออกตรวจผู้ป่วยนอก, การอยู่เวรห้องฉุกเฉิน เป็นต้น ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยก่อนและหลังจบแพทย์, การขาดงาน, การเกิดอุบัติเหตุใน/นอกเวลาทำงาน, การใกล้เกิดอุบัติเหตุใน/นอกเวลาทำงาน, การหลับในใน/นอกเวลาทำงาน, ข้อมูลสุขภาพจิต ได้แก่ Thai General Health Questionnaire (Thai GHQ-12) (5) ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดในการรักษา พิจารณาการเกิดอันตรายจากแพทย์จบใหม่ การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ทำโดยมีการส่งหนังสือขอความร่วมมือการเข้าร่วมศึกษาวิจัยและแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังฝ่ายควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ประจำปี 2547 ปฏิบัติราชการอยู่ การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) จากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรม SPSS11.5 for Windows และ จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา, ปัญหาสุขภาพ และอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นโดยใช้รูปแบบการแสดงค่าความถี่, ร้อยละ และหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ Chi-square test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 171 คน (ร้อยละ 52.0) อายุเฉลี่ย 24.4 ± 1.0 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 98.2) สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี (ร้อยละ 17.9) พื้นที่ตั้งของสถานที่ทำงานใช้ทุนอยู่ในเขตสาธารณสุขที่ 6 มากที่สุด (ร้อยละ 16.1) ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของประชากรในกลุ่มศึกษา

ลักษณะประชากร	การจัดกลุ่ม	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
เพศ	ชาย	158	48.0%
	หญิง	171	52.0%
อายุ (ปี)	22-24	191	58.1%
	25-27	133	40.4%
	28-30	5	1.5%
สถานภาพสมรส	โสด	323	98.2%
	สมรส	4	1.2%
	ไม่ระบุ	2	0.6%

สำหรับข้อมูลลักษณะการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะในกลุ่มตัวอย่างพบว่าทุกคนทำงานรับราชการทั้งหมด ดังนั้นเวลาทำงานปกติ จึงเหมือนข้าราชการทั่วไป คือ 8.00-16.00 น. ไม่แตกต่างกัน, ทุกคนทำงานล่วงเวลาในโรงพยาบาลของรัฐบาล และจำนวน 25 คน (ร้อยละ 7.6) ทำงานล่วงเวลาในสถานพยาบาลเอกชนร่วมด้วย ส่วนใหญ่จำนวน 106 คน (ร้อยละ 33.4) มีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาทั้งหมดในโรงพยาบาลรัฐบาลอยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานล่วงเวลาที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่จำนวน 225 คน (ร้อยละ 68.4) ทำงานไม่เกิน 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเพศชาย 113 คน (ร้อยละ 71.5) เพศหญิง 112 คน (ร้อยละ 65.5) การทำงานล่วงเวลาหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่ จำนวน 115 คน (ร้อยละ 35.0) ทำงานล่วงเวลาระหว่าง 21-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพศชาย 57 คน (ร้อยละ 36.1) , เพศหญิง 58 คน (ร้อยละ 33.9) การออกตรวจผู้ป่วยนอกเวลาส่วนใหญ่ จำนวน 316 คน (ร้อยละ 96.0) ออกตรวจไม่เกิน 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเพศชาย 147 คน (ร้อยละ 93.0) เพศหญิง 169 คน (ร้อยละ 98.8) สถิติของการทำงานต่อเนื่องกันโดยไม่หยุดพักสูงสุดที่พบเป็นเพศชาย ทำงานต่อเนื่องกัน 288 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ จำนวน 170 คน (ร้อยละ 51.7) เคยทำงานต่อเนื่องกันมากที่สุดอยู่ในช่วง 25-48 ชั่วโมง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์จำนวนเกือบสองในสามตอบว่าหลังจากการรักษาไปแล้วคิดว่ายังมีวิธีอื่นที่เหมาะสมมากกว่าแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการทำงานล่วงเวลาและการรักษาพยาบาล

ลักษณะการทำงานล่วงเวลา	การจัดกลุ่ม	จำนวน (%)
สถานที่ที่ทำงานล่วงเวลา	โรงพยาบาลรัฐเท่านั้น	304 (92.4)
	ทำใน รพ.เอกชนร่วมด้วย	25 (7.6)
ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาทั้งหมดต่อสัปดาห์	ไม่เกิน 40	56 (17.0)
	41-60	106 (32.2)
	61-80	88 (26.7)
	81ขึ้นไป	79 (24.0)
	ไม่เคย	41 (12.6)
ความรู้สึกว่าหลังจากการรักษาพบว่ามีการรักษาอื่นที่ดีกว่า	ไม่เคย	41 (12.6)
	เคย 1 ครั้ง	73 (22.5)
	เคย มากกว่า 1 ครั้ง	211 (64.9)

จากการเปรียบเทียบผู้ที่ทำงานนอกเวลาที่ไม่เกิน 80 ชั่วโมง และเกิน 80 ชั่วโมง พบว่าผู้ที่มีเวลาการทำงานนอกเวลาทั้งหมดมากกว่า 80 ชม จะมีแนวโน้มที่ตอบว่าเคยเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการทำงาน นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังให้ความคิดเห็นว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการมีความไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีเวลาทำงานไม่เกิน 80 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ การเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการทำงาน และความรู้สึกต่อชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ

ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม	เวลาทำงานทั้งหมดไม่เกิน 80 ชม	เวลาทำงานทั้งหมดมากกว่า 80 ชม	รวม	*p-value
การเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการทำงาน	ไม่เคย	233 (94.0)	68 (87.2)	301 (92.3)	0.05
	เคย	15 (6.0)	10 (12.8)	25 (7.7)	
	รวม	248 (100)	78 (100)	326(100)	
ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการ	เหมาะสม	101 (41.1)	20 (25.3)	121 (37.2)	0.01
	หนักเกินไป	145 (58.9)	59 (74.7)	204 (62.8)	
	รวม	246(100)	79(100)	325 (100)	

* Chi-square test

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของการนอนที่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงพบว่า แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มีเวลาการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงมีความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ความไม่พึงพอใจในการทำงานใช้ทุน และความรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย หลังลงเวร มากกว่า แพทย์ที่มีเวลานอน 6 ชั่วโมง ขึ้นไป ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่ใช้ในการนอนหลับต่อวันกับการเกิดอุบัติเหตุ ความพึงพอใจและความอ่อนล้า

ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม	6 ชั่วโมง ขึ้นไป	น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	รวม	* p-value
การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	ไม่เคย	144 (94.7)	153 (87.9)	297 (91.1)	0.031
	เคย	8 (5.3)	21 (12.1)	29 (8.9)	
	รวม	152 (100)	174 (100)	326 (100)	
ความพึงพอใจในการทำงานใช้ทุน	พอใจ	120 (79.5)	112 (65.5)	232 (72.0)	0.005
	ไม่พอใจ	31 (20.5)	59 (34.5)	90 (28.0)	
	รวม	151 (100)	171 (100)	322 (100)	
ความรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย หลังลงเวร	ไม่เคย หรือ เป็นบางครั้ง	33 (21.4)	23 (13.3)	56 (17.1)	0.051
	บ่อย หรือ เกือบทุกครั้ง	121 (78.6)	150 (86.7)	271 (82.9)	
	รวม	154 (100)	173 (100)	327 (100)	

* Chi-square test

อภิปรายผลและสรุปการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ประการที่หนึ่ง การทำงานนอกเวลาที่ยาวนาน (มากกว่า 80 ชม)ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่มีไ้จากการทำงาน และ ความรู้สึกว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานนอกเวลามีความไม่เหมาะสม ประการที่สอง การนอนที่ไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 6 ชั่วโมง) ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และความไม่พึงพอใจในการทำงานใช้ทุน รวมถึงความรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย หลังลงเวร

การศึกษาประเทศอังกฤษในเรื่องนี้พบว่า การทำงานของแพทย์จบใหม่ในประเทศ (6) ที่ยาวนานส่งผลต่อสุขภาพและการลดลงของสมรรถภาพการทำงานอีกทั้งสุขภาพทางสังคม การสำรวจแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาพบว่าภาวะอดนอนเรื้อรังถึง 64% (7) ในรายงานนี้ยังระบุว่า เกือบ 70% เคยหลับในขณะปฏิบัติหน้าที่ เช่นการทบทวนการรักษาและการอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยใน การแปลผลการส่งตรวจและการเขียนคำสั่งรักษาพยาบาล และประมาณเกือบครึ่ง (48%) ที่มีปัญหาการนอนไม่เพียงพอ นอกจากนี้มีรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาว่าแพทย์ประจำบ้านปีหนึ่งที่หนึ่งรายงานว่ามีชั่วโมงการทำงานเกิน 80 ชั่วโมงถึงเกือบครึ่งหนึ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 83 ชั่วโมง ซึ่งจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดจะสัมพันธ์กับ ความเครียด การอดนอน การเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการเกิดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานและความคลาดเคลื่อนทางการรักษาพยาบาล(8) การศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม (9) พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีปัญหาการขาดการนอนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลในงานที่ทำซ้ำ ๆ และงานที่ต้องการสมาธิอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในแพทย์ประจำบ้านในโรงเรียนแพทย์ 5 แห่งพบว่า ภาวะขาดการนอนและอ่อนเพลียสัมพันธ์กับ การเรียนรู้สมรรถนะในงาน ความเป็นวิชาชีพแพทย์ ชีวิตส่วนตัว คู่ครอง และครอบครัว (10) ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีจำนวนถึง 84% ที่พบว่าการนอนที่มีปัญหาถึงขั้นที่ควรได้รับการแก้ไข ในประเทศออสเตรเลีย แพทย์ต้องการขอลดชั่วโมงการทำงานซึ่งเหตุผลที่ให้ออกคือ การมีภาระหน้าที่ที่มากเกินไป ผลกระทบทางครอบครัว และภาวะความเครียด (11) การศึกษาในแพทย์ประจำบ้านในประเทศอิสราเอลพบว่า ระยะเวลาการนอนและภาระงานมีผลต่อการมีอารมณ์ที่ไม่ดีในวันหลังการอยู่เวร(12)

จะเห็นว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในต่างประเทศหลาย ๆ ประเทศซึ่งศึกษาในแพทย์ที่มีลักษณะคล้ายกันคือเป็นแพทย์ที่จบใหม่หรือแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าภาระงานที่หนักซึ่งวัดจากชั่วโมงการทำงานที่นานและเวลาการนอนที่น้อย ส่งผลต่อสุขภาพของตัวแพทย์ ความรู้สึกอ่อนล้า ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทั้งในและนอกหน้าที่การงาน สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และความรู้สึกถึงความไม่เหมาะสมของระยะเวลาการทำงาน

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การทำงานนอกเวลาที่ยาวนานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะอาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีใช้จากการทำงาน และ ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อระยะเวลาการทำงานนอกเวลา และการนอนที่ไม่เพียงพอของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความเชื่อมโยงกับความรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย หลังลงเวร และ ความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในการทำงานใช้ทุน จึงควรได้มีการกำหนดให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะได้มีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมและมีการบริการเวลาการนอนให้มีจำนวนชั่วโมงที่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. การประชุมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่1. In: การประชุมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่1.; 2546; กรุงเทพฯ, 2546.; 2546. p. 93-107.

2. Barton J, Folkard S, Smith L. Effects on health of a change from delaying to an advancing shift system. *Occup Environ Med* 1994;51:749-55.
3. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Report of the Work Group on Resident Duty Hours and the Learning Environment, June 11, 2002. In: <http://www.acgme.org> (accessed July 16, 2004); 2002.
4. Zafirau B, Krishen A, Hines R. Meeting ACGME's work hour regulations. *Fam Med* 2003;35(7):464-5.
5. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. General Health Questionnaire. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541;1(5-17).
6. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health--I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1997;45(1):35-40.
7. Rosen IM, Bellini LM, Shea JA. Sleep behaviors and attitudes among internal medicine housestaff in a U.S. university-based residency program. *Acad Med* 2004;79(5):407-16.
8. Baldwin DC, Jr., Daugherty SR, Tsai R, Scotti MJ, Jr. A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty. *Acad Med* 2003;78(11):1154-63.
9. Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med* 1991;66(11):687-93.
10. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Acad Med* 2004;79(5):394-406.
11. Crook HD, Taylor DM, Pallant JF, Cameron PA. Workplace factors leading to planned reduction of clinical work among emergency physicians. *Emerg Med Australas* 2004;16(1):28-34.
12. Tzischinsky O, Zohar D, Epstein R, Chillag N, Lavie P. Daily and yearly burnout symptoms in Israeli shift work residents. *J Hum Ergol (Tokyo)* 2001;30(1-2):357-62.

**ความเครียดและความพึงพอใจ
ในการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

ชื่อเรื่อง: ความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

Title: Stress and work satisfaction among internists

พญ.วรพรรณ กาญจนกันทร ¹

อ.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล ²

ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ¹

ศ.นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ³

¹ ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำสำคัญ (Key words) workload, stress, job satisfaction, lowered standard of practice, alcohol consumption, medical error, internist,

บทนำ

อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่มีความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยที่สูงผนวกกับต้องทำงานอยู่เวรนอก เวลาทำงานปกติรวมถึงกลางคืนร่วมด้วยและมีภาระงานอย่างอื่นนอกเหนืองานบริหารร่วมด้วยอาจเป็นสาเหตุให้แพทย์ต้องแบกภาระเหล่านี้โดยเฉพาะแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย ในปี พ.ศ.2545 มีแพทย์ลาออกรวม 400 คนและ ปี2546 ที่ผ่านมามีแพทย์ลาออกจากราชการเกือบ 1,000 คน ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากขาดแคลนแพทย์ ทำให้แพทย์ที่เหลืออยู่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้นาน จะเกิดผลกระทบแบบโดมิโน ทำให้แพทย์ลาออกกันเพิ่มขึ้นเพราะทนภาวะงานหนักไม่ไหว

ชั่วโมงการทำงานที่นาน ซึ่งส่งผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย โดยเฉพาะหากงานนั้นจำเป็นต้องทำในช่วงเวลากลางคืนซึ่งโดยปกติเป็นเวลานอนหลับพักผ่อน โดยระบบที่เรียกว่า biological clock การนอนหลับที่ผิดปกติ เนื่องจากการอดนอนอาจมีผลต่อระบบร่างกายซึ่งเดิมเป็นวงจร 25 ชั่วโมงและการนอนหลับล่าช้ามากขึ้นเมื่อทำงานกะกลางคืนแล้วต้องมาทำงานต่อในช่วงบ่าย (1) จึงเกิดผลกระทบต่อแพทย์ทั้งความอ่อนล้าและความเครียด ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของแพทย์เองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันพบว่าปัญหาทางจิตเพิ่มสูงขึ้นปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดกับแพทย์โดยไม่คำนึงถึงสภาพอายุมักเป็นสาเหตุมาจาก ระยะเวลาในการทำงานที่ยาวนาน (2) แพทย์ทั่วไปมักเกิดภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าสาขาอื่น (3) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล (4) มีการศึกษาโดยแบบสอบถามในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่1 พบว่ามากกว่าร้อยละ 10 ของผู้ที่ศึกษามีปัญหาการอดนอน โดยเคยทำงานติดต่อกันสูงสุดเฉลี่ย 37.6 ชั่วโมง (5) นอกจากนี้มีการพบอัตราของปัญหาทางอารมณ์สูงที่สุดในแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 (6) การศึกษา

สำรวจในประเทศนอร์เวย์พบว่า แพทย์ทั่วไปต้องทำงานหนักมากขึ้นและสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจที่ลดลง (7) และผลกระทบที่เกิดจากการไม่พึงพอใจในงานคือการหยุดลงงานซึ่งพบในการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าระยะยาวในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศเนเธอร์แลนด์ (8)

ด้วยภาวะที่มีประสบการณ์น้อยแต่จำเป็นต้องทำงานในลักษณะเป็นด่านหน้าของระบบบริการการแพทย์ ผสานกับภาระงานที่หนักทั้งในด้านความรับผิดชอบและชั่วโมงการทำงานที่สูงรวมถึงขาดทักษะในการเผชิญและจัดการกับปัญหาเหล่านี้ อาจส่งผลให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะเหล่านี้เกิดความเครียดและไม่พึงพอใจต่อการใช้ทุนต่อในปีที่ 2 และ 3 แต่ทว่าบุคลากรเหล่านี้จะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานในระบบการแพทย์ที่กระจายในเขตภูมิภาคต่อไป การศึกษาชิ้นนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาปัญหาด้านความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะในบริบทของประเทศไทยโดยในแพทย์เพิ่มพูนทักษะชั้นปีที่ 1 เนื่องจากการไม่มีการศึกษาด้านนี้ภายหลังการเปลี่ยนระบบการเพิ่มพูนทักษะและชุดใช้ทุน วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อ ปัญหาด้านความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะและ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหานี้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study cross-sectional study) ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ประจำปี 2547 สำหรับการปฏิบัติงานใน 6 เดือนที่ผ่านมา (เม.ย.- ก.ย. พ.ศ.2547) คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวน 460 คน เลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 218 คน เพศหญิง 242 คน ผู้ตอบกลับมากกว่า ร้อยละ 80 พบในเขตสาธารณสุขที่ 6, 7 ผู้ที่ตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 60 พบในเขตเขตสาธารณสุขที่ 4, 12 มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น 329 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดตอบเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เพศ, สถานที่จบการศึกษา ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ การทำงานล่วงเวลา, การดูแลหออผู้ป่วย, เข้าห้องผ่าตัด, การออกตรวจผู้ป่วยนอก, การอยู่เวรห้องฉุกเฉิน เป็นต้น ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยก่อนและหลังจบแพทย์, การขาดงาน, การเกิดอุบัติเหตุใน/นอกเวลาทำงาน, การใกล้เกิดอุบัติเหตุใน/นอกเวลาทำงาน, การหลับในใน/นอกเวลาทำงาน, ข้อมูลสุขภาพจิต ได้แก่ Thai General Health Questionnaire (Thai GHQ-12) (9) ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดในการรักษา พิจารณาการเกิดอันตรายจากแพทย์จบใหม่ การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ทำโดยมีการส่งหนังสือขอความร่วมมือการเข้าร่วมศึกษาวิจัยและแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังฝ่ายควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล , นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ประจำปี 2547 ปฏิบัติราชการอยู่ การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) จากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรม SPSS 11.5 for Windows และ คำนวณชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา, ปัญหาสุขภาพ และอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นโดยใช้รูปแบบการแสดงค่าความถี่,

ร้อยละ และหาขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาที่ไม่เต็มประสิทธิภาพของแพทย์
เพิ่มพูนทักษะโดยใช้ odds ratio และ 95% confidence interval

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 171 คน (ร้อยละ 52.0) อายุเฉลี่ย 24.4 ± 1.0 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 98.2) สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี (ร้อยละ 17.9) พื้นที่ตั้งของสถานที่ทำงานใช้ทุนของผู้ตอบอยู่ในเขตสาธารณสุขที่ 6 มากที่สุด (ร้อยละ 16.1) ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรในกลุ่มศึกษา

ลักษณะประชากร	การจัดกลุ่ม	จำนวน (%)
เพศ	ชาย	158 (48.0)
	หญิง	171 (52.0)
อายุ (ปี)	22-24	191 (58.1)
	25-27	133 (40.4)
	28-30	5 (1.5)
สถานภาพสมรส	โสด	323 (98.2)
	สมรส	4 (1.2)
	ไม่ระบุ	2 (0.6)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับความรู้สึกล่าหลังจากการรักษาผู้ป่วยไปแล้วยังมีวิธีอื่นที่เหมาะสมมากกว่า พบว่าผู้ที่น่าจะมีความเครียดมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกว่าการรักษาที่ทำไปแล้วยังไม่ดีถึงกว่าสองเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดูตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกว่าหลังจากทำการรักษาผู้ป่วยไปแล้วยังมีวิธีอื่นที่เหมาะสมมากกว่ากับการมีความเครียด

ปัจจัย ความสัมพันธ์	กลุ่ม	ไม่เคยหรือ เคย 1 ครั้ง	เคยมากกว่า 1 ครั้ง	Odds ratio (95%CI)
การมีความเครียด	ไม่น่าจะมีความเครียด	91(41.6)	128(58.4)	2.23(1.25- 3.99)
	น่าจะมีความเครียด	23(21.9)	82(78.1)	

การวิเคราะห์ multivariate analysis ศึกษาปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับภาวะความเครียดพบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความไม่พึงพอใจกับการทำงานใช้ทุน การมีโรคประจำตัว และ ความรู้สึกอ่อนล้าอ่อนเพลียบ่อยหรือเกือบทุกครั้ง ทั้งสามปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds ratio (95%CI) เท่ากับ 1.79(1.06-3.01) 1.78(1.03-3.09) และ 3.36(1.45-7.81) ตามลำดับ ดูตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะความเครียด

ปัจจัยเกี่ยวข้อง	การจัดกลุ่ม	ไม่ห่าจะมี ความเครียด	ห่าจะมี ความเครียด	Odds ratio (95%CI)
พึงพอใจกับการทำงานใช้ ทุน	พอใจ	169(72.8)	63(27.2)	
	ไม่พอใจ	50(55.6)	40(44.4)	1.79(1.06-3.01)
การมีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	179(71.3)	72(28.7)	
	มีโรคประจำตัว	42(56.0)	33(44.0)	1.78(1.03-3.09)
ความรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลีย	เป็นบางครั้งหรือไม่ เคย	49(87.5)	7(12.5)	
	บ่อยหรือเกือบทุกครั้ง	173(64.1)	97(35.9)	3.36(1.45-7.81)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความพึงพอใจกับการทำงานใช้ทุน พบว่าแพทย์ชายมีสัดส่วนของความไม่พึงพอใจมากกว่าแพทย์หญิง (odds ratio, 0.47; 95%CI, 0.27-0.80) ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ความคิดเห็นต่อการทำงานนอกเวลาราชการหนักเกินไป (odds ratio, 5.02 ; 95%CI, 2.64-9.57) การน่าจะมีความเครียด (odds ratio 2.37 ; 95%CI, 1.37-4.07) ดูตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความพึงพอใจกับการทำงานใช้ทุน

ปัจจัยเกี่ยวข้อง	การจัดกลุ่ม	จำนวนที่ พอใจ (%)	จำนวนที่ ไม่พอใจ (%)	Odds ratio (95%CI)
เพศ	ชาย	104 (66.2)	53 (33.8)	0.47 (0.27-0.80)
	หญิง	128 (77.6)	37 (22.4)	
การมีความเครียด	ไม่น่าจะมีความเครียด	169 (77.2)	50 (22.8)	2.37 (1.37-4.07)
	น่าจะมีความเครียด	63 (61.2)	40 (38.8)	
ความคิดเห็นต่อการทำงานนอก	เหมาะสม	106 (88.3)	14 (11.7)	
เวลาราชการ	หนักเกินไป	124 (62.0)	76 (38.0)	5.02 (2.64-9.57)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลของการศึกษาพบว่าประมาณ ร้อยละ 32 ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีคะแนน ของแบบทดสอบ สุขภาพจิต (Thai GHQ12) อยู่ในเกณฑ์ที่น่าจะมีความผิดปกติทางจิตหรือมีความเครียดสูง ความเครียดของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความความสัมพันธ์กับความรู้สึกรักษาผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความไม่พึงพอใจกับการทำงานใช้ทุน การมีโรคประจำตัว และ ความรู้สึกอ่อนล้าอ่อนเพลียบ่อย สำหรับในด้านความพึงพอใจในการทำงานใช้ทุนนั้นมีพบว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความไม่พึงพอใจสูงถึงร้อยละ 30 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กันได้แก่กลุ่มแพทย์ชาย กลุ่มแพทย์ที่เห็นการทำงานนอกเวลาราชการนั้นหนักเกินไป และกลุ่มแพทย์ที่มีความเครียด

สัดส่วนของแพทย์ที่พบว่ามีความเครียดในการศึกษาอื่น ๆ มีมากถึง ร้อยละ 55 ในการศึกษาใน แพทย์เฉพาะทางในเนเธอร์แลนด์ (10) ส่วนการศึกษาแบบสำรวจทางโทรศัพท์ในแพทย์เวชปฏิบัติใน ประเทศอังกฤษพบ ร้อยละ 52 ของแพทย์มีความเครียดสูงโดยวัดโดย GHQ-12 เช่นกัน (11) แต่ในการ สสำรวจภาวะสุขภาพจิตในประเทศนิวซีแลนด์พบแพทย์ที่มีความเครียดสูงเพียงร้อยละ 31 ของแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไป (12) และในการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าระยะยาวในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพบใหม่ใน ประเทศสกอตแลนด์ เมื่อวัดโดยใช้ GHQ-12พบว่าร้อยละ 30 ของแพทย์จบใหม่อยู่ในข่ายของผู้ที่มีความ เครียด (13) ซึ่งเท่ากับหรือคล้ายคลึงมากที่พบในการศึกษาครั้งนี้ แต่ที่ประเทศอิตาลี แพทย์เวช ปฏิบัติที่มีความเครียด(วัดโดยใช้ GHQ-12) พบเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น (14)

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของแพทย์เพิ่มพูนทักษะกับความรู้สึกรักษาผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ อันได้แก่ การรายงานการศึกษาแพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกาที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการเครียดมากพบว่ากลุ่มนี้มีความเสี่ยงของการให้การรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานอย่างน้อยเดือนละครั้งถึง 8.3 เท่า (95% CI, 2.6 - 26.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เครียด(15) ส่วนการค้นพบที่ว่าภาวะอ่อนล้าส่งผลต่อความเครียดมีการศึกษาที่ยืนยันประเด็นนี้คือ การศึกษาแบบสำรวจในด้านความเครียดของแพทย์อังกฤษพบว่าปัจจัยนำไปสู่ความเครียดคือความเหนื่อยล้าจากงาน สำหรับความแตกต่างเรื่องเพศกับความเครียดในการทำงานนั้นในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงแม้แพทย์หญิงจะมีเปอร์เซ็นต์คะแนนความเครียดสูงกว่าแพทย์ชายเล็กน้อย (35% ต่อ 30%) แต่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าแพทย์หญิง มีจะมีความเครียดน้อยกว่าแพทย์ชาย เช่น การศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศออสเตรเลีย(16) และประเทศอิตาลี (วัดโดยใช้ GHQ-12) (14) แต่ทว่าการศึกษส่วนใหญ่ไม่ได้รายงานความแตกต่างระหว่างเพศของแพทย์กับความเครียด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความเครียดของแพทย์ที่มีรายงานไว้ได้แก่ การมีภาระงานหนัก ในการศึกษาไปข้างหน้าโดยการติดตามนักศึกษาแพทย์ในประเทศอังกฤษ (17) คล้ายกับผลการศึกษาเชิงสำรวจในอังกฤษเช่นกัน (18) และการศึกษาในแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยวิกฤติ (19) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดได้แก่ ความรับผิดชอบที่สูงเกิน ส่วนในการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในประเทศนิวซีแลนด์พบว่าปัจจัยด้าน ปัญหาชั่วโมงการทำงานที่สูง (12) แต่การศึกษาในครั้งนี้ปัจจัยด้านภาระงานหรือชั่วโมงการทำงานไม่ได้แสดงเด่นชัดจากการวิเคราะห์แต่เป็นปัจจัยของความอ่อนล้าจากการทำงานซึ่งเป็นผลจากภาระงานที่สูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าถึงแม้ภาระงานจะสูงแต่หากบริหารจัดการไม่ให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าก็อาจไม่ส่งผลต่อความเครียด

สำหรับในประเด็นของความพึงพอใจในการทำงานของแพทย์การศึกษานี้พบว่าร้อยละ 30 ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะไม่พึงพอใจในการทำงาน แต่ในการศึกษาในแพทย์เฉพาะทางในเนเธอร์แลนด์พบเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีความไม่พึงพอใจในงาน (10) การศึกษาในอดีตพบว่า ในประเทศสวีเดนร้อยละ 20 ของแพทย์มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในระดับที่น้อย (20) ในขณะที่การศึกษาแบบสำรวจในแพทย์จบใหม่ในประเทศอังกฤษพบว่า แพทย์หญิงมีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในงานมากกว่าแพทย์ชายเล็กน้อย(21) ซึ่งคล้ายกับการค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาในแพทย์จบใหม่เช่นกัน สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในการศึกษาอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศการทำงานที่มีการจัดการไม่ดีและทรัพยากรไม่เพียงพอสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในการทำงาน (OR= 2.07, 95% CI= 1.76-2.43) (10)

สรุปผลการศึกษา

- ประเมินหนึ่งในของแพทย์เพิ่มพูนทักษะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าจะมีความผิดปกติทางจิตหรือมีความเครียดสูง

- ความเครียดของแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความความสัมพันธ์กับความรู้สึกว่าการรักษาผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ความไม่พึงพอใจกับการทำงานใช้ทุน การมีโรคประจำตัว และ ความรู้สึกอ่อนล้าอ่อนเพลียบ่อย
- แพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความไม่พึงพอใจในการทำงานใช้ทุนสูงถึงร้อยละ 30
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในการทำงานใช้ทุนได้แก่กลุ่มแพทย์ชาย กลุ่มแพทย์ที่เห็นการทำงานนอกเวลาราชการนั้นหนักเกินไป และกลุ่มแพทย์ที่มีความเครียด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Barton J, Folkard S, Smith L. Effects on health of a change from delaying to an advancing shift system. *Occup Environ Med* 1994;51:749-55.
2. Wall T, Bolden R, Borrill C. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry* 1997;171:519-23.
3. Caplan R. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994;309:1261-3.
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building safer health system. Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
5. Steven R, Dewitt C, Beverley D. Learning, Satisfaction, and Mistreatment During Medical Internship. ;. *JAMA* 1998;279:1194-9.
6. Reuben D. Depressive symptoms in medical house officers. *Arch Inter Med* 1985;145:286-8.
7. Grytten J, Skau I, Sorensen R, Aasland O. Physicians' work situation a year after the list patient system reform (Abstract). *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004;124(3):358-61.
8. Andrea H, Beurskens AJ, Metsemakers JF, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med* 2003;60(4):295-300.
9. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. General Health Questionnaire. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541;1(5-17).
10. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Cmaj* 2003;168(3):271-5.

11. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* 1998;48(428):1059-63.
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(1113):269-72.
13. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997;45(1):41-4.
14. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69(6):329-34.
15. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136(5):358-67.
16. Dua JK. Level of occupational stress in male and female rural general practitioners. *Aust J Rural Health* 1997;5(2):97-102.
17. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine* 2004;2(29):1-12.
18. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997;44(7):1017-22.
19. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth* 2002;89(6):873-81.
20. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003;13(4):299-305.
21. Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW. Doctors' views of their first year of medical work and postgraduate training in the UK: questionnaire surveys. *Med Educ* 2003;37(9):802-8.

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของ แพทย์โดยวิธีการมีส่วนร่วม

ชื่อโครงการ : การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์โดยวิธีการมีส่วนร่วม

นพ. สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ศ.นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ศ.นพ. พรชัย สิทธิศรัณย์กุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ถึงแม้แพทย์ไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงกว่าประชากรทั่วไป แพทย์ยังมีสุขภาวะบางอย่างที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับรถด้วยความเร็วสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาโรคที่มีระยะเริ่มแรกยังมีสัดส่วนที่ต่ำ ข้อมูลที่ยืนยันอีกว่า แพทย์ป่วยด้วยโรคเมเร็งระยะท้ายๆ มากกว่า ซึ่งในการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของตัวแพทย์เองเนื่องจาก แพทย์เป็นผู้มีความรู้โดยตรงในด้านสุขภาพแต่ขาดการตระหนักถึงสุขอนามัยตัวเอง ซึ่งขัดกับการเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้อื่น แต่ตนเองไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้ ซึ่งการที่ให้แพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง และการเป็นต้นแบบของการดูแลสุขภาพนั้น การผลักดันจากแพทย์เองและสมาชิกในวิชาชีพเดียวกันน่าจะเป็นกลไกที่สำคัญ **วัตถุประสงค์** 1) เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ไทยโดยวิธีการมีส่วนร่วม 2) สร้างกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ 3) เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพในหมู่แพทย์ **วิธีการวิจัย** รูปแบบการศึกษาคือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการเก็บข้อมูลจากแพทย์โดยผ่านการนัดหมายจากองค์กรแพทย์ โดยวิธีอภิปรายกลุ่ม (focused group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) โดยมีการวางแผนคำถามไว้ เป็นขั้นตอนดังนี้คือ สภาวะทางสุขภาพของแพทย์ที่อยากให้เป็นเป็นอย่างไร สภาวะทางสุขภาพของแพทย์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร จะมีการดำเนินแก้ไขปัญหสุขภาพของแพทย์ที่มีได้อย่างไร **ผลการวิจัย** มุมมองความต้องการด้านสุขภาพของแพทย์ในด้านร่างกายได้แก่การไม่เจ็บป่วยบ่อย ไม่เป็นโรคเรื้อรัง มีรูปร่างเหมาะสม ส่วนสุขภาพทางจิตจะหมายถึงการมีจิตใจเบิกบาน อารมณ์ดี มองโลกในแง่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี ส่วนสุขภาวะทางสังคมจะเน้นที่ ความสามัคคีในกลุ่มแพทย์ การมีความสุขในการทำงาน การมีความมุ่งมั่นและความเสียสละ ส่วนปัญหาที่ทางด้านสุขภาพของแพทย์ที่พบคือ การภาระงานที่หนักและชั่วโมงการทำงานที่มากทำให้เกิดความเครียดและเวลาในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง ความกังวลกับความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน การจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรเริ่มมีเพื่อการตรวจคัดกรองโรคประจำปีแต่ยังไม่เข้าถึงกลุ่มแพทย์ สำหรับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่กลุ่ม

แพทย์เสนอคือการมีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายที่สะดวกและในบริเวณโรงพยาบาลและมีกิจกรรมในบางช่วงเวลาที่กำหนด ในด้านโภชนาการมีการเสนอกิจกรรมควบคุมน้ำหนักโดยร่วมกันเป็นชมรม ในด้านสุขภาพจิตอารมณ์และสังคมมีการเสนอการฝึกโยคะ ฝึกสมาธิ และอบรมธรรมะ รวมถึงการบำเพ็ญประโยชน์ นอกจากนี้แพทย์ต้องการระบบบริการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงานได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค การได้รับการตรวจเช็คสุขภาพ การฉีดวัคซีน ระบบความช่วยเหลือเมื่อแพทย์ถูกฟ้องร้องและการชดเชยความสูญเสียจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน รวมถึงแพทย์ที่ปรึกษา นอกจากนี้ยังต้องการระบบการบริหารจัดการที่ดีของโรงพยาบาล เช่น การพิจารณาความดีความชอบ การจัดสัดส่วนจำนวนแพทย์และผู้ป่วยที่เหมาะสม การเสริมสร้างความสามัคคี **สรุปผล** สุขภาวะที่แพทย์ต้องการนั้นมีครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ปัญหาทางสุขภาพของแพทย์ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับงานทั้งทางด้านโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาการให้บริการ สำหรับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ที่มีการเสนอแนะได้แก่ การมีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนสำหรับแพทย์ การมีสิ่งแวดล้อมที่ดีในโรงพยาบาลทั้งทางด้านกายภาพและระบบการบริหาร การรวมตัวกันของแพทย์เพื่อการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดบริการตรวจสุขภาพและที่ระบบที่ปรึกษาทางจิตและการช่วยเหลือเมื่อถูกฟ้องร้อง การที่แพทย์จะเป็นผู้นำทางสุขภาพควรจะมีการเพิ่มทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การแพทย์มีบทบาทในการนำและรวบรวมแพทย์แต่ความสำเร็จอาจขึ้นอยู่กับบริบทและความมุ่งมั่นของคณะกรรมการบริหาร นอกจากนี้นโยบายการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลที่ผสมผสานกับการเป็นโรงพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีหน่วยงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลช่วยเอื้อให้การสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์และบุคลากรทำเป็นระบบมากขึ้น

ABSTRACT

Participatory Development of Health Promotion of Physicians

Suthee Ratanamongkolgul¹ Somkiat Wattanasirichaigoon¹ Pornchai Sithisarankul²

¹ Faculty of Medicine, Srinakharintarawit University; ² Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Background

Thai physicians have longer life expectancy than general Thai population; some physicians however have inappropriate health behaviours such as inadequate rest, tobacco smoking, alcohol drinking and high speed driving and being diagnosed of cancer at advance stages. To solve such problems, physicians must be co-operative as they know well all the problem but do not concern on their health. There also were attempts to promote health of physicians who have been seen as role models for having healthy behaviours.

Objectives

1. to study outcome of promoting health of physicians using a participatory model
2. to examine possible activities that could be strategies for health promotion among Thai physicians and
3. to raise health concern of physicians.

Methods

This participatory action research was conducted in a province located in an eastern region of Thailand. Physicians from one general and two community hospitals were invited through their Medical Service Organisation to participate in three separate focused group discussions among their colleagues. In-depth interviews were applied to some administrative physicians and non-administrative but influential physicians. Guide questions were: what were the ideal health states of physicians that the group would like to see? what were their health problems? and how to promote their own health.

Results

Health states that physicians wanted were not having frequent illness or chronic diseases, normal body build, having good mood, optimistic, emotional intelligent, having unity among physicians, happiness in workplace, commitments and sacrifice. Health problems of physicians were stress from high workload, inadequate exercise, concern of having legal problems, insufficient services for health promotion activities such as exercise playground and health checkup. Activities that physicians suggested for promoting their health were having places for exercise in hospitals, allocating in-service time for doing exercise, having a weight control society, having sessions for yoga, meditation and religion teaching and also charity work, having health checkup, work-related vaccination, compensation system to patients for medical errors, legal services and psychological consultation when having stress. Moreover, physicians also wanted good governance in promotion system, appropriate patient-doctor ratio and activities promoting unity.

Conclusions

Physicians wanted to have good health cover three domains including physical, mental and social health. Health problems were mainly associate to work in terms of disease related and service related issues. Strategies for promoting health of physicians included having clear policy, providing healthy physical and equitable administrative environment, participation in

health promoting activities, services for medical checkup, psychological and legal consultations. However, health promotion skills are required for physicians if they are expected to be leaders in health promotion. Medical service organisation in hospitals have roles in leading and gathering physicians; their successes however depend on context and commitments of committee. Factors facilitating health promotion among physicians and other health personnel included accreditation system on health promoting hospital and establishing occupational health unit in hospital.

บทนำ

ถึงแม้การศึกษาในเบื้องต้นในโครงการศึกษาสุขภาพของแพทย์ไทยพบว่าแพทย์ไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงกว่าประชากรทั่วไป(1) และแพทย์บางครั้งถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้นำทางด้านการดูแลสุขภาพ แต่ก็ยังมีภาวะทางสุขอนามัยบางอย่างที่ไม่พึงปรารถนา เช่น มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับรถด้วยความเร็วสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาโรคที่มีระยะเริ่มแรกยังมีสัดส่วนที่ต่ำ แพทย์ป่วยด้วยโรคเมเร็งระยะท้ายๆ มากกว่าระยะต้นๆ(2) ถึงแม้ว่าในภาพรวมแพทย์จะมีอายุยืนกว่าประชากรทั่วไป แต่ยังมีบางส่วนของผู้แพทย์ที่เสียชีวิตเมื่ออายุยังน้อยจึงพบว่า Potential Year Life Loss หรืออายุ-ปี ของแพทย์ที่เสียไปจะสูงในช่วงวัยแรกทำงาน ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างสูงอันเนื่องมาจากการเสียงบประมาณในการผลิต และเสียโอกาสการสร้างประโยชน์จากบุคคลเหล่านี้

ในการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของตัวแพทย์เองเนื่องจาก แพทย์เป็นผู้มีความรู้โดยตรงในด้านสุขภาพแต่ขาดการตระหนักถึงสุขอนามัยตัวเอง ซึ่งขัดกับการเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้อื่น แต่ตนเองไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้ ซึ่งการที่แพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง และการเป็นต้นแบบของการดูแลรักษาสุขภาพนั้น ผลักดันจากแพทย์เองและสมาชิกในวิชาชีพเดียวกันน่าจะเป็นกลไกที่สำคัญ นั่นคือกิจกรรมดังกล่าวนี้มีการริเริ่ม และดำเนินการโดยแพทย์เอง

เป็นที่ยอมรับกันว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จและความยั่งยืนของการดำเนินงานนั้นๆ การมีส่วนร่วมอาจจะรวมความกว้างตั้งแต่การมาร่วมกันระบุมหาอะไรคือปัญหาของกลุ่ม ซึ่งในที่นี้ก็คือสภาวะอนามัยของแพทย์ที่เป็นปัญหา แล้วจึงนำปัญหาเหล่านี้มาดำเนินการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมถึงการประเมินผลการแก้ไขปัญหาก็ว่า ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ต้องมีการดำเนินการอย่างไรต่อไป

วิธีการมีส่วนร่วมนี้นักสาธารณสุขได้นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหของชุมชน อย่างกว้างขวางจึงเป็นที่น่าสนใจว่าวิธีการนี้จะสามารถเป็นรูปแบบหนึ่งของการแก้ไขปัญหสุขภาพในวิชาชีพทางสุขภาพได้หรือไม่ เนื่องจากความเป็นชุมชนของชาวบ้านมีความเป็นพื้นที่ แต่ชุมชนทางวิชาชีพมีการรวมตัวกันเนื่องจากความสนใจและหน้าที่การทำงานที่ร่วมกัน หากรูปแบบนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนา

สุขภาพอนามัยของวิชาชีพแพทย์ ก็อาจมีแนวโน้ม ที่จะขยายผลไป สู่วิชาชีพที่ดูแลสุขภาพของประชาชนและวิชาชีพกลุ่มอื่นๆต่อไป ซึ่งความตื่นตัวทางสุขภาพของบุคลากรเหล่านี้นอกจากจะเป็นการธำรงรักษาทรัพยากรบุคคลแล้ว ยังเป็นการเพิ่มโอกาสที่ประชาชน ผู้มารับบริการจะได้รับการแนะนำในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ไทยโดยวิธีการมีส่วนร่วม
2. สร้างกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์
3. เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลรักษาสุขภาพในหมู่แพทย์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา	วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)
พื้นที่ศึกษา	จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
การเก็บข้อมูล	การวิจัย ดำเนินการในปี 2547 –2548 โดยเก็บข้อมูลจาก แพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด 1 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลชุมชน 2 โรงพยาบาลมีการเก็บข้อมูลโดยวิธีอภิปรายกลุ่ม (focused group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview)โดยมีการวางแผนคำถามไว้ เป็นขั้นตอนดังนี้คือ สภาวะทางสุขภาพของแพทย์ที่อยากให้เป็น เป็นอย่างไร สภาวะทางสุขภาพของแพทย์ในปัจจุบัน เป็นอย่างไร ซึ่งทั้งสองแนวคำถามจะนำไปสู่ความแตกต่างของสภาวะที่ต้องการกับสภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเรียกอีกนัยหนึ่งว่า “ช่องว่าง” หรือ gap ของสภาวะของแพทย์ ซึ่งจะถูกนำมาเขียนขึ้นเป็นรายการปัญหาสุขภาพ จากนั้นตามด้วยคำถามที่ 3 คือ จะมีการดำเนินแก้ไขปัญหาสุขภาพของแพทย์ ตาม “ช่องว่าง” ที่มีได้อย่างไร ผู้วิจัยได้ขอนัดพบแพทย์ของโรงพยาบาล โดยผ่านประธานองค์กรแพทย์ โดยขอเป็นการเก็บข้อมูลก่อนการเริ่มประชุมในวาระประจำ แพทย์ที่เข้าร่วมมิได้เจาะจง แต่เป็นแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมองค์กรแพทย์ในวันที่ทำการเก็บข้อมูลก่อนการเริ่มมีการขออนุญาตบันทึกเทป การสนทนาเจาะลึก (In-depth Interview) โดยเลือกสัมภาษณ์แพทย์ที่น่าจะมีอิทธิพลอย่างไม่เป็นทางการ กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับชุมชนเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของโรงพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัด

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถจะถูกนำมาเสนอเป็นส่วน ๆ ดังนี้คือ 1) สุขภาวะของแพทย์ที่ต้องการ 2) สุขภาวะของแพทย์ในปัจจุบัน และ 3) แนวทางการแก้ไขปัญหา 4) ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้นำอย่างไม่เป็นทางการและผู้บริหาร

1) สุขภาวะของแพทย์ที่ต้องการ ถึงแม้แพทย์จะตอบว่าไม่มีเวลาแต่ก็มีความต้องการสุขภาพที่แข็งแรงครบทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ดังตัวอย่างแสดง ใน Box 1. ในด้านร่างกาย แพทย์ต้องการร่างกายแข็งแรง ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป ไม่ป่วยบ่อย ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ในด้านจิตใจ ต้องการให้มีจิตใจที่ผ่อนคลาย อารมณ์ดี มองโลกในแง่ดี มี EQ ที่ดี ในส่วนของสุขภาพทางสังคมมีความต้องการให้แพทย์ด้วยกันมี ความสามัคคี ขยันหมั่นเพียรและ เสียสละ

Box 1. สภาวะทางสุขภาพที่แพทย์ควรจะเป็น

“อยากให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สุขภาพที่แข็งแรงคือ ทำอะไรก็ได้ที่ไม่ใช่แค่เดินก็เหนื่อยง่าย”
“ถึงแม้ไม่ปราศจากโรคก็ไม่ควรมีป่วยบ่อย ๆ ป่วยได้บางครั้ง โรคเรื้อรังไม่ควรมี เบาหวาน ความดัน สุขภาพ กระฉับกระเฉงหรือน่าเชื่อถือ”
“ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอแนวทางที่จะทำให้เกิดขึ้นก็มีแนวทางเดียวก็มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ”
“อยากเห็นแพทย์ที่มีสุขภาพที่ร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยและก็มีสุขภาพที่เหมาะสม”
“แพทย์จะต้องมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน”
“อยากให้แพทย์มีจิตใจที่เบิกบาน”
“เรื่องของสุขภาพจิตใจ อยากให้แพทย์เรามีจิตใจผ่อนคลาย อารมณ์ดี ใจดี เวลาทำงานจะได้มีความสุข”
“สุขภาพจิตใจก็ควรจะมี ผู้ที่มีจิตใจร่าเริง มองโลกในแง่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นส่วนใหญ่”
“ที่เหมาะสมอยากให้หมอเรามีสุขภาพจิตที่ดี EQ ที่ดี หมอเราเครียดมากการทำงานเครียดมาก ถ้าหมอมี EQ ดี ผมเชื่อว่าความสุขจากการทำงานก็จะดีสังคม”
“ให้เจ้าหน้าที่มีความสามัคคีและตั้งใจทำงานกันมากขึ้น”
“อยากให้มีสามัคคี มีความสุขในการทำงาน คือขอให้เราได้ตรวจคนไข้ไปมีความสุขในการทำงาน คืออะไรที่เราทำแล้วมีความสุข”
“อยากให้ทุกคนขยันหมั่นเพียร เสียสละไม่คิดเล็กคิดน้อย”
“ควรได้ทำงานในด้านที่ตัวเองถนัดจะทำให้มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน”

หลังจากได้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาวะทางสุขภาพที่แพทย์ต้องการแล้ว เมื่อถามถึงว่าการที่จะไปสู่ สุขภาวะดังกล่าวได้มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ซึ่งได้ข้อมูลตามใน Box 2. ดังนี้คือ การที่แพทย์ต้องทำงานหนักเช่นการอยู่เวรทำให้เวลาของการพักผ่อนลดลง ส่วนหนึ่งแพทย์มักมีคลินิกส่วนตัวทำให้ใช้เวลาในกิจกรรมดังกล่าว ส่วนหนึ่งอันเนื่องมาจากบุคลากรแพทย์ที่มีจำกัดและการสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เช่น จากโครงการประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคอีกทั้งการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดการร้องเรียน หรือฟ้องร้องกันมากขึ้น แต่แพทย์ไม่มีผู้ที่ให้การช่วยเหลือทางด้านคดีความ จึงเกิดความกลัวต่อการถูกฟ้องร้อง นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคอย่างหนึ่งคือผู้บริหารยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่การสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากร

Box 2. ปัญหาสุขภาพของแพทย์

“อยากได้เวลาพักผ่อนมากขึ้น ซึ่งตอนนี้ทางแผนกอยู่กัน 2 คน 3 คน อยู่เวร ER บ้างเวรชันสูตรซึ่งถ้าอยู่ 3 คน ต่อตก 15 -16 เหวต่อเดือนซึ่งเวลาพักผ่อนจะไม่ค่อยมี”

“ผ่านมาผมคิดว่าผู้บริหารไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องงานอาชีพอนามัย ผมรับงานมาปีกว่า ยังไม่มีใครมาช่วยผมเลย ที่ผ่านมามีผมๆ ไม่สามารถดำเนินงานได้ ผมมองถึงผู้บริหารไม่เข้าใจงานว่ามีอะไรเรื่องออกกำลังกายที่ผ่านมา ผมมาอยู่ 5 ปี ทрудไทม์ลงเรื่อย ๆ จากเดิมที่เรียบ ๆ ก็ขลุกละหมดแล้ว เคยเล่นบาส วันเดียวลูกบาส ร้าวเสียแล้ว แล้วใครจะไปเล่น งานกีฬาโรงพยาบาล ผมมาอยู่ 5 ปี จัดแค่ 2 ปี แรก หลังจากนั้นไม่มีการจัดอีกต่อเลย และผมก็เกรงว่าทางโรงพยาบาลไม่ได้ส่งเสริมจริงเหมือนผู้บริหารบางท่านอยากให้เราแข็งแรง อยากให้เราออกกำลังกาย”

“ตอนนี้ทางแผนกอยู่กัน 2 คน 3 คน อยู่เวร ER บ้างเวรชันสูตรซึ่งถ้าอยู่ 3 คน ต่อตก 15 -16 เหวต่อเดือนซึ่งเวลาพักผ่อนจะไม่ค่อยมี”

“ในด้านของผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิ์มากเกินไป เช่น 30 บาท สามารถรักษาได้ทุกโรคซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล ในทางปฏิบัติจริงสามารถรักษาได้เฉพาะบางโรคเท่านั้น รัฐบาลควรประชาสัมพันธ์ให้ครบถ้วนเกี่ยวกับรายละเอียดนั้น ๆ ด้วย”

“การฟ้องร้องถ้ามีองค์กรเข้ามาช่วยเหลือก็ดี แต่เดี๋ยวนี้เขาพยายามช่วยเหลือตัวเองเท่าที่จะทำได้ อีกเรื่องที่เป็นปัญหาสุขภาพ คือ หมอน้อย สภาพจิตใจ หมอแตกแยกความสามัคคี จะเห็นได้หลาย ๆ โรงพยาบาล บางครั้งหมอน้อย แต่หมอเกี่ยงกันทำงาน ไม่อดทน ไม่อด ก็ทำให้สัมพันธ์ภาพ ระหว่างหมอไม่ดี ก่อให้เกิดความแตกแยก ไม่มีความสุขในการทำงาน”

“น่าจะเป็นปัญหาไม่ออกกำลังกาย ดูได้จากแต่ละคนทำงานเขาก็จะมีคลินิกกันทุกคนก็จะเปิดร้านเข้า เย็นถ้าเป็นแพทย์ใช้ทุนเขาก็ไปอยู่เวรกันข้างนอก ไม่มีเวรในโรงพยาบาล มีเวลาหารายได้เพิ่ม ไม่ได้ออกกำลังกายกัน สังเกตได้จากเวลามีนาน แข่งขันกีฬาสาธารณสุขจังหวัด หมอจะมีส่วนร่วมน้อยมากสังคม”

“เรื่องเครียดน่าจะเจอ หลัก ๆ คุยกันในหมู่แพทย์ กลัวเรื่องฟ้องร้องมาก มักคุยกันเรื่องฟ้องร้อง”

เพื่อการแก้ปัญหาข้างต้นแพทย์ได้เสนอแนวทางไว้ซึ่งครอบคลุมทั้งสุขภาพของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้คือ ในด้านสุขภาพร่างกายมีการเสนอให้จัดให้มีสนามกีฬาเป็นความจำเป็นพื้นฐาน เช่น สนาม สำหรับกีฬาฟุตบอล เทนนิส ตะกร้อ บาสเกตบอล หรือห้องฟิตเนส มีการเสนอให้จัดตั้งชมรมกีฬา เพื่อให้เกิดการทำกิจกรรมร่วมกัน หรืออาจจัดเวลาในช่วงเวลางานช่วงหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคลากรได้มาร่วมกันออกกำลังกาย นอกจากการออกกำลังกายแล้ว มีผู้เสนอให้จัดตั้งชมรมควบคุมอาหารเพื่อไม่ให้อ้วน สำหรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตใจและอารมณ์ มีการเสนอให้จัดฝึกโยคะ สมาธิ อบรมธรรมชาติ การบำเพ็ญประโยชน์เช่นการเลี้ยงเด็กกำพร้า ยังขอเสนอแนะทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน หรืออาชีพอนามัยและสวัสดิการดังนี้คือ การให้มีการตรวจคัดกรองโรค การได้รับการตรวจเช็คสุขภาพ การฉีดวัคซีน จัดให้มีระบบช่วยเหลือแพทย์เมื่อมีการฟ้องร้องและรวมไปถึงการชดเชยความสูญเสียเกิดขึ้นโดยโรงพยาบาล ควรจัดให้มีจิตแพทย์ที่ปรึกษาในภาวะที่เครียดจากการปฏิบัติหน้าที่ การมีระบบสวัสดิการค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาวะสังคมและการแข่งขันเพื่อแพทย์ไม่ต้องไปหารายได้นอกระบบโรงพยาบาล นอกจากนี้มีผู้เสนอไปถึงการปรับระบบการทำงานเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและใช้เวลาลดลง และการสร้างระบบเรียนรู้ต่อเนื่องที่ในโรงพยาบาล

นอกจากระบบสนับสนุนโดยตรงกับสุขภาพข้างต้นแล้วมีการเสนอให้จัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพคือ มีการเสนอให้จัดบริเวณที่อยู่อาศัยรวมถึงสวนหย่อมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจและเกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ในด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีความต้องการองค์กรแพทย์ที่เข้มแข็งและเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของแพทย์โดยไม่ต้องรอการสั่งการจากฝ่ายบริหาร มีการเสนอให้จัดระบบคุณธรรมในการพิจารณาความดีความชอบ การส่งเสริมการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างความสามัคคี การสร้างทักษะในการหาความสุขจากการทำงาน การจัดระบบบริหารจำนวนแพทย์และผู้ป่วยไม่ให้เกินภาระของแพทย์ที่จะรับได้ ส่งเสริมการทำงานที่แพทย์ถนัด

Box 3. แนวทางการพัฒนาสุขภาพของแพทย์

สุขภาพร่างกาย

“คิดว่าแนวทางที่เกิดคือน่าจะจัดให้มีการเล่นกีฬา ซึ่งปัจจุบันของจังหวัดเรา สนามกีฬาก็น้อยมาก ตัวผมเองก็ไปเล่นกีฬาวงนอก ก็อยากให้มีสนามเทนนิส ตะกร้อ บาส อยู่ในที่อยู่ในโรงพยาบาล ก็มีหลาย ๆ คนมาเล่นสนุกสนานกัน”

“อาจจะมิกิจกรรมร่วมกัน จัดทานอาหารทำอาหาร พบปะสังสรรค์กัน หรือเล่นกีฬาร่วมกัน อย่าให้อ้วนขึ้น ก็อยากให้มีความคุมอาหารอย่างเช่น มีชมรมขึ้นมา”

“จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในโรงพยาบาล อย่างที่เสนอ เช่น เล่นกีฬา หรือเล่นดนตรี ศิลปะก็ได้”

“อยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องเลย ซึ่งสมัยก่อนจะมีบางโรงพยาบาลเขาจัดให้ทุกวันพุธปล่อยอกกำลังกาย เจ้าหน้าที่ก็สามารถออกกำลังกายได้ ไปวิ่งได้ อยากจัดให้เป็นระบบปกติในโรงพยาบาล”

“เรื่องทำให้สุขภาพแข็งแรงแน่นอนนอนควรจะต้องการออกกำลังกาย ควรกำหนดให้ชัดเจนวันนี้เป็นวันออกกำลังกาย เช่น สัปดาห์ละประมาณครึ่งวัน แต่ไม่ใช่ว่าแลกรถเพื่อไปออกกำลังกาย กลับไปต้องมาดูคนไข้ต่อ”

“สุขภาพ จัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างเช่นชมรมแอโรบิก”

“อยากให้แพทย์มีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ผ่อนคลาย แนวทางให้มี สันทนาการ มีกิจกรรมการแข่งขันกีฬา ประจำปี จะได้อะไรเยอะมาก”

“แล้วก็อยากให้มีสถานออกกำลังกายในโรงพยาบาล อย่างเช่น มีฟิตเนส อยู่ในโรงพยาบาล ช่วงเวลากลางวันว่าง ๆ ก็พร้อมออกกำลังกาย ให้มีสนามกีฬาที่พร้อมใช้ได้เลย”

“อยากจะได้ก็คือการออกกำลังกายมากขึ้น เพราะว่าตอนนี้ตั้งแต่มาทำงานเท่าที่ดู เป็นสนามเก่า ๆ สนามฟุตบอลก็กลายเป็นลานจอดรถก็เลยไม่มีสนาม ก็เลยต้องออกกำลังกายข้างนอกก็ต้องไปเล่นกับคนอื่น ซึ่งบางทีเราก็คงไม่ค่อยอยากให้มีสนามกีฬา ให้มีชมรมกีฬามารวมตัวกันบ้าง”

“อยากให้มีเวลาการออกกำลังกายในช่วงสัปดาห์วันหรือ 2 วัน ออกกำลังกายในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องไปไหน”

สุขภาพจิต-อารมณ์

“หากจะมีด้านจิตวิญญาณ บางแห่งมีการโยคะในโรงพยาบาลหรือบางแห่งฝึกชี่กง หรือแม้มีการเชิญวิทยากรมีความชำนาญในการพูดก็สามารถทำให้เราเปลี่ยนจิตใจ เปลี่ยนนิสัยเราได้บางอย่าง”

“การฝึก จิตมีการสมาธิ และมีการทำใจหลาย ๆ อย่าง คงต้องมีสังคมต้องมีกลุ่มมาก่อตั้งแล้วก็ทำให้สิ่งเหล่านี้”

“ทางด้านสุขภาพจิตจัดทำกิจกรรมสามารถทำร่วมกันได้ ส่วนเรื่องสังคมที่ดี การจัดวัฒนธรรม องค์กรสามารถสร้างสรรค์การพูดคุยกัน”

“ให้มีจัดงานเลี้ยงเด็ก เลี้ยงคนชรา อบรมธรรมชาติในพิกนี้”

การจัดสวัสดิการและอาชีวอนามัย

“คงต้องมีการปรับระบบการทำงาน แนนอนแพทย์เราทำงานหนักมาก เช่นเหนื่อยจากการทำงาน ถ้าเราปรับปรุงเวลาการทำงานไม่มากเกินไปได้ หรือปรับตัวในการทำงานให้สะดวกคล่องตัว”

“สุดท้ายอยากเห็นการสร้างระบบเรียนรู้ต่อ เนื่องจากในโรงพยาบาล ผมเชื่อว่าเรามีการเรียนรู้ต่อเนื่องเราสามารถเปรียบให้เข้ากับสถานการณ์ทุก ๆ อย่างที่เปลี่ยนแปลงได้”

“โรคที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีเครื่องคัดกรองโรค ควรได้รับการตรวจเช็คสุขภาพเพื่อให้พร้อมในการปฏิบัติงาน โรคระบาดควรมีการฉีดวัคซีนให้และเวลาเจ็บป่วยควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง”

“ควรมีระบบช่วยเหลือชดเชยเมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น เช่น ทางแพทย์สภาควรมีเงินมาสนับสนุนด้วย หรือมีประกันชีวิต”

“ควรมีที่ปรึกษาในยามเครียด (จิตแพทย์)”

“มีสวัสดิการที่ดี เช่น ค่าตอบแทน ปัจจุบันแพทย์ต้องดิ้นรน ไปหา พิเศษมากขึ้น”

“อยากให้มีวันหยุดพักผ่อน โดยที่ไม่ต้องมาไต่เวร อยากให้เป็นวันหยุดไปเลย พาคครอบครัวไปเที่ยว”

สุขภาพทางสังคม

“อยากให้แพทย์เรามีความสามัคคีกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันสิ่งเหล่านี้ก็อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งจะต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งอันนี้ระดับพวกเราจะต้องช่วยกันจัดกิจกรรมที่จะช่วยให้เกิดความรักความเข้าใจกัน”

“ควรมีกิจกรรมทำร่วมกัน ทั้งแพทย์ทั้งพยาบาลเกิดความสามัคคีกัน”

“อยากให้มอบบรรยากาศความสุขในการทำงาน หาความสุขในครอบครัว หาความสุขให้กับตัวเอง”

“ผู้บริหารที่ให้คุณให้โทษได้ดี สนับสนุนคนดีคนที่มีผลงานมีความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ”

“องค์กรแพทย์น่าจะกระตุ้นเป็นตัวเริ่มการดำเนินงานไม่ใช่อำนาจบนสั่งมา พวกเราออกไปก็ยังไม่รู้จะได้หรือเปล่า”

“ควรจัดให้มีแพทย์จำนวนที่เพียงพอกับผู้ป่วย”

“ควรได้ทำงานในด้านที่ตัวเองถนัดจะทำให้มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน”

“สนับสนุนสวัสดิการให้กับแพทย์ เช่น สวัสดิการการเดินทาง”

สุขภาพสิ่งแวดล้อม

“ได้สิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อนบ้านที่ดี ก็แนวทางในการปรับปรุงบ้าน พักอาศัยให้ดีขึ้น”

“มีการทำสวนหย่อมภายในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ผ่อนคลายหลังจากที่ว่างจากการทำงาน”

“ควรจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ไม่ว่าจะเป็นที่ทำงานหรือที่พัก”

จากการสัมภาษณ์บุคลากรและฝ่ายบริหารพบว่าที่ผ่านมาแพทย์เป็นผู้ถูกเชิญชวนให้ทำการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการเป็นผู้นำทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอันเนื่องมาจากความสนใจส่วนตัวและภาระงานที่สูง นอกจากนี้ พบว่าไม่มีนโยบายชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพจากผู้บริหารเพื่อให้แพทย์ได้สร้างเสริมสุขภาพ หากจะมีการสร้างเสริมสุขภาพก็จะมีเพียงบางคนบางกลุ่มของแพทย์ที่เข้าร่วม ในชุมชนแพทย์ที่ศึกษาไม่มีการสูบบุหรี่ ไม่มีปัญหาการติดสุรา เพิ่งเริ่มมีการจัดตั้งงานอาชีวอนามัยแต่ไม่มีบุคลากรประจำเป็นลักษณะทีมคร่อมสายงานเช่น มีศัลยแพทย์กระดูกและข้อเป็นหัวหน้าและพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูเป็นผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการทำโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสร้างกรอบกำหนดให้เกิดมีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทำให้เกิดการริเริ่มการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากรซึ่งเป็นข้อกำหนดหนึ่งในเกณฑ์การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ

อภิปรายผล

สุขภาวะที่แพทย์ต้องการนั้นมีครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม โดยการมีสุขภาพดีนี้มุ่งหวังส่วนหนึ่งเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคในการทำงานและส่งเสริมการทำงานร่วมกัน ส่วนปัญหาที่ทางด้านสุขภาพของแพทย์ที่พบคือ การภาระงานที่หนักและชั่วโมงการทำงานที่มากทำให้เกิดความเครียดและเวลาในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการที่แพทย์ต้องการเพิ่มรายได้จากรายได้ที่ได้จากภาครัฐและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นในยุคข้อมูลข่าวสารและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งความคาดหวังและการต้องรับผิดชอบต่อสาธารณะนำไปสู่การฟ้องร้องซึ่งแพทย์มีความกังวลกับความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องซึ่งไม่ทราบว่าจะร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ในด้านการบริหารจัดการนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงานยังมาขัดเจนอีกทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมอำนวยความสะดวกการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน การจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรเริ่มมีเพื่อการตรวจคัดกรองโรคประจำปีแต่ยังไม่เข้าถึงกลุ่มแพทย์และแพทย์เองก็ให้ความสนใจในกิจกรรมนี้น้อย จะเห็นได้แพทย์มีความตระหนักในปัญหาเชิงระบบ แต่ไม่ได้ผลักดันการแก้ปัญหา เช่น ภาระงานที่มากทำให้ต้องการการพักผ่อน รวมถึงระบบค่าตอบแทนที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างภาครัฐและเอกชน การมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้เกิดความคาดหวังสูงจากผู้ป่วยและเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้บริหาร ความอึดอัดในปัญหา กอปรกับความต้องการแพทย์ในภาคเอกชน แพทย์จึงสะท้อนปัญหาด้วยการออกไปจากระบบราชการมากกว่าการที่จะผลักดันการแก้ไขที่ตัวระบบ

สำหรับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่กลุ่มแพทย์เสนอคือการมีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายที่สะดวกและในบริเวณโรงพยาบาลและมีกิจกรรมในบางช่วงเวลาที่กำหนด ในด้านโภชนาการมีการเสนอกิจกรรมควบคุมน้ำหนักโดยรวมกันเป็นชมรม ในด้านสุขภาพจิตอารมณ์และสังคมมีการเสนอการฝึกโยคะ ฝึกสมาธิ และอบรมธรรมะ รวมถึงการบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมที่เสนอนี้สะท้อนถึงกรอบความคิดในแง่ของกิจกรรมที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แพทย์ต้องการระบบบริการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงานได้แก่

การตรวจคัดกรองโรค การได้รับการตรวจเช็คสุขภาพ การจิตเวชขึ้น ระบบความช่วยเหลือเมื่อแพทย์ถูกฟ้องร้องและการชดเชยความสูญเสียจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน รวมถึงแพทย์ที่ปรึกษานอกจากนี้ยังต้องการระบบการบริหารจัดการที่ดีของโรงพยาบาล เช่น การพิจารณาความดีความชอบ การจัดสัดส่วนจำนวนแพทย์และผู้ป่วยที่เหมาะสม การเสริมสร้างความสามัคคี

จากการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของแพทย์เมื่อวิเคราะห์โดยใช้แนวทาง 5 ข้อ ของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว พบว่า ในข้อแรก การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building healthy public policy) พบว่า นโยบายของโรงพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพแพทย์ยังไม่ค่อยชัดเจนและเจาะจง ถ้าจะมีก็อยู่ในส่วนของบุคลากรโดยทั่วไป ขาดการมุ่งเน้นให้เกิดเป็นต้นแบบแก่บุคลากรอื่นและประชาชน และ นโยบายของโรงพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรยังไม่มีความเป็นรูปธรรม เขียนตาม ๆ ที่เคยมีคนเขียนไว้ หรือ ได้ชื่อว่ามี

นโยบาย นอกจากนี้ การมีนโยบายของโรงพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจาก การประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting hospital, HPH) โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลจะถูกบรรจุอยู่ในองค์ประกอบที่ 4 ของการประเมินซึ่งประกอบด้วย 1) กฎ ระเบียบ ข้อตกลง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล 2) กิจกรรมพัฒนาเพิ่มพูนทักษะ และเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบย่อยเหล่านี้สำหรับแพทย์ยังเพิ่งเป็นสิ่งที่เพิ่งเริ่มต้นและไม่เป็นรูปเป็นร่าง

สำหรับข้อที่สองของกฎบัตรออกตัวคือการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating supportive environments) กล่าวได้ว่า เริ่มมีการตื่นตัวที่จะทำโรงพยาบาลให้เป็นที่ยุทธศาสตร์สุขภาพสำหรับแพทย์เช่น ความต้องการสร้างสนามและอุปกรณ์กีฬา แต่ทว่าแต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ควรได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงทัศนคติและมุมมองความคิดของผู้บริหารในการจัดหาสิ่งเหล่านี้ ในส่วนของสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรมเช่นกฎระเบียบยังไม่ได้มีการพูดถึง

แนวทางประการที่สามมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนแพทย์ (Strengthening community action) วิเคราะห์ได้ว่า มีแพทย์บางส่วนมีความต้องการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมที่ทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ถ้าหากแพทย์จะเข้าร่วมกิจกรรมมักเป็นแบบเป็นผู้ถูกเชิญเข้าร่วมมากกว่าที่จะเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรม เนื่องจากมีแพทย์เพียงบางคนหรือบางกลุ่มที่มีจำนวนน้อยอยู่ที่ตระหนักถึงปัญหาและผลักดันการแก้ปัญหา แต่อย่างไรก็ตาม องค์การแพทย์เป็นเวทีที่สำคัญในการรวมปัจเจกบุคคลของแพทย์มารวมกันวางแผนและดำเนินการ น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นได้ แต่ค่อนข้างขยับเขยื้อนช้า และขึ้นอยู่กับคณะกรรมการและประธาน องค์ประกอบที่สี่ของ กฎบัตรออกตัวว่าด้วย การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ (Developing personal skills) พบว่าแพทย์ยังขาดทักษะส่วนบุคคลในการปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ถึงแม้แพทย์จะมีความรู้อะไรเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพแต่การที่จะให้แพทย์กระทำน่าเป็นตัวอย่างเป็นเรื่องที่พบเห็นได้น้อย ซึ่งอาจสะท้อนมาจากการฝึกฝนมาเพียงทฤษฎีแต่ไม่ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองขณะเป็นนักศึกษา อาจต้องมีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ สำหรับกิจกรรมในปัจจุบัน อาจจำเป็นต้องเริ่มจากการมีกระแสสังคมในกลุ่มแพทย์และจากภายนอกเพื่อบอกถึงความสำคัญของแพทย์ที่จะเป็นต้นแบบทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านการปฏิบัติจริง และ

ข้อสุดท้ายของกฎบัตรออกตัวเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปในลักษณะองค์รวม (Reorienting health services) เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ายังไม่มี การปรับระบบภายในโรงพยาบาลเพื่อที่ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ซึ่งหากจะมีก็อาจจะเป็นหน่วยงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานที่จะเป็นผู้นำนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรไปปฏิบัติ แต่งานอาชีวอนามัยเป็นงานที่แยกมาใหม่ ผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่อาจยังไม่ใช่ว่า

ที่ผ่านการฝึกฝนมาทางด้านนี้โดยตรงและทำงานแบบประสานงานมากกว่าจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง

สรุปผลการวิจัย

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์โดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมในครั้งนี้ได้มุมมองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงกาย จิตอารมณ์ และสังคม ในด้านร่างกายจะมุ่งถึงการไม่เจ็บป่วยบ่อย ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่อ่อนไม่ผอมเกินไป การตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนสุขภาพทางจิตจะหมายถึงการมีจิตใจเบิกบาน อารมณ์ดี มองโลกในแง่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี ส่วนสุขภาพทางสังคมจะเน้นที่ ความสามัคคีในกลุ่มแพทย์ การมีความสุขในการทำงาน การมีความมุ่งมั่นและความเสียสละ ปัญหาทางสุขภาพของแพทย์ได้แก่ การไม่มีเวลาออกกำลังกาย ความเครียดจากภาระงานที่หนักและชั่วโมงการทำงานที่มาก ความกลัวการถูกฟ้องร้อง

สำหรับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ที่มีการเสนอแนะได้แก่ การจัดสถานที่ที่สะดวกแก่การสร้างเสริมสุขภาพเช่นสนามกีฬา สวนหย่อม การจัดตั้งชมรมเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเช่นชมรมกีฬา ชมรมควบคุมน้ำหนัก มีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะการบริหารจิตอารมณ์และสังคม เช่นฝึกโยคะ ฝึกสมาธิ และอบรมธรรมะ รวมถึงการบำเพ็ญประโยชน์ มีการตรวจคัดกรองโรคประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การจัดตั้งระบบความช่วยเหลือเมื่อแพทย์ถูกฟ้องร้องและการชดเชยความสูญเสียจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน การจัดให้จิตแพทย์ที่ปรึกษา และการจัดระบบการบริหารจัดการที่ดีของโรงพยาบาล เช่น การพิจารณาความดีความชอบ การจัดสัดส่วนจำนวนแพทย์และผู้ป่วยที่เหมาะสม การเสริมสร้างความสามัคคี

พบว่าแพทย์ส่วนหนึ่งไม่มากนักมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองและต้องการการแก้ปัญหาสุขภาพของแพทย์เชิงระบบ แต่ยังขาดการผลักดันเพื่อการแก้ปัญหา จะเห็นได้จากแพทย์จึงมักเป็นฝ่ายถูกชักชวนให้ร่วมกิจกรรมมากกว่าเป็นผู้เริ่มกิจกรรม ดังนั้นเมื่อการแก้ปัญหาต้องใช้ความพยายามสูงจึงขาดการติดตามและหากมีปัญหาที่เกิดขึ้นจะรับได้ก็ อาจสะท้อนด้วยการนิ่งเฉยต่อปัญหาหรืออาจขอย้ายออกไปจากหน่วยงานนั้น ๆ

ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพแพทย์ได้แก่ การมีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลซึ่งได้รับอิทธิพลจาก การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation) การมีองค์กรแพทย์เป็นเวทีที่สำคัญในการรวมปัจเจกบุคคลของแพทย์มาร่วมกันวางแผนและดำเนินการ การมีงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่จะเป็นผู้นำนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรไปปฏิบัติ การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มแพทย์มีความเป็นไปได้ โดยการเริ่มที่ตัวบุคคลแพทย์ที่สนใจ

ปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพแพทย์ได้แก่ การที่แพทย์ยังขาดทักษะส่วนบุคคล ในการปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมขององค์กรแพทย์ค่อนข้างขยับเขยื้อนช้า และ ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นของประธานและคณะกรรมการ ผู้บริหารยังไม่เห็นถึงการประเด็นการให้แพทย์เป็น ต้นแบบทางสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ ความยากในการรวมตัวกันของแพทย์พร้อม ๆ กัน เพื่อที่จะจัดสัมมนาในกลุ่มใหญ่ จึงบางครั้งต้องใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล หรืออภิปรายกลุ่มย่อย

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไปได้แก่ การศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลต่อการ สร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ การศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติมถึงการเขียนแผนปฏิบัติการโดยแพทย์และการ ดำเนินตามแผนและการประเมินผล บริบทที่วิธีการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพจะ ได้ผลดี

เอกสารอ้างอิง

1. Rattanamongkolgul S, Wattanasirichaigoon S, Sithisarankul P. Life expectancy of Thai Physicians during 1998-2002. J Med Assoc Thai 2004;87(Suppl. 4):S19-S22.
2. Wattanasirichaigoon S, Ruksakom H, Sithisarankul P, Visanuyothin T. Thai physicians health survey. J Med Assoc Thai 2004;87(Suppl. 4):S1-S4.

Appendix

แนวทางการพัฒนาสุขภาวะของแพทย์เพิ่มเติม
“คิดว่าแนวทางที่เกิดคือน่าจะจัดให้มีการเล่นกีฬา ซึ่งปัจจุบันของจังหวัดเรา สนามกีฬาก็น้อยมาก ตัวผมเองก็ไป เล่นกีฬาข้างนอก ก็อยากให้มีสนามเทนนิส ตะกร้อ บาส อยู่ในที่อยู่ในโรงพยาบาล ก็มีหลาย ๆ คนมาเล่น สนุกสนานกัน” “อาจจะมีการกิจกรรมร่วมกัน จัดทานอาหารทำอาหาร พบปะสังสรรค์กัน หรือเล่นกีฬาร่วมกัน อย่าให้อ้วนขึ้น ก็ อยากให้มีการดูแลสุขภาพอย่างเช่น มีชมรมขึ้นมา” “คงต้องมีการปรับระบบการทำงาน แนนอนแพทย์เราทำงานหนักมาก เช่นเหนื่อยจากการทำงาน ถ้าเรา ปรับปรุงเวลาการทำงานไม่มากเกินไปได้ หรือปรับตัวในการทำงานให้สะดวกคล่องตัว” “จัดให้มีการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในโรงพยาบาล อย่างที่เสนอ เช่น เล่นกีฬา หรือเล่นดนตรี ศิลปะก็ได้” “อยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องเลย ซึ่งสมัยก่อนจะมีบางโรงพยาบาลเขาจัดให้ทุกวันพุธบ่ายออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่ก็สามารถออกกำลังกายได้ ไปวิ่งได้ อยากจัดให้เป็นระบบปกติในโรงพยาบาล” “หากจะมีด้านจิตวิญญาณ บางแห่งมีการโยคะในโรงพยาบาลหรือบางแห่งฝึกชี่กง หรือแม้มีการเชิญวิทยากรมีความ ชำนาญในการพูดก็สามารถทำให้เราเปลี่ยนจิตใจ เปลี่ยนนิสัยเราได้บางอย่าง” “สุดท้ายอยากเห็นการสร้างระบบเรียนรู้ต่อ เนื่องจากในโรงพยาบาล ผมเชื่อว่าเรามีการเรียนรู้ต่อเนื่องเราสามารถ เปรียบให้เข้ากับสถานการณ์ทุก ๆ อย่างที่เปลี่ยนแปลงได้”

“การฝึก จิตมีการสมาธิ และมีการทำใจหลาย ๆ อย่าง คงต้องมีสังคมต้องมีกลุ่มมาก่อตั้งแล้วก็ทำให้สิ่งเหล่านี้”

“อยากให้แพทย์เรามีความสามัคคีกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันสิ่งเหล่านี้ก็อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งจะต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งอันนี้ในระดับพวกเราจะต้องช่วยกันจัดกิจกรรมที่จะช่วยให้เกิดความรักความเข้าใจกัน”

“ควรมีกิจกรรมทำร่วมกัน ทั้งแพทย์ทั้งพยาบาลเกิดความสามัคคีกัน เรื่องทำให้สุขภาพแข็งแรงแนนนอนกร จะต้องมีกรออกกำลังกาย ควรกำหนดให้ชัดเจนวันนี้เป็นวันออกกำลังกาย เช่น สัปดาห์ละประมาณครึ่งวัน แต่ไม่ใช่ว่าแลกรเพื่อไปออกกำลังกาย กลับไปต้องมาดูคนไข้ต่อ”

“ได้สิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อนบ้านที่ดี ก็แนวทางในการปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้ดีขึ้น”

“สุขภาพ จัดตั้งส่งเสริมสุขภาพ อย่างเช่นชมรมอาราบิก ทางด้านสุขภาพจิตจัดทำกิจกรรมสามารถทำร่วมกันได้ ส่วนเรื่องสังคมที่ดี การจัดวัฒนธรรม องค์กรสามารถสร้างสรรค์การพูดคุยกัน”

“อยากให้แพทย์มีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ผ่อนคลาย แนวทางให้มี สันทนาการ มีกิจกรรมการแข่งขันกีฬา ประจำปี จะได้อะไรเยอะมาก”

“มีการทำสวนหย่อมภายในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ผ่อนคลายหลังจากที่ว่างจากการทำงาน”

“อยากให้มียอบรมหาความสุขในการทำงาน หาความสุขในครอบครัว หาความสุขให้กับตัวเอง”

“แล้วก็อยากให้มีสถานออกกำลังกายในโรงพยาบาล อย่างเช่น มีฟิตเนต อยู่ในโรงพยาบาล ช่วงเวลากลางวันว่าง ๆ ก็พร้อมออกกำลังกาย ให้มีสนามกีฬาที่พร้อมใช้ได้เลย”

“มีสวัสดิการที่ดี เช่น ค่าตอบแทน ปัจจุบันแพทย์ต้องดิ้นรน ไปหา พิเศษมากขึ้น”

“อยากให้วันหยุดพักผ่อน โดยที่ไม่ต้องมาใช้เวร อยากให้เป็นวันหยุดไปเลย พวครอบครัวยุติเยว”

“อยากให้เวลาการออกกำลังกายในช่วงสัปดาห์วันหรือ 2 วัน ออกกำลังกายในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องไปไหน”

“อยากจะได้ก็คือการออกกำลังกายมากขึ้น เพราะว่าตอนนี้ตั้งแต่มาทำงานเท่าที่ดู เป็นสนามเก่า ๆ สนามฟุตบอลก็กลายเป็นลานจอดรถก็เลยไม่มีสนาม ก็เลยต้องออกกำลังกายข้างนอกก็ต้องไปเล่นกับคนอื่น ซึ่งบางทีเราก็กู้กันเคย ก็เลยอยากให้มีสนามกีฬา ให้มีชมรมกีฬามารวมตัวกันบ้าง”

“ให้มีจัดงานเลี้ยงเด็ก เลี้ยงคนชรา อบรมธรรมมะในพักนี้”

“ผู้บริหารที่ให้ทุนให้โทษได้ดี สนับสนุนคนดีคนที่มีผลงานมีความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ”

“องค์กรแพทย์น่าจะกระตุ้นเป็นตัวเริ่มการดำเนินงานไม่ใช่อำนาจบนสั่งมา พวกเราออกไปก็ปีก็ไม่รู้จะได้หรือเปล่า”

“โรคที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีเครื่องคัดกรองโรค ควรได้รับการตรวจเช็คสุขภาพเพื่อให้พร้อมในการปฏิบัติงาน โรคระบาดควรมีการฉีดวัคซีนให้และเวลาเจ็บป่วยควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง”

“ควรมีระบบช่วยเหลือชดเชยเมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น เช่น ทางแพทย์สภาควรมีเงินมาสนับสนุนด้วย หรือมีปชีวิท”

“สนับสนุนสวัสดิการให้กับแพทย์ เช่น สวัสดิการการเดินทาง”

“ควรจัดให้มีแพทย์จำนวนที่เพียงพอกับผู้ป่วย”

“ควรมีที่ปรึกษาในยามเครียด (จิตแพทย์)”

“ควรได้ทำงานในด้านที่ตัวเองถนัดจะทำให้มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน”

“ควรจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ไม่ว่าจะเป็นที่ทำงานหรือที่พัก”

“ในการรับสมัครนักศึกษาแพทย์จะต้องมีการพูดคุยหรือสัมภาษณ์และวิเคราะห์จิตใจของนักศึกษาแพทย์ก่อนเข้าเรียนว่ามีความพร้อมหรือพอใจที่จะให้บริการและเสียสละเวลาเพื่อสังคม”

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การนำองค์กรและการบริหาร

- 1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา และนโยบาย ที่แสดงความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 1.2 โครงสร้างและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 1.3 การจัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4 กลไก การดูแล กำกับ และ ติดตามประเมินผลการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ
- 1.5 วัฒนธรรมองค์กรเหมาะสมต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 2 การจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- 2.1 การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2 การจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

- 3.1 โครงสร้างทางกายภาพ
- 3.2 การจัดการด้านกายภาพ
- 3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคม
- 3.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล

- 4.1 กฎ ระเบียบ ข้อตกลง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล
- 4.2 กิจกรรมพัฒนาเพิ่มพูนทักษะ และเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ
- 4.3 ระบบข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

- 5.1 การปรับระบบบริการของโรงพยาบาล
- 5.2 ระบบข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
- 5.3 การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการ
- 5.4 การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

- 6.1 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยโรงพยาบาลและเครือข่าย
- 6.2 การสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง

องค์ประกอบที่ 7 ผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

- 7.1 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยโรงพยาบาลและเครือข่าย
 - 7.2 พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่
 - 7.3 พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
 - 7.4 พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของชุมชน
-