



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 1/5 เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”)

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

มีนาคม 2547

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 1/5 เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”)

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |

โครงการนี้เป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สสส.และ สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

โครงการสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย*

นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

นพ. พรชัย สิริทศรัณย์กุล

นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

บทคัดย่อ

แพทย์ เป็นสาขาวิชาที่สังคมต้องลงทุนสูงเนื่องจากใช้บุคลากรที่มีคุณภาพตลอดกระบวนการผลิต จึงนับได้ว่ามีคุณค่าสูงต่อสังคม และสมควรอย่างยิ่งที่มีการศึกษาสุขภาพของแพทย์ไทย เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขให้แพทย์ได้ทำงานเพื่อประโยชน์ต่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ คณะวิจัยได้ทำการศึกษาย้อนหลังเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2535-2544) และศึกษาแบบตัดขวางเพื่อสำรวจสุขภาพของแพทย์ที่มีชีวิตในปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อายุตายเฉลี่ยของแพทย์ชาย 62.1 ปี แพทย์หญิง 55.4 ปี และของแพทย์ทั้งหมดเท่ากับ 61.2 ± 17.8 ปี

สาเหตุการตายเมื่อจบใหม่วัยทำงานแรกเริ่มอายุ 25-34 ปี สาเหตุการตายเป็นสาเหตุจากการอุบัติเหตุจราจร และฆ่าตัวตาย ส่วนในวัยใกล้เกษียณ อายุ 55-60 ปี สาเหตุการตายอันดับต้น ๆ เปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนทั้งเพศชายและหญิง คือ มะเร็ง มากที่สุด รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ส่วนมะเร็งตับยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของแพทย์ชาย

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า แพทย์ที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ช่วงในอดีตใกล้เคียงกับกลุ่มแพทย์ที่เสียชีวิตเมื่อ 10 ปีก่อน (ร้อยละ 22 และ 39 ตามลำดับ) แต่ปัจจุบันเหลือกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราไม่เปลี่ยนแปลง ในกลุ่มแพทย์ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่เคยได้รับการรักษา มาเลยประมาณร้อยละ 58 และมีประมาณร้อยละ 17 ที่ไม่มีประวัติทางจิตเวชนามาก่อน อุบัติการณ์การใช้ยานอนหลับ/คลายเครียดไม่แตกต่างจากอดีตถึงปัจจุบัน (ร้อยละ 17 และ 12 ตามลำดับ)

ในด้านการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจต่อวิชาชีพ แพทย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่สนใจการตรวจสุขภาพ กลุ่มที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว มีถึงครึ่งหนึ่งเป็นระยะท้ายของโรคแล้ว ความพึงพอใจต่อวิชาชีพแพทย์แปรผันตามอายุที่มากขึ้น การมีโอกาสได้ออกกำลังกาย และแปรผกผันกับประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รายได้รวมทั้งหมดมีมัธยฐานเท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน (พิสัย 8,190-600,000)

โดยสรุปแพทย์มีความเสี่ยงต่อบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากประชากรไทย ยกเว้นพฤติกรรมสูบบุหรี่และการติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งกลุ่มแพทย์มีอัตราร้อยละน้อยกว่า ข้อมูลเบื้องต้นนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบที่รวมไปถึงสุขภาพ 4 มิติและความพึงพอใจในวิชาชีพ ให้แพทย์มีศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ พร้อมที่จะอุทิศกำลังกาย กำลังใจในงานเวชปฏิบัติให้ประชาชนชาวไทยคลายทุกข์ได้ตลอดกาล (เสนอในที่ประชุมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งชาติครั้งที่ ๑ วันที่ 10 กรกฎาคม 2546 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์)

1. บทนำ

วิชาชีพแพทย์ (Medical Profession) เป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมของมนุษย์มาหลายยุคหลายสมัย ในสังคมทั่วไป “แพทย์” จึงเป็นต้นแบบของความสุขภาพดีทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แม้ความเจริญทางด้านวิทยาการเทคโนโลยีก้าวไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นเห็นห่างกันออกไปก็ตาม แต่ความยอมรับที่เป็นบรรทัดฐานของปวงชนที่ยังนับถือ “แพทย์” ให้เป็นต้นแบบของความสุขภาพดีนั้นยังอยู่ตราบนานเท่านาน

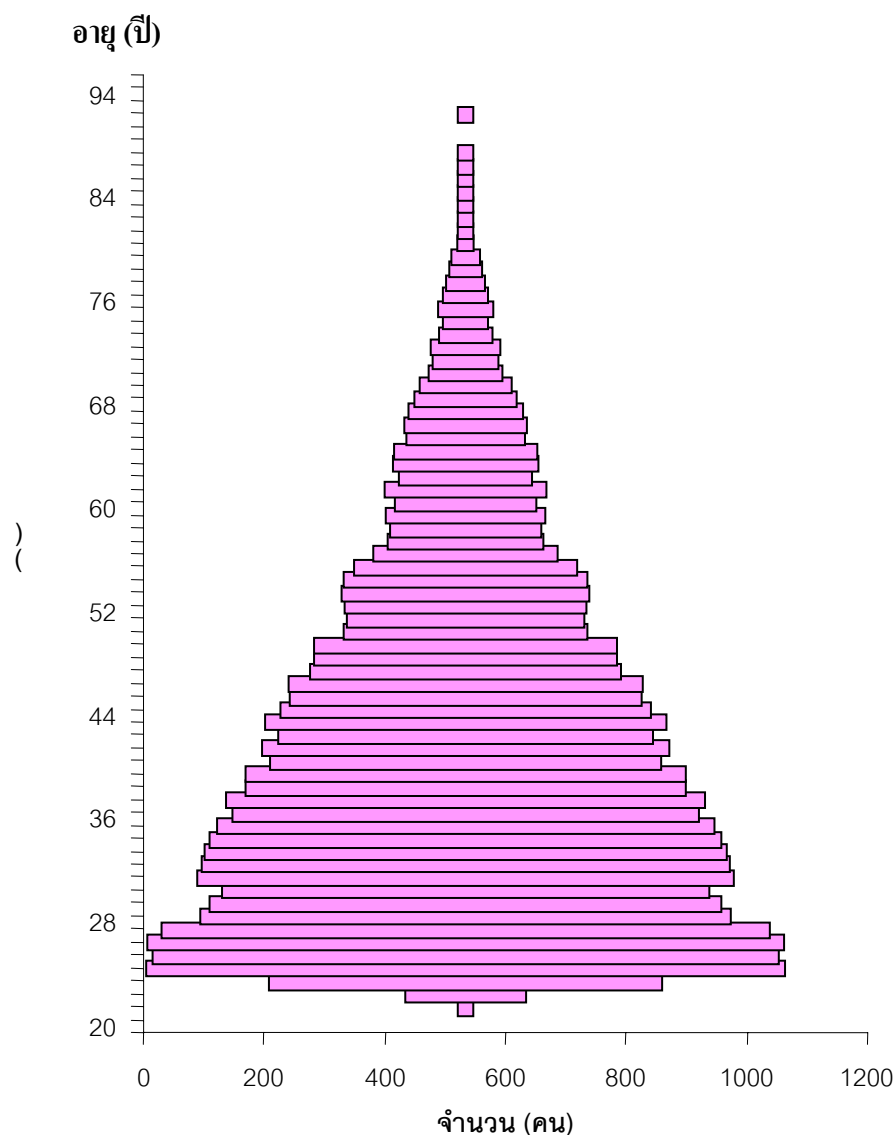
อาชีพที่คนทั่วไปไม่อยากจะทำก็มีลักษณะเด่นชัดที่เรียกย่อว่า 3D คือ Difficulty, Dirty และ Dangerous ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาชีพแพทย์มีคุณลักษณะครบทั้งสามประการข้างต้น กล่าวคือ การปฏิบัติงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ (health hazards) หลากหลายประเภท สิ่งสกปรกที่คุกคามสุขภาพแพทย์ซึ่งมีการสัมผัสเป็นประจำ ได้แก่ เชื้อโรคจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ไม่ว่าจะผ่านทางเลือด ทางลมหายใจหายใจหรือสารคัดหลั่งอื่นๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นงานที่ยากและเสี่ยงต่ออันตรายมากมาย นอกจากความเสี่ยงที่ชัดเจนเหล่านี้แล้ว การทำงานของแพทย์ทำให้เกิดความเครียดตลอดเวลา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ต้องมีความรู้และทบทวนอยู่เสมอเพื่อสรรหาทางเลือกที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย และที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความจำเพาะค่อนข้างสูงในอาชีพแพทย์ ซึ่งอาชีพอื่นไม่มี นั่นก็คือ การทำงานไม่เป็นเวลา ถูกตามไปดูแลรักษาเมื่อไรก็ได้ การรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถูกร้อยรวมให้เกิดความคาดหวังที่สูงทั้งของตนเองและจากสังคม อย่างไรก็ตาม การประกอบวิชาชีพเวชกรรมในยุคปัจจุบันยังเป็นหมายปองของคนทั่วโลกเพราะเป็นอาชีพที่มีเกียรติ ชื่อเสียง และเงินทอง เพื่อแลกความกับความเสี่ยงข้างต้นที่กล่าวแล้ว

ครั้งสังคมเริ่มยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ประชากรเพิ่มขึ้น สังคมภายนอกเรียกร้องมากขึ้น วิทยาการเจริญขึ้นมากมาย เวลาที่จะให้แก่นักเรียนน้อยลง ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ต้องทำงานนอกเวลาเพื่อเจอจนเสร็จฐานะของครอบครัวให้อยู่ในสังคมนี้ได้อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ในเวลาเดียวกันก็ยังอยากใช้เวลากับครอบครัวของตนเองมากขึ้นด้วย ถ้าแพทย์ผู้ใดจัดให้อยู่ในสมดุลได้ ก็ประสบความสำเร็จและสร้างศักยภาพให้กับวิชาชีพแพทย์ได้ แต่ถ้าแพทย์บริหารจัดการแล้วล้มเหลว ก็ส่งผลกระทบให้การทำงานของตนเอง ชีวิตครอบครัว ส่งผลให้ความสำนึกต่อสังคมน้อยลง เป็นที่น่าเสียดายที่รัฐได้ลงทุนในการสร้างบุคลากรแพทย์นับเป็นมูลค่าจำนวนมหาศาลมากกว่าสาขาใด ๆ แต่กลับไม่เหลียวแลการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องให้เกิดคุณค่ากับสังคมให้มากที่สุด

กล่าวโดยสรุป ส่วนหนึ่งของแพทย์ไทยทุกวันนี้ไม่มีสถานะที่เรียกว่า “สุขภาพดี” เพราะไม่มีส่วนประกอบทั้งสี่ ตามคำจำกัดความใหม่ขององค์การอนามัยโลกเลย ด้วยข้อเท็จจริงข้างต้นนี้ จึงเกิดคำถามว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” จะเกิดขึ้นกับประชาชนชาวไทยได้อย่างไร? ในเมื่อคนที่ปฏิบัติงานใกล้กับกลไกการสร้างสุขภาพที่สุด กลับเป็นผู้ขาดคุณสมบัติโดยสิ้นเชิง และในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อประกาศใช้ แม้ว่าจะมีระบบโครงสร้างที่ดี ก็ไม่มีหลักประกันใดเลย ถ้ายังมีแพทย์ที่ขาดความพร้อมที่จะดูแลแม้สุขภาพของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น

แพทย์บางคนต้องมีการจัดการกับความเครียดของตนเองแล้วแต่ความถนัด บางคนเลือกวิธีจัดการความเครียดที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ทำให้ยิ่งก่อผลเสียต่อสุขภาพ ขาดสมรรถนะในการดูแล รักษา ป้องกัน ให้การฟื้นฟู และที่สำคัญคือไม่อยู่ในฐานะที่ให้การศึกษากับผู้ป่วยได้^{2, 3}

จากการสำรวจทะเบียนแพทย์โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) พบว่ามีการกระจายของอายุแพทย์ที่มีชีวิตในปัจจุบันดังแสดงไว้ในรูปที่ 1 และตั้งแต่ในอดีตจนถึงปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตทั้งสิ้น 987 คน แบ่งเป็นชาย 831 คน และหญิงอีก 156 คน ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเสียชีวิตของแพทย์นั้น ทั้งหมดจะทราบเพศ แต่สามารถบันทึกอายุที่เสียชีวิตได้น้อยมาก (ได้เพียงร้อยละ 45.5) ที่สำคัญคือระบบสาเหตุการตายได้เพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้น โดยค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 55.4 และ 53.1 ปี ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดเท่ากับ 55.0 ปี



รูปที่ 1 การกระจายของอายุแพทย์ที่มีชีวิต (สำรวจ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2545)

เมื่อเทียบกับอายุขัยของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2546 ของเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ 68 และ 74 ปี ตามลำดับ (หมายเหตุ ไม่มีค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของประชากรไทย จากแหล่งข้อมูลประชากรของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถิติประชากรของสำนักงานวิจัยแห่งชาติ) จะเห็นได้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแพทย์ต่ำกว่าอายุขัยของประชากรทั่วไป และที่น่าสังเกตคือ แพทย์ผู้หญิงมีแนวโน้มที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าประชากรทั่วไปและกลุ่มแพทย์ผู้ชาย อย่างไรก็ตามสัดส่วนของเพศในกลุ่มประชากรแพทย์นั้นไม่เหมือนกับของประชากรไทยทั่วไป กล่าวคือ สัดส่วนของเพศหญิงจะมากกว่าเพศชายในกลุ่มประชากรทั่วไป

โครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของแพทย์นี้ นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และไม่เคยทำมาก่อนเนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนของทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศ การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย พอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

1. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเองและจัดส่งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทย์สภา

2. นำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือของประชาชนมากที่สุด ถ้าทำให้แพทย์เกิดศรัทธากับแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ แพทย์ก็จะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพแห่งเป็นจริงได้ และเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติตาม

3. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่างประชากรที่อยู่ในชนชั้นกลาง อายุอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหาร การทำวิจัย และการให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้

งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นหาขนาดและความสำคัญของปัญหาด้านที่มีอยู่จริงในประชากรแพทย์ในอดีตและปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 โครงการย่อย คือ 1) การศึกษาย้อนหลังในกลุ่มแพทย์ที่เสียชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-44 เกี่ยวกับสาเหตุการตายและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มแพทย์ที่ยังมีชีวิตอยู่เกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และ 3) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อแพทย์ที่เสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย

2. สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2544

การศึกษาศาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทยนี้ ทำการศึกษาจากข้อมูลของแพทย์ที่เสียชีวิต ในช่วง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 โดยแยกตาม อายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต ศึกษาจากการเก็บข้อมูล โดยการ สัมภาษณ์ญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิต ในระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 เก็บ ข้อมูลได้ทั้งหมด 262 ราย คิดเป็น 59.5% ของ 440 (จำนวนแพทย์ที่ทราบว่าเสียชีวิตในช่วงเวลา ดังกล่าว) หรือ 75.1% ของ 349 (จำนวนแพทย์ที่ทราบว่าเสียชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าวและทราบที่อยู่ สดท้าย) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

ผลการศึกษา

1. แหล่งข้อมูล จากฐานข้อมูลของแพทยสภา พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต 149 ราย คิดเป็น ร้อยละ 56.9 ในจำนวนที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตนั้น ได้ศึกษาศาเหตุการเสียชีวิตจากแหล่งข้อมูลปฐม ภูมิทั้งการเสียชีวิตที่บ้านและในโรงพยาบาล และทำการเปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณบัตร ทั้งในเรื่องความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และความถูกต้องในการลงสาเหตุการเสียชีวิตจาก สำนักงานทะเบียนราษฎร เมื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการเสียชีวิตเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการ สืบสวน พบว่าฐานข้อมูลจากแพทยสภาสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสืบสวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.1 ไม่ตรงกับการสืบสวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 ไม่พบฐานข้อมูล 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย แสดงว่าฐานข้อมูลของแพทยสภา ยังมีความผิดพลาดอยู่ และขาดข้อมูลของ สมาชิกแพทย์ผู้เสียชีวิตบางคน ส่วนข้อมูลที่ได้จากสำนักงานทะเบียนราษฎรพบฐานข้อมูล 260 ราย คิด เป็นร้อยละ 99.2 ที่ไม่พบฐานข้อมูล 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุตรง กับการสืบสวน 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.5 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย ที่ไม่สอดคล้องกับการสืบสวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.7 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย

2. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต จากข้อมูล 262 ราย พบว่าแพทย์ผู้เสียชีวิตเป็นชาย 225 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.9 แพทย์หญิง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 อายุตายเฉลี่ยแพทย์ชาย 62.09 ปี แพทย์หญิง 55.38 ปี และของแพทย์ทั้งหมดในช่วง 10 ปีนี้ คือ 61.15 ± 17.84 ปี

ยิ่งระยะเวลาที่เสียชีวิตยาวนานเท่าไร ก็ยิ่งทำให้การติดตามข้อมูลยากขึ้น ในหลาย ๆ ด้านเช่น การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ญาติหรือคู่สมรสเสียชีวิตไป และที่สำคัญในกรณีที่เสียชีวิตมานานกว่า 5 ปี บันทึกรายการแพทย์ที่เก็บไว้ ณ โรงพยาบาลที่แพทย์ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษาก่อนเสียชีวิตจะค้นไม่ได้ เนื่องจากหลักฐานต่างๆ อาจถูกทำลายไป

แพทย์ส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง ร้อยละ 64.1 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 13.4 และภาคเหนือร้อยละ 10.7 แพทย์ที่เสียชีวิตส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลร้อยละ 43.1 รองลงมา มีคลินิกส่วนตัวร้อยละ 13.7 และ โรงเรียนแพทย์ ร้อยละ 13.7 แพทย์ส่วนมากไม่มีประกันชีวิตร้อยละ

63.3 ส่วนแพทย์ที่ทำประกันชีวิตพบ ร้อยละ 32.0 (ในกลุ่มผู้ที่มีประกันชีวิต พบประเภทประกันชีวิตที่ทำกับบริษัทเอกชนร้อยละ 62.2)

ข้อมูลสาขาวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง พบว่า แพทย์ที่ประกอบเวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 31.3 รองลงมาคือศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 16.0 และด้านบริหารร้อยละ 13.3

3. ปัจจัยทางด้านสุขภาพของแพทย์ เรื่องรูปแบบการดำเนินชีวิตพบว่าแพทย์ส่วนมากรับประทานอาหารต่างๆ ไป จะไม่บริโภคอาหารเหล่านี้ คือ มังสวิรัติ (ร้อยละ 74.7) เจ (ร้อยละ 77.4) อาหารสุกดิบ (ร้อยละ 86.6) บุหรี่ (ร้อยละ 61.3) และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 52.5) มักรับประทานอาหารปกติไม่เน้นชนิดใด ๆ มากเป็นพิเศษ และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 63.8 และพบมากในกลุ่มสูงอายุขึ้นมา (หลังจากเกษียณอายุ) เนื่องจากออกกำลังกายโดยการเล่นกอล์ฟทุกสัปดาห์ เมื่อพิจารณาเรื่องประวัติการใช้ยานอนหลับยา/คลายเครียด พบแพทย์ที่ใช้ยาประเภทนี้เพียงร้อยละ 12.2

4. สาเหตุการเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา 4 อันดับแรกดังนี้ อันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็งร้อยละ 35.1 อันดับสองคือโรคหัวใจร้อยละ 28.2 ทั้งโรคมะเร็งและโรคหัวใจพบมากเมื่ออายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อันดับสามคืออุบัติเหตุร้อยละ 12.6 พบภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 52.2 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และส่วนมากเป็นกลุ่มแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติร้อยละ 42.4 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 25-29 ปี 8 ราย และพบว่าเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ร้อยละ 66.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในจำนวนนี้ค่าเฉลี่ยของความเร็วที่ขับ เท่ากับ 105 กิโลเมตร/ชั่วโมง และพบว่าส่วนมากทำงานวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

อันดับที่สี่คือ ติดเชื้อในกระแสเลือดและฆ่าตัวตาย ติดเชื้อในกระแสเลือดพบร้อยละ 3.4 พบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบแพทย์ที่มีภูมิลำเนาภาคกลาง ส่วนฆ่าตัวตายร้อยละ 3.4 ส่วนมากอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยมากมักมีสาเหตุมาจากความเครียดเรื่องต่าง ๆ และมักไม่ทราบว่ามีภาวะทางจิตเวชหรือไม่ และพบในกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 44.4 ส่วนสาเหตุที่พบน้อยที่สุดคือ การถูกฆาตกรรมร้อยละ 2.7 พบในช่วงอายุ 25-29 ปี มากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงที่เพิ่งจบการศึกษาและเริ่มปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป สาเหตุของการถูกฆาตกรรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องชู้สาว

มะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือมะเร็งตับร้อยละ 21.7 เป็นแพทย์ชาย 19 ราย แพทย์หญิง 1 ราย อันดับสองคือมะเร็งปอดร้อยละ 17.4 และมะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 17.4 อันดับสี่คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 12 สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่พบมากที่สุดในการแพทย์ชายคือมะเร็งตับร้อยละ 25 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบมากในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุละ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มะเร็งปอด

พบมากที่สุด ในแพทย์กลุ่มบริหาร อันดับที่สูง คือมะเร็งเม็ดเลือดร้อยละ 9.2 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง ในกรณีแพทย์หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุดร้อยละ 10.8 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบในช่วงอายุ 25-29 ปี 1 ราย 40-44 ปี 1 ราย 60-69 ปี 2 ราย ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไป 2 ราย รองลงมาคือมะเร็งปอดร้อยละ 8.1 และมะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 8.1 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง แพทย์ส่วนใหญ่กว่าจะพบโรคมะเร็งก็มักจะเป็นในระยะสุดท้ายร้อยละ 35.9 รองลงมาคือระยะที่ 1 ร้อยละ 17.4 ระยะที่ 3 ร้อยละ 15.2 ส่วนในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบโรคมะเร็งนั้น มีแพทย์ที่เคยตรวจ สุขภาพก่อนพบโรคมะเร็งร้อยละ 53.0 (ส่วนมากตรวจปีละ 1-2 ครั้งร้อยละ 34.4)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองลงมาจากโรคมะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 อันดับแรก คือสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลวพบเป็นอันดับที่หนึ่งร้อยละ 24.3 มักเป็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นอันดับสองร้อยละ 23.0 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อันดับสามคือเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ ร้อยละ 17.6 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และการตรวจสุขภาพก่อนพบโรคนั้นโดยมากจะเคยรับการตรวจสุขภาพมาบ้าง พบร้อยละ 62.1 ในรายที่มีการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ ตรวจสุขภาพประมาณปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 54.3 ของแพทย์ที่มีการตรวจสุขภาพ

5. ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ของแพทย์ เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ สรุปว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง มากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์หญิงและแพทย์ชายมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุไม่ต่างกัน เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ มากกว่า

สาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุกับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากฐานข้อมูลของแพทยสมาคมมีข้อมูลที่สอดคล้องกับการสำรวจครั้งนี้ร้อยละ 40.1 ไม่พบฐานข้อมูลอีกร้อยละ 43.1 จะเห็นว่าในอดีต แพทยสมาคมไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีพอ ทำให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยต้องดำเนินการค้นเพิ่มเติมจากสำนักงานทะเบียนราษฎร พบว่าข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎรตามใบมรณบัตร มีความสอดคล้องตรงกับการให้สาเหตุการตายร้อยละ 59.5 ซึ่งพบสัดส่วนความถูกต้องนี้มากกว่าในประชากรทั่วไป ที่ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ⁴ ได้ทำการศึกษา พบความสอดคล้องของใบมรณบัตรกับที่ศึกษา ร้อยละ 25.5

2. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต การศึกษาในแพทย์ที่เสียชีวิตตั้งแต่ 2525-2534 ของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พบว่ามีอายุตายเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี ต่ำกว่าที่พบในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแพทย์ที่เสียชีวิต 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2535 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2544) มีอายุตายเฉลี่ย 61.15 ปี นอกจากนั้น การที่พบอายุตายเฉลี่ยของแพทย์หญิงน้อยกว่านั้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากการศึกษานี้มีจำนวนแพทย์ชาย 225 ราย และแพทย์หญิง 37 ราย ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา ประชากรแพทย์หญิงจะน้อยกว่าประชากรแพทย์ชาย อาจเป็นข้อสรุปรวมของแพทย์หญิงทั่วประเทศไม่ได้ เนื่องจากปัจจุบันสัดส่วนของแพทย์เพศหญิงสูงขึ้นมากในกลุ่มเพื่องานการศึกษา

ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ที่พบมากภาคกลางส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยที่สูงอายุแล้ว ผลจากการโยกย้ายที่ทำงาน ในที่สุดจะกลับเข้าสู่ส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ และการที่ได้ข้อมูลในส่วนภาคกลางมากกว่านั้น อีกเหตุผลหนึ่งคือการติดตามเก็บข้อมูลหรือติดต่อได้ง่าย และครอบครัวของแพทย์หรือญาติบางท่านจะอยู่กรุงเทพมหานคร และพบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ทำประกันชีวิต เนื่องมาจาก รับราชการมีสวัสดิการ บางรายเคยทำประกันชีวิตแต่เมื่ออายุเลยวัยที่ทางบริษัทประกันกำหนดจะไม่ได้ต่ออายุการประกัน

3. สาเหตุการเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็ง รองลงมา หัวใจและหลอดเลือด ต่างจากการศึกษาของ Frank และคณะ⁶ ที่พบสาเหตุส่วนใหญ่จากเส้นเลือดในสมองแตกและตีบ การเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่ามะเร็งตับ พบมากที่สุดสาเหตุการตายจาก

มะเร็ง รองลงมาคือปอดและทางเดินอาหาร แต่การที่จะสรุปว่าแพทย์เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าประชากรทั่วไปหรือไม่นั้น ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ส่วนสาเหตุจากโรคหัวใจ พบสาเหตุของโรคเหมือนกับประชากรทั่วไป ส่วนสาเหตุจากอุบัติเหตุ นั้น พบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ในแพทย์ที่อายุ 20-40 ปี โดยเฉพาะ 25-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงหลังจบการศึกษาออกไปทำงานใช้ทุนในต่างจังหวัด เหตุผลอาจเนื่องมาจากการทำงานหนัก 12-16 ชั่วโมง/วันพักผ่อนไม่เพียงพอ และอาจเป็นได้ที่ไม่ชำนาญทางในต่างจังหวัดนั้นๆ ที่เพิ่งไปทำงานใช้ทุน

สาเหตุการฆ่าตัวตาย เป็นเพศชายมากกว่าแพทย์หญิง มีการศึกษาจากงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้เช่นกัน ซึ่งส่วนมากผลจะแตกต่างจากประชากรทั่วไป แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป การบอกความสัมพันธ์จึงไม่ชัดเจนนัก

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต พบว่าบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งและโรคหัวใจ เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม และการควบคุมปัจจัยกวนอื่นๆ เพียงแค่บอกถึงความสัมพันธ์ทางสถิติได้เท่านั้น การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง มากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับประทานยานอนหลับ ยาคลายเครียด นั้นใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิต ถ้าพบว่ามีการใช้ยาส่วนใหญ่ มักจะมาจากปัญหาความเครียดสูง การนอนไม่หลับ ต้องอาศัยยาเหล่านี้ช่วย ซึ่งญาติบางท่านจะไม่ทราบว่าผู้เสียชีวิตมีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยังพบว่า แพทย์ที่อายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะว่าเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสการป่วยด้วยโรคมะเร็งก็มากขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อาจเนื่องมาจากสภาพทางภูมิประเทศ และพบว่ามักเป็นกลุ่มอายุน้อย โดยเฉพาะช่วง 25-29 ปี แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่าจะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ

อย่างไรก็ตามควรจะมีการศึกษาต่อไปให้ได้ข้อสรุปที่แท้จริง โดยอาจมีการศึกษาไปข้างหน้าในกลุ่มแพทย์เหล่านี้ และทำการเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ จึงจะอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้หนักแน่นขึ้น เพราะข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลเฉพาะ

แพทย์ที่เสียชีวิต ทำให้สถิติที่คำนวณได้มีลักษณะเป็น numerator-based statistics การสรุปข้อค้นพบ บางประการอาจต้องระมัดระวัง ไม่รวบรัดเกินข้อมูลที่ปรากฏอยู่ (over-conclusion)

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความบกพร่องของข้อมูล โดยเฉพาะฐานข้อมูลจากแพทยสภา ระบบการจัดการ ข้อมูลในอดีต จะลบข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตแล้ว เพราะฉะนั้น ผู้วิจัยจะไม่มีข้อมูลที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และไม่มีเลข ประจำตัวประชาชน มีเพียงแต่รายชื่อของแพทย์ผู้เสียชีวิต และข้อมูลที่ได้จากสำนักงานทะเบียนราษฎรนั้น บางรายชื่อ-นามสกุลตรงกับประชากรทั่วไป การสืบค้นต้องทำมากขึ้น จำนวนที่ติดตามได้จึงมีจำกัด
2. การติดต่อกับหน่วยงานราชการอื่นๆ การตามงานและระบบงานที่เป็นขั้นเป็นตอนใน กระบวนการทำให้เกิดความล่าช้า
3. อุปสรรคในการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะในกรณีรายแรก ๆ การไม่ยินยอมให้ความ ร่วมมือของญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิต
4. จุดด้อยที่สำคัญคือยังไม่มีกลุ่มข้อมูลเปรียบเทียบ เพราะฉะนั้นการสรุปผลการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ ว่าปัจจัยใดมีผลต่อสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยจึงยังสรุปไม่ได้
5. การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยซักถามเรื่องราวในอดีตของแพทย์ผู้เสียชีวิต จากคู่ สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดนั้น มีอุปสรรคและข้อจำกัดในแง่ของการให้ข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นตัว เลขที่แน่นอน และการให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ แต่ผู้วิจัยก็ได้ข้อมูลในส่วนที่ขาดจากใบ มรณบัตร หนังสืองานฉาปนกิจ หรือจากใบบันทึกทางการแพทย์

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นการรวบรวมเพื่อสร้างฐานข้อมูลให้กับแพทย์ไทย เป็นครั้งแรก และยังไม่มีผู้ใด ในประเทศไทยได้มีการศึกษาลักษณะอย่างนี้มาก่อน เพื่อทราบปัญหาเบื้องต้น และสามารถดำเนินการ เพื่อศึกษาถึงปัญหา หรือปัจจัยใด ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และ อาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคนั้น และนำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป รวมทั้งเป็นตัวอย่างสำหรับการทำวิจัยในกลุ่มอาชีพอื่นๆ
2. การศึกษาครั้งนี้ น่าจะทำให้แพทย์ไทยตื่นตัวเป็นอย่างมาก ระบบการดูแลสุขภาพของ ประเทศไทยนั้นมีแพทย์เป็นแกนนำ การที่แพทย์ตระหนักถึงปัญหาแล้วพยายามแก้ไข ก็เป็นนิมิตหมายที่ ดีต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทย
3. เสนอให้มีระบบการติดตามข้อมูลที่ต่อเนื่องของแพทยสภา และการเก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติของแพทย์ทุกคน ทั้งที่มีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว ควรมีเลขประจำตัว 13 หลักด้วย และให้บันทึกใน ระบบที่ค้นหาได้ง่าย เช่น คอมพิวเตอร์
4. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเอง

และจัดตั้งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทยสภา

5. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรม สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่างประชากร ที่อยู่ในชนชั้นกลาง อายุอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้าระวังได้ ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหารการทำวิจัย และการ ให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้

3. การสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทย (ธันวาคม 2545 ถึง มีนาคม 2546)

การศึกษาเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไปของแพทย์ไทย และปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบโดยวิธี systematic random sampling จากผู้ ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องที่มีรายชื่ออยู่ในศูนย์ การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในประเทศไทย ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2546 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ส่งไปยังแพทย์ทั้งหมด จำนวน 440 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 380 ฉบับ จาก 440 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 86.4

แบบสอบถามประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านวิชาชีพและการทำงาน ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ส่วนตัวแปรตามคือข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค ประจำตัวและความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงอุบัติเหตุ

สรุปผลการศึกษา

ก. ข้อมูลทั่วไป แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 229 คน (ร้อยละ 60.3) เป็น เพศหญิง 151 คน (ร้อยละ 39.7) มีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.9 ส่วนใหญ่จบ การศึกษาแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร้อยละ 30.8 จบแพทย์เฉพาะทาง 244 คน (ร้อยละ 64.2) โดยพบกลุ่มอายุรแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 14.5 รองลงมาคือศัลยแพทย์ ร้อยละ 12.9 กำลังศึกษาต่อ เฉพาะทาง 38 คน ร้อยละ 10.0 และพบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 98 คน (ร้อยละ 25.8) พบว่าแพทย์ ส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกัน 226 คน (ร้อยละ 59.5) โดยคู่สมรสส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ รับราชการ, แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 16.0

ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน แพทย์ส่วนใหญ่ยังทำเวชปฏิบัติ 363 คน (ร้อยละ 95.5) และมีความพึงพอใจในวิชาชีพในระดับมาก 228 คน (ร้อยละ 60.2) พอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 37.2 และพอใจระดับต่ำร้อยละ 2.6 มีฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลา 20,000 บาทต่อเดือน (พิสัย 8,000-200,000) มีฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา 25,000 บาทต่อเดือน (พิสัย 1,000-

400,000) มัธยฐานรายได้รวมจากการทำเวชปฏิบัติ 45,000 บาทต่อเดือน (พิสัย 10,000-500,000) มัธยฐานรายได้นอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ 19,500 บาทต่อเดือน (พิสัย 2,000-200,000) รายได้รวมทั้งหมดมีมัธยฐานเท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน (พิสัย 8,190-600,000) แพทย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ และส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐบาล ร้อยละ 72.1 ภาคเอกชนร้อยละ 27.9 และมีคลินิกส่วนตัวร้อยละ 29.4 สำหรับประวัติการทำงานด้านบริหารมี 46 คน (ร้อยละ 12.1) และประวัติการทำงานด้านอื่นนอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ 58 คน (ร้อยละ 15.3)

ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ ระยะเวลานอนหลับส่วนใหญ่ของแพทย์อยู่ในช่วง 6-8 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 58.9 ทางด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสายตา 284 คน (ร้อยละ 74.9) เป็นสายตาสั้น ร้อยละ 50.8 หมู่มืดที่พบอยู่ในกลุ่มโอ บี เอ คิดเป็นร้อยละ 41.1, 26.6, และ 23.2 ตามลำดับ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.8 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าอันดับหนึ่งเป็นโรคภูมิแพ้ 78 คน (ร้อยละ 20.6) อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูง 41 คน (ร้อยละ 10.8) อันดับสามคือโรคหอบหืด มี 13 คน (ร้อยละ 3.4) อันดับสี่คือโรคเบาหวานร้อยละ 2.9 อันดับห้าคือโรคมะเร็ง พบ 7 คน (ร้อยละ 1.9)

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีแพทย์เจ็บป่วย 188 คน (ร้อยละ 49.5) ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน 126 คน (ร้อยละ 33.2) นอนโรงพยาบาลรับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ 20 คน (ร้อยละ 5.3) ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ 37 คน (ร้อยละ 9.7) มีประวัติหัวใจใน 57 คน (ร้อยละ 15.0)

ในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คัดสุราพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 77.9 และ 63.9 ตามลำดับ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.8 ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 26.2 ส่วนในเรื่องของการดื่มสุราพบว่าในกลุ่มที่มีประวัติการดื่มสุรา ปัจจุบันยังมีการดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และไม่พบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มแพทย์เลย และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 79.9 และมักนิยมเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากกว่าโรงพยาบาล เอกชนหรือที่อื่น คิดเป็นร้อยละ 64.2 ในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ 264 คน (ร้อยละ 69.5) โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจสุขภาพแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.9 อีกทั้งยังพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการทำกรรมกรรมประกันชีวิต ร้อยละ 57.3 โดยส่วนมากมีจำนวนกรรมกรรม 2-4 ใบ คิดเป็นร้อยละ 27.9 จากในกลุ่มที่ทำประกันชีวิต

ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการรับประทานอาหาร พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกวัน 290 คน (ร้อยละ 77.1) ส่วนในเรื่องของอาหารมังสวิรัต/ชีวจิต แพทย์ไม่นิยมรับประทานคิดเป็นร้อยละ 60.4 และอาหาร fast food แพทย์รับประทานกันเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.8 ในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ 132 คน (ร้อยละ 41.4) และชนิดกีฬาในการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง 77 คน (ร้อยละ 21.1)

ละ 21.4) ในเรื่องของงานอดิเรกส่วนใหญ่พบว่าแพทย์ไม่มีงานอดิเรก 245 คน (ร้อยละ 64.8) มักใช้เวลาว่างเล่นคอมพิวเตอร์ และเล่นเกม 43 คน (ร้อยละ 11.4) ในเรื่องของการท่องเที่ยวต่างจังหวัด/ต่างประเทศ ส่วนใหญ่ท่องเที่ยวอยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง/6 เดือน 154 คน (ร้อยละ 54.2) ในเรื่องของการเล่นการพนันพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นการพนัน 355 คน (ร้อยละ 93.4) และมีเป็นส่วนน้อยที่เคยเล่นและยังเล่นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ในเรื่องของการเล่นหุ้นส่วนใหญ่พบว่า แพทย์ไม่เคยเล่นหุ้น 341 คน (ร้อยละ 89.7) และมีที่เล่น 39 คน (ร้อยละ 10.3) และแพทย์ที่เล่นส่วนใหญ่ขาดทุนจากการเล่นหุ้น ร้อยละ 72.7 ในเรื่องของการผ่อนคลายความเครียดพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มักผ่อนคลายความเครียดโดยการดูทีวี วีดีโอ 127 คน (ร้อยละ 33.4) รองลงมา ฟังเพลง 72 คน (ร้อยละ 18.9) ในเรื่องของการใช้ยานอนหลับในช่วง 6 เดือน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับ 317 คน (ร้อยละ 83.4) และมีแพทย์บางส่วนที่เคยใช้ 63 คน (ร้อยละ 16.6) ในเรื่องของการประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 6 เดือน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในชีวิต 296 คน (ร้อยละ 78.1) และมีเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่แพทย์ประสบบ้างเป็นส่วนน้อย คือ คนที่รัก นับถือ เสียชีวิต 28 คน (ร้อยละ 35.4) รองลงมา คือ ใด้งานใหม่ ได้บุตร คิดเป็นร้อยละ 19.0 และ 19.0 ตามลำดับ

จ. ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.0, 42.9 และ 38.6 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับปานกลางเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก (คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 45.5 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ (คิดเป็นร้อยละ 45.0 41.9 และ 38.6 ตามลำดับ)

ฉ. ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ในด้านปัจจัยทางกายภาพพบว่าเป็นการทำงาน แพทย์มีการสัมผัสต่อรังสี เสียงดังจากอุปกรณ์ที่ใช้ ของหนัก (20 กก.ขึ้นไป) ทุกวันทำงาน (คิดเป็นร้อยละ 3.2, 1.8 และ 1.8 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสารเคมีพบว่า มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (คิดเป็นร้อยละ 4.7) ฟอรัมาลินหรือฟอร์มาลดิไฮด์ (คิดเป็นร้อยละ 1.8) และไอควัน ฝุ่นของโลหะหนัก (คิดเป็นร้อยละ 1.3) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่ามี การสัมผัสทุกวันทำงานเกี่ยวกับการสัมผัสเลือด (คิดเป็นร้อยละ 23.7) มูก/สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ (คิดเป็นร้อยละ 14.5) และหนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล (คิดเป็นร้อยละ 13.7) ตามลำดับ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพแพทย์

ก. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งมากขึ้น และยังพบว่า การจบแพทย์เฉพาะทางมีส่วนสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เจ็บเฉพาะทางเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคหืดมากกว่ากลุ่มที่ไม่เจ็บเฉพาะทาง

ข. ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่าการทำเวชปฏิบัติในสังกัดภาคเอกชน และการมีคลินิกส่วนตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค. พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ง. ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกาย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันของการเป็นโรคภูมิแพ้

จ. ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับการเป็นโรคของแพทย์ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และคำแนะนำในเรื่องของการเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ฉ. ปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน พบว่าการสัมผัสต่อรังสีมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการสัมผัสเลือด มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและการเป็นเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสเลือด ในส่วนของการสัมผัสต่อรังสีพบว่ากลุ่มที่ไม่สัมผัสต่อรังสีมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่สัมผัสต่อรังสี

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 380 ฉบับ จากจำนวนแบบสอบถาม 440 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.36 แบ่งตามเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 85.4 ของเพศชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 87.7 ของเพศหญิง ทั้งนี้จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามกับเพศพบว่าไม่แตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง

ส่วนที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม พบว่าสาเหตุหลัก คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ไม่ให้ความร่วมมือ อยู่ในช่วงลาคลอด และมีบางส่วนที่หาสาเหตุไม่ได้เนื่องจากมีแบบสอบถามที่ส่งกลับมายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์โดยไม่มีผู้รับ หมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้กับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เป็นหมายเลขที่ไม่สามารถติดต่อได้ เป็นต้น

จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 59.5 มีเพียงส่วนน้อยที่สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง หย่าร้าง หม้าย รวมคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น อาจ

แสดงถึงความสัมพันธ์ของชีวิตสมรสและครอบครัวที่ค่อนข้างดี แต่ยังสรุปไม่ได้ชัดเจน เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางบุคคลในครอบครัว และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ในด้านการทำงานพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงทำเวชปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 95.5 และมีความพึงพอใจในวิชาชีพพระคัมภีร์คิดเป็นร้อยละ 60.2 ซึ่งเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อไป ในเรื่องของสภาพการทำงาน ผู้ร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ความมั่นคง ความมีอิสระในการทำงาน โอกาสก้าวหน้า ลักษณะงาน และความปลอดภัยในการทำงาน ในส่วนที่ตอบมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 30.8 ซึ่งมีบางส่วนในวิชาชีพที่ทำให้แพทย์ในกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในวิชาชีพลดลง หากทราบในประเด็นนี้ อาจช่วยให้สามารถปรับปรุงด้านวิชาชีพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของแพทย์ได้ ในกลุ่มที่ทำเวชปฏิบัติมีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 62.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีจำนวนชั่วโมงการทำงานสูงสุดที่ 160 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งพบว่าสูงมาก แต่ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น จะทำให้สรุปผลได้ดียิ่งขึ้น

ในการศึกษานี้ยังพบว่า เมื่อแรกเข้าทำงานแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 93.6 ส่วนภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 6.4 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบใช้ทุนที่แพทย์จบใหม่ต้องทำงานใช้ทุนในสังกัดรัฐบาล แต่จะพบว่า ในการทำงานปัจจุบันมีการทำงานภาครัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 72.1 ส่วนภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.9 จะเห็นว่าแพทย์มีการย้ายสังกัดการทำงานจากรัฐบาลสู่เอกชนมากขึ้น เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเรื่องของค่าตอบแทนที่สูงกว่า

เป็นที่น่าสนใจว่าหากแพทย์มีแนวโน้มการทำงานจากรัฐบาลสู่ภาคเอกชนมากขึ้นแล้ว ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์และการกระจายของแพทย์สู่ภูมิภาคจะเพิ่มขึ้น การเร่งปรับปรุงและเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ อาจไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้นับเป็นจุดที่ควรให้ความสนใจในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระยะยาว

ข้อมูลในเรื่องของรายได้ทั้งจากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่ามีจำนวนที่ไม่ตอบตรงส่วนนี้ค่อนข้างมาก ดังจะเห็นว่าในกลุ่มแพทย์ที่ยังทำเวชปฏิบัติซึ่งมีอยู่ 363 คน แต่มีการตอบในเรื่องของรายได้รวมเพียง 217 คน จำนวนผู้ที่ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 40.3 อาจเป็นเพราะคำถามในส่วนของรายได้นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ตอบไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลมากนัก ทำให้ข้อมูลในส่วนนี้มีน้ำหนักน้อยลงไปในเรื่องของความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 36.2 โดยพบว่าอัตราสูงของโรคประจำตัวแพทย์ที่พบ อันดับหนึ่งคือโรคภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 20.6 อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 10.8 อันดับสามคือโรคหอบหืดคิดเป็นร้อยละ 3.4 อันดับสี่คือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2.9 อันดับห้าคือโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 1.9 ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ของแพทย์มาก่อน นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำให้แพทย์ตระหนักถึงสุขภาพตนเอง และอาจช่วยในการวางแผนเฝ้าระวังโรคและดูแลสุขภาพแพทย์ในระยะยาว

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าอัตราของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อันดับหนึ่งคือ ไข้หวัด หรือโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 อันดับสองคือ ท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และพบว่าแพทย์เข้ารับการปรึกษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคไ้ตั้งอีกเสบเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือเนื้องอก มะเร็ง เป็นอันดับสอง ซึ่งเป็นโรคเดียวกันกับที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด ส่วนในเรื่องของการประสบอุบัติเหตุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราของการประสบอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 15 เคยมีประวัติหลับในขณะขับรถ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าการประสบอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างสูง และการที่แพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยก่อนวัยอันควรก็มีอุบัติการณ์สูงเช่นกัน การที่แพทย์เสียชีวิตและเกิดพหุผลพลาพยอมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรอันมีค่าของสังคมไป ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึงในการดูแลสุขภาพของแพทย์ รวมถึงการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตของแพทย์

ในเรื่องของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่เคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 77.9, 63.9, และ 100.0 ตามลำดับ ในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าแพทย์ชายที่ดื่มสุรามากมีโอกาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มและยังแปรผันตามปริมาณการดื่มอีกด้วย นอกจากนี้มีการศึกษาในสก๊อตแลนด์ พบว่า แพทย์ชายมีความเสี่ยงสูงต่อการติดสุรา เมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น เป็นที่น่าสนใจว่าถ้าหากมีการติดตามการศึกษาในส่วนนี้ เพื่อดูแลแนวโน้มของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ของแพทย์ในอนาคตและผลที่มีต่อสุขภาพ จะช่วยในการเฝ้าระวังสุขภาพแพทย์ได้ดีขึ้น

ในการศึกษานี้พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีกรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 79.9 ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีคิดเป็นร้อยละ 64.2 แต่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 52.1 สอดคล้องกับที่มีข้อสังเกตว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีกรักษาตนเอง ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและการดูแลสุขภาพ ทำให้วินิจฉัยล่าช้า ไม่ถูกต้อง แม่นยำซึ่งเป็นผลเสียต่อตัวแพทย์เอง

ในเรื่องของการออกกำลังกาย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 85 แต่ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายได้น้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 2-4 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 37.9 ซึ่งชนิดกีฬาที่เล่นนิยมในเรื่องของการวิ่ง ว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก คิดเป็นร้อยละ 32.2, 10.4, และ 10.4 ตามลำดับ จะเห็นว่าเป็นกีฬาประเภทที่ใช้ออกซิเจนและพลังงาน นับว่าเป็นประโยชน์มากและถ้าสามารถทำให้แพทย์ในกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 41.4 เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 2-4 วัน/สัปดาห์ได้ ก็จะช่วยดีขึ้น

ในเรื่องของการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีใช้เวลาว่างในการเล่นคอมพิวเตอร์ และเล่นเกมสัปดาห์ละ 11.4 รองลงมาคือร้องเพลงและเล่นดนตรีคิดเป็นร้อยละ 7.7 วิธีผ่อนคลายความเครียดที่แพทย์มักเลือกใช้ คือ การดูทีวี วิดีโอคิดเป็นร้อยละ 33.4 เคยไปเที่ยว

ต่างจังหวัด/ต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 54.2 ซึ่งในเรื่องเหล่านี้แพทย์ควรมีการจัดสรรเวลาอย่างเหมาะสมระหว่างกิจกรรมหลัก 3 ประการ คือ การทำงาน การพักผ่อน และการใช้เวลากับครอบครัว หากแพทย์จัดสรรเวลาได้สมดุล ก็จะประสบความสำเร็จและมีศักยภาพเพิ่มพูนได้

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์ให้คำแนะนำระดับที่มากในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกวิธี การออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ คีมีสุรา คิดเป็นร้อยละ 50, 42.9, และ 38.6 ตามลำดับ และจากพฤติกรรมด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่คีมีสุรา และมีการออกกำลังกายที่ดีซึ่งอาจแสดงถึงความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และการให้คำแนะนำต่อผู้อื่น ดังจะเห็นว่าถ้าแพทย์มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์ก็จะมีการดูแลสุขภาพที่ดีและเป็นต้นแบบที่ดีต่อผู้อื่น ทั้งยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและให้คำแนะนำสู่ประชาชนทั่วไปได้ แต่จากการศึกษานี้ยังพบว่าแพทย์ให้คำแนะนำในระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ควรตระหนักและได้รับการปรับปรุงต่อไป

ด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นปัจจัยด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ พบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อรังสีมากที่สุดในทุกวันทำงานคิดเป็นร้อยละ 3.2 ส่วนด้านเคมีพบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบในทุกวันทำงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่าแพทย์มีการสัมผัสเลือดมากที่สุดในทุกวันทำงานคิดเป็นร้อยละ 23.7 แต่คำตอบของข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่มักตอบว่าไม่สัมผัสและสัมผัสบ้าง ทั้งด้านกายภาพและด้านเคมี ยกเว้นด้านชีวภาพที่มีการตอบในส่วนของการสัมผัสทุกวันและสัมผัสบ้างที่ค่อนข้างสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะการสัมผัสเลือดในทุกวันทำงาน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 23.7 เมื่อเทียบกับในกลุ่มของการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านกายภาพและด้านเคมีในทุกวันทำงาน จะเห็นว่าแพทย์มีโอกาสมสัมผัสสิ่งคุกคามมากมายหลากหลายประเภท อาทิเช่น รังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ เลือด หนอง และสิ่งคัดหลั่งจากระบบต่าง ๆ รวมถึงเชื้อโรคซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันก็จะพบเชื้อโรคใหม่ ๆ ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น เชื้อเอชไอวี เชื้อหวัดมรณะหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ

ในการศึกษานี้ได้นำตัวแปรต่างๆ มาวิเคราะห์ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคดังต่อไปนี้

1. ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น

2. การจับเฉพาะทางและไม่จับเฉพาะทางมีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มเฉพาะทางเป็นปัจจัยส่งเสริมของการเป็นโรคหืดมากขึ้น ทั้งนี้ยังไม่สามารถบอกรายละเอียดหรืออธิบายถึงต้นเหตุได้ว่ากลุ่มเฉพาะทางมีผลต่อการเกิดโรคหืดอย่างไร เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัยและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ในด้านการทำงานพบว่าสังกัดภาคเอกชนและการมีคลินิกมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจจะเป็นผลโดยอ้อมจากการที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากภาคเอกชนมีการแข่งขันกันสูง ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องสูง อีกทั้งในเรื่องของรายได้ การเงิน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเหนื่อยล้า เป็นต้น มีการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายหรือความเหนื่อยล้านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดความท้อแท้ใจ เกิดความเครียด เหล่านี้อาจมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงได้

4. การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งจากที่ทราบกันแล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานและยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด มีผลต่อโรคหัวใจชนิดขาดเลือดอีกด้วย แต่ทั้งนี้ไม่อาจอธิบายถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงได้ หากจะทำการศึกษาต่อควรมีก่อนควบคุมและมีการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่น ๆ ด้วย

5. การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ต่อโรคเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการคัดกรองโรคหรือตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก จึงทำให้พบโรคมากขึ้นและพบในระยะแรก และกลุ่มแพทย์ที่ตรวจสุขภาพมักเริ่มทำเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งก็มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานมากขึ้นไปด้วย

6. ส่วนการออกกำลังกายพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อโรคภูมิแพ้ โดยพบว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันของการเกิดโรคภูมิแพ้ ส่วนผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้มากกว่า

7. ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ พบว่าการสัมผัสต่อรังสีและเลือดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีทิศทางของความสัมพันธ์ของการเกิดโรค ดังนี้ คือ ในกลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือด เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่สัมผัส แต่คนที่ไม่มีการสัมผัสต่อรังสีพบว่ามีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อรังสี แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงการเป็นสาเหตุได้

8. ในการประกอบวิชาชีพสาขาเฉพาะทาง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แยกทุกสาขา จนถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาหรือการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ มีจำนวนน้อยเกินไปในการนำมาวิเคราะห์ จึงทำให้มองไม่เห็นความสัมพันธ์ที่อาจมีอยู่ได้

9. ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรคกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้

10. Multivariate analysis พบว่าความพึงพอใจต่อวิชาชีพแปรตามอายุ, การได้ออกกำลังกาย และแปรผกผันกับการประสบอุบัติเหตุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

1. ความบกพร่องของข้อมูลในเรื่องของการเปลี่ยนที่อยู่ของแพทย์ หากไม่ได้มีการแจ้งเข้ามายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ก็จะทำให้ไม่ทราบข้อมูลของแพทย์ผู้นั้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับข้อมูลในส่วนนี้ให้มีความใหม่อยู่เสมอ
2. ในเรื่องของการตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งนี้เนื่องจากการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ทางไปรษณีย์และให้ตอบกลับเอง ซึ่งเป็นการตอบโดยสมัครใจจากแพทย์ผู้นั้น อาจทำให้การส่งกลับของแบบสอบถามไม่มาก และในช่วงการศึกษานำร่องก่อนที่ทำการศึกษาริจริงได้ส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ 40 คน ผลปรากฏว่ามีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับศูนย์ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญมากในการทำวิจัยครั้งนี้
3. เนื่องจากการสำรวจหลาย ๆ ด้าน ไม่ได้เจาะจงศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ ทำให้ภายในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามหลายปัจจัย ส่งผลให้แบบสอบถามมีปริมาณมาก ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลานานในการตอบ อาจทำให้แพทย์ไม่สะดวกหรือไม่เต็มใจที่จะตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เนื่องจากมีเวลาน้อย
4. การสัมภาษณ์แพทย์ทางโทรศัพท์ ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีภาระงานมากและการทำงานของแพทย์ไม่เป็นเวลาแน่นอน มีทั้งทำงานในเวลา ทำนอกเวลา ทำคลินิก ทำงานด้านบริหาร ทำให้แม้จะมีการติดต่อนัดไว้ล่วงหน้าก็มีการเลื่อนออกไปหลายครั้งหรือต้องติดต่ออยู่หลายวัน ทำให้เกิดความล่าช้าและความยากในการเก็บข้อมูล
5. ที่สำคัญในการศึกษานี้คือ ยังไม่มีกลุ่มข้อมูลที่จะนำมาเปรียบเทียบ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเบื้องต้นของแพทย์ ทั้งนี้การสรุปผลการวิจัยในเรื่องของการหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ ยังไม่อาจสรุปแน่นอน บอกได้แต่เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหนึ่งกับอีกปัจจัยหนึ่งเท่านั้น อีกประการหนึ่ง ข้อมูลส่วนใหญ่เก็บเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ไม่ใช่ข้อมูลเชิงปริมาณ อาจทำให้ไม่เห็นข้อสรุปได้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. การสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์นี้นับเป็น โครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และยังไม่เคยมีผู้ใดในประเทศไทยศึกษามาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสำรวจและสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญทำให้ทราบสถานการณ์สุขภาพและภาวะเจ็บป่วยมาปรับใช้ในการเฝ้าระวังโรคและรณรงค์ให้แพทย์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของแพทย์

2. เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างสมมุติฐานเพื่อการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต่อไปโดยนำมาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นหรือศึกษากลุ่มอาชีพอื่นเปรียบเทียบ
3. การศึกษาครั้งนี้ทำให้แพทย์มีความตระหนักถึงสุขภาพของแพทย์โดยรวม รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์หันมาสนใจสุขภาพตนเองและมีความดูแลเอาใจใส่ในเพื่อนแพทย์ด้วยกันเองมากขึ้น
4. ผลของการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของแพทย์จะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์และการเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้

4. การศึกษาแพทย์ไทยที่เสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย: ข้อมูลเบื้องต้น

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาแบบย้อนหลัง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ลงไป ศึกษาในแพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกราย โดยยกเว้นรายที่เสียชีวิตก่อนการสัมภาษณ์ภายใน 6 เดือน เนื่องจากญาติและผู้เกี่ยวข้องอาจอยู่ในภาวะซึมเศร้าอันเนื่องจากการพรางจากและอาจไม่พร้อมต่อการให้ข้อมูล⁸ โดยรายชื่อและจำนวนประชากรได้จากบัญชีรายชื่อของแพทยสภา การศึกษาในใบมรณบัตร และจากการบอกกล่าวในกลุ่มแพทย์ วิธีการที่ใช้ศึกษาได้แก่การสัมภาษณ์ญาติและผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต้องสร้างความเข้าใจและอธิบายเหตุผลกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน เพื่อการร่วมมือที่ดี การสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์ 1 คน และผู้ช่วยผู้สัมภาษณ์อีก 1 คน เพื่อช่วยประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ร่วมกับคณะผู้วิจัย⁸ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 ปี คือตั้งแต่เดือนธันวาคม 2545-เดือนพฤศจิกายน 2547

ผู้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวช โดยแหล่งข้อมูลที่จะทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลได้แก่ 1) กลุ่มญาติ เช่น พ่อแม่, สามีหรือภรรยา, 2) กลุ่มเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา, 3) กลุ่มเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนแพทย์ และ 4) แพทย์ผู้ดูแลรักษา นอกจากนั้นยังมีการค้นจาก Medical record หรือแหล่งข้อมูลโดยได้จากเจ้าหน้าที่ชันสูตร, ตำรวจ, เพื่อนบ้าน, สังคมที่ผู้ตายเกี่ยวข้อง, เอกสารอื่นๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โดยในผู้ตายแต่ละรายจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้ข้อมูลจากทุกกลุ่มเนื่องจากต้องการข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และหาการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่แน่ชัด

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การทำ Psychological Autopsy ใช้การสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลโดยมีขอบเขตเนื้อหาของการสัมภาษณ์⁸ ได้แก่ รายละเอียดของการตาย (เช่น พฤติการณ์แวดล้อม วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย การไตร่ตรองในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น), ภูมิหลังของครอบครัว รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และประวัติการทำร้ายตนเอง, ชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น และการศึกษา, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ บิดา มารดา ครอบครัว ภรรยา เพื่อนๆ, การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม, แหล่งพักพิงอาศัย, การมีปัญหาทางกฎหมาย, อาชีพการงาน, สุขภาพร่างกาย, ปัญหาสุขภาพจิต, ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต, ปัญหา

บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย, การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเอง, การนับถือศาสนาและลัทธิ, เหตุการณ์สำคัญๆ ในชีวิต, การใช้บริการทางการแพทย์หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นก่อนการเสียชีวิต, ท่าทีของญาติต่อการเสียชีวิต

จำนวนชั่วโมงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ประมาณ 2-5 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ถูกสัมภาษณ์ และจำนวนครั้งที่ใช้ในการสัมภาษณ์จนเสร็จสิ้น ขึ้นอยู่กับแต่ละราย ภายหลังการสัมภาษณ์ในแต่ละราย ต้องนำข้อมูลและรายงานที่ได้ มาวิเคราะห์ประชุมปรึกษาร่วมกันในกลุ่มผู้สัมภาษณ์ทั้งหมดพร้อมให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในกรณีที่มีความผิดปกติโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 และหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นปัจจัยในการฆ่าตัวตายของผู้เสียชีวิต

ผลการศึกษา

จากการทำ Psychological autopsy ในแพทย์ที่ได้รับรายชื่อ 17 คน พบเพศชาย 16 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุเฉลี่ย 40 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 58 ปี ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายนั้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีการแขวนคอ ยิงตัวตาย และฉีดสาร KCl เข้าเส้นเลือด ตามลำดับ โดยวิธีการแขวนคอและยิงตัวตายนั้น พบในแพทย์ชาย 11 คน หรือ ร้อยละ 67.7 และแพทย์หญิง 1 รายนั้นใช้วิธีการฉีดสาร KCl เข้าเส้นเลือด ในด้านการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างรับราชการ เป็นแพทย์ทั่วไป มีประวัติได้รับการรักษาทางจิตเวช 4 ราย โดยได้รับการรักษามาก่อน นานกว่า 1 ปีก่อนเสียชีวิต 3 ราย และใกล้เวลาที่เสียชีวิต 1 ราย สำหรับปัญหาทางด้านจิตเวชที่พบในช่วงเวลาที่เสียชีวิต เท่าที่ทราบสาเหตุ พบว่า Major Depression พบได้สูงสุด 3 ราย รองลงมาคือ Schizophrenia และ Adjustment disorder ในจำนวนที่เท่ากัน คือ 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาทางด้านจิตเวช ในช่วงเวลาที่เสียชีวิต

ปัญหาทางด้านจิตเวช	ร้อยละ
ไม่พบ	17.6
Depressive disorder	5.9
Major depression	17.6
Schizophrenia	11.8
Delusional disorder	5.9
Alcohol dependent	5.9
Adjustment disorder	11.8
ไม่ทราบ	23.5

ในด้านการให้ข้อมูล ในกลุ่มที่เป็นญาติ พบว่า ได้รับข้อมูลจากสามี/ภรรยา และญาติอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติใกล้ชิด มากที่สุด หลายรายพบว่าไม่สามารถเข้าถึงบิดา มารดา ผู้เสียชีวิตได้ เนื่องจากญาติ

หรือผู้ให้ข้อมูลอื่นเกรงว่าจะสะเทือนใจ สำหรับกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็น
 อย่างดี ไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานอาชีพเดียวกัน หรือผู้ร่วมงานอาชีพอื่นก็ตาม ซึ่งนับเป็น
 กลุ่มที่มีผู้ยินดีให้ข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือกลุ่มเพื่อนที่เรียนแพทย์

การเปิดเผยการเสียชีวิตต่อญาติ พบว่า ส่วนใหญ่ทราบได้ว่า ผู้เสียชีวิตฆ่าตัวตาย มีเพียง 2 ราย ที่
 ญาติ (หมายถึง บิดา มารดา) รับทราบว่า ขาดอากาศหายใจ รายหนึ่งมีโรคประจำตัวเป็นหอบหืด และอีก
 รายมารดาทราบว่า นอนหลับไปแล้วเสียชีวิต และมี 1 รายที่ภรรยาทราบว่าเสียชีวิตจากการมี
 เลือดออกในกระเพาะ เนื่องจากผู้เสียชีวิต มีประวัติดื่มสุรามาก และเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบอยู่
 แล้ว

สำหรับปัญหาที่ปรากฏของผู้เสียชีวิต เท่าที่ทราบ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพทาง
 กาย ได้แก่ โรคหอบหืดเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาว วัณโรค และโรค
 เส้นเลือดอุดตันในสมอง รวมทั้งสิ้น 5 ราย ส่วนผู้เสียชีวิตที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้น 5 ราย เช่นกัน
 ได้แก่ Schizophrenia 2 ราย Delusional disorder 1 ราย Major Depression 2 ราย ส่วนปัญหาที่พบมาก
 ใกล้เคียงกัน คือปัญหาสัมพันธภาพกับคนรัก รวม 5 ราย รองลงมาเป็นปัญหาในด้านหน้าที่การงาน 4
 ราย สำหรับปัญหาที่ปรากฏจนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต และ
 ปัญหาสัมพันธภาพกับคนรัก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาที่ปรากฏและปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ปัญหาที่ปรากฏ	จำนวน	ปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย	จำนวน
ปัญหาการเรียนแพทย์	1	ปัญหาการเรียนแพทย์	1
ด้านหน้าที่การงาน	4	ด้านหน้าที่การงาน	1
สุขภาพกาย	5	สุขภาพกาย	1
สุขภาพจิต	5	สุขภาพจิต	3
บุคลิกภาพ	2	การสูญเสียคนรัก	1
สุราและสารเสพติด	1	ผู้สาว	1
การสูญเสียคนรัก	1	สัมพันธภาพกับคนรัก	3
ผู้สาว	1	ปัญหาครอบครัว	2
สัมพันธภาพกับคนรัก	5	unknown	6
ปัญหาครอบครัว	3		
ปัญหาการเงิน	1		
unknown	4		

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าแพทย์ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าแพทย์หญิง ซึ่งเป็นอัตราที่สอดคล้องกับที่จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ ได้ทำการศึกษาสาเหตุการตายของคนไทยในปี 2541 ที่พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 2.8 เท่า⁴ แต่ต่างกับที่ Hawton และคณะได้ทำการศึกษาไว้ว่า ในอังกฤษและเวลส์ แพทย์ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าแพทย์หญิงก็จริง แต่เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป พบว่าแพทย์ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ชายทั่วไป แต่แพทย์หญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป 2 เท่า (3) ส่วนในเรื่องของอายุ พบว่าแพทย์ที่ฆ่าตัวตายมีอายุเฉลี่ย 40 ปีซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lindeman และคณะ ที่ศึกษาแพทย์ที่ฆ่าตัวตายของประเทศฟินแลนด์ระหว่างปี 1986-1993 และพบว่าแพทย์ที่ฆ่าตัวตายมีอายุเฉลี่ย 47.4 ปี⁹ ในขณะที่ Charles L. Rich และ Ferris N. Pitts, JR. ได้ทำการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์ชายที่ฆ่าตัวตาย มีอายุเฉลี่ย 51.3 ปี แพทย์หญิงที่ฆ่าตัวตายมีอายุเฉลี่ย 47.8 ปี^{10, 11}

ส่วนในเรื่องของการเลือกวิธีการฆ่าตัวตายนั้นพบว่าแพทย์หญิงมีแนวโน้มในการเลือกวิธีการฆ่าตัวตายด้วยการใส่สารพิษในตัวเอง ในขณะที่แพทย์ชายนิยมการทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ¹² เช่น การยิงตัวตาย หรือการแขวนคอ เป็นต้น สำหรับปัญหาทางจิตเวชที่พบในแพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของการฆ่าตัวตายแม้จะมีสัดส่วนที่ไม่สูงนัก โดยที่โรคซึมเศร้าพบมากที่สุด รองลงมาคือโรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคจิตเภทตามลำดับ^{8, 13} ปัญหาที่ปรากฏและปัญหาที่มักกระทบในช่วงเวลาแห่งการเสียชีวิต นับเป็นประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณา ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีปัญหาหลากหลายมากระทบอย่างน้อย 2 เรื่องถึง 5 เรื่องหรือมากกว่า ซึ่งปัญหาที่มักกระทบนั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพกาย ความสัมพันธ์กับคนรัก หรือปัญหาครอบครัว ถ้านับปัญหาที่สำคัญที่สุดซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต ตามมาด้วยปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก ปัญหาด้านกฎหมาย และปัญหาด้านการงานตามลำดับ¹³ ส่วนในประเด็นของสาขาเฉพาะของแพทย์นั้น ได้มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า จิตแพทย์และวิสัญญีแพทย์มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าสาขาอื่นทั้งนี้อาจเนื่องจาก จิตแพทย์ต้องเผชิญภาวะเครียด และความไม่พึงพอใจมากกว่าสาขาอื่น ในขณะที่วิสัญญีแพทย์มีโอกาสเข้าถึงวิธีการที่จะฆ่าตัวตายได้มากกว่าสาขาอื่น¹²

การให้ข้อมูลของผู้ใกล้ชิดที่มีประเด็นที่ควรพิจารณาคือ ถึงแม้ว่า พ่อ แม่ ผู้ปกครองหรือคนรัก จะเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด แต่ในบางกรณี ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิต พ่อแม่อาจไม่ทราบ แต่เพื่อนสนิทกลับให้ข้อมูลได้มากกว่า⁸ และสิ่งที่น่าสังเกตคือถ้าผู้เกี่ยวข้องคนใดเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ผู้เกี่ยวข้องนั้นจะปฏิเสธในการให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้วิจัยมักจะทราบภายหลังเมื่อได้ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดรายอื่นมาประกอบแล้ว

ปัญหาและอุปสรรค

1. การได้รายชื่อแพทย์ที่ฆ่าตัวตาย มีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากระบบฐานข้อมูลจากแพทย์สภาที่ได้รับแจ้งข้อมูลยังไม่ครบ หรือในบางรายที่ฆ่าตัวตาย แต่มีการลงสาเหตุการ

ตายในโบสถ์สูตรว่า ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว อาจทำให้ข้อมูลในส่วนนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริง และในกรณีที่แจ้งว่าเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุอาจเป็นที่น่าสังเกตว่า รายนั้นๆ เป็นการเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายหรือไม่

2. ระยะเวลาที่เสียชีวิตที่นานทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลลืมเรื่องราวบางอย่างของผู้เสียชีวิตไปแล้ว ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะถ้าผู้เสียชีวิตมีอายุมากแล้ว ผู้ใกล้ชิดแวดล้อมที่ให้ข้อมูลได้ มักจะชราภาพ หรือเสียชีวิตไปหมดแล้วเช่นกัน

3. การทำ Psychological Autopsy นับเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย ไม่มีใครอยากรื้อฟื้นเรื่องการสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียที่เกิดจากการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว และถ้าประเด็นแห่งการฆ่าตัวตายมาจากปัญหาครอบครัวแล้ว ยังมีแนวโน้มที่จะถูกปฏิเสธการให้ข้อมูลจากคนในครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

1. การทำ Psychological Autopsy ในแพทย์ไทย ทำให้ทราบปัญหาที่ปรากฏและปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง และการดูแลป้องกัน อีกทั้งยังสามารถนำไปปรับใช้กับวิชาชีพอื่น หรือทำการศึกษาเปรียบเทียบต่อไป

2. การทำ Psychological Autopsy ในผู้ที่เสียชีวิตย้อนหลังไม่ควรเกิน 2 ปี เพราะข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

3. การได้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เชื่อมโยงข้อมูล หรือทำให้เห็นภาพร่างได้ แต่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าข้อมูลที่ปรากฏนั้นเป็นจริงหรือครบถ้วนทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากญาติและผู้ใกล้ชิดด้วยเสมอ

5. บทวิเคราะห์ภาพรวม

จากผลการศึกษาของทั้งสองโครงการ นำมาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านต่างๆ ที่คาดว่าจะเป็ปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ดูแนวโน้มของพฤติกรรมของแพทย์ที่มีชีวิตในปัจจุบัน ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของเขา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการตายหลักของแพทย์ในอดีต (เมื่อ 10 ปีก่อน) ดังนั้นข้อมูลที่น่าเสนอแนะจะแสดงให้เห็นเชิงพลวัตของการละเว้นปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพ การเสนอข้อมูลต่อไปนี้จะมิได้เสนอความสัมพันธ์เชิงสถิติ และข้อมูลของแต่ละกลุ่มก็อิสระต่อกันโดยสิ้นเชิง

ในด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มแพทย์ที่เสียชีวิตได้สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 39 และกลุ่มแพทย์ที่มีชีวิตให้ประวัติว่าเคยสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 22 แต่ปัจจุบันลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6 ส่วนเรื่องการดื่มเหล้าในอดีตกลุ่มแพทย์ที่เสียชีวิตพบได้ร้อยละ 48 ซึ่งพบว่าเท่ากันกับในอดีตของกลุ่มแพทย์ที่มีชีวิต แต่จะลดลงเหลือร้อยละ 27 จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างชัดเจนและน้อยกว่าประชากร

ไทยทั่วไป ทั้งนี้อาจเป็นจากการรณรงค์สูบบุหรี่ และกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการดื่มเหล้ายังลดลงไม่มาก สำหรับพฤติกรรมการใช้ยานอนหลับไม่แตกต่างกันมากจากแพทย์กลุ่มเสี่ยงในอดีต กับแพทย์ปัจจุบัน คือประมาณ ร้อยละ 12 และ 17 ตามลำดับ

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายหลักของกลุ่มแพทย์จบใหม่สร้างความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์ มีมูลค่ามหาศาล สาเหตุการตายอื่นเนื่องจากอุบัติเหตุช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 18 ซึ่งได้มีการสอบถามถึงอุบัติการณ์ของการประสบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับแพทย์ปัจจุบันช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบได้ร้อยละ 10 และมีประสบการณ์การหลับในขณะขับรถถึงร้อยละ 15 ซึ่งถือว่าแพทย์ปัจจุบันยังสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามอาจมีผลถึงแก่ชีวิตได้ กลุ่มแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ทำงานอยู่ภาคอีสาน ขับรถเร็วด้วยความเร็วเฉลี่ย 105 กม/ชม. และทำงานหนักประมาณ 12-16 ชม./วัน

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของแพทย์โดยเฉพาะเพศชาย พบร้อยละ 35 ในกลุ่มแพทย์ที่มีชีวิตมากกว่าครึ่งคือราว 18,000 คน ที่ไม่อยู่ในโครงการที่รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และพบว่า 1 ใน 4 ของแพทย์ทั้งหมดมีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่สำคัญคือมากกว่าร้อยละ 50 เป็นมะเร็งระยะท้าย ในกลุ่มนี้ได้สอบถามถึงการตรวจสุขภาพประจำปีพบเพียงร้อยละ 47 ซึ่งโอกาสของแพทย์ที่มีชีวิตได้รับการตรวจเช็คสุขภาพประมาณร้อยละ 47 เท่าๆ กัน นั่นแสดงว่าการละเลยดูแลเรื่องการตรวจเช็คสุขภาพในกลุ่มแพทย์ในอดีตและปัจจุบันไม่ต่างกัน โอกาสที่พบมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มแพทย์มีชีวิตอาจใกล้เคียงกับในอดีตที่ผ่านมา 10 ปี

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายลำดับสอง คือราวร้อยละ 28 มักเกิดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ในกลุ่มแพทย์ที่มีชีวิตนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นในแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ทำงานเอกชนและค่าเฉลี่ยของการทำงานมากกว่า 62.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานหนักต่อเนื่องหลังได้รับการวินิจฉัยแล้วประมาณ 10 ปีก็อาจเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ และแน่นอนที่กลุ่มนี้จะมีสัดส่วนที่ตรวจสุขภาพประจำปีสูงกว่ากลุ่มโรคอื่นที่เป็นสาเหตุการตาย เพราะเป็นโรคแล้วจึงค่อยตรวจเป็นประจำ

มากกว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่มีชีวิตเคยมีประวัติเจ็บป่วยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ 1 ใน 3 ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และมีร้อยละ 24 ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดทุกวัน ส่วนน้อยไม่เกินร้อยละ 5 ที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมี รังสี เสียงดัง และอื่นๆ

ความพึงพอใจต่อวิชาชีพแพทย์ จะเป็นภาพรวมที่แพทย์แต่ละคนได้สรุปแล้วตอบผลลัพธ์ว่าพึงพอใจมาก หรือไม่ จากการวิเคราะห์ ตัวแปรอิสระหลายตัวพบที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์รวมโดยใช้สถิติ Logistic regression analysis พบว่ามีตัวแปร 3 ตัวที่เด่นออกมา คือ

1. ประสบอุบัติเหตุช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ทำให้รู้สึกถึงความลำบากของวิชาชีพนี้โดยเฉพาะเมื่อประสบอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องจากงานที่หนัก ไม่มีเวลาพักผ่อน

2. แพทย์ที่ได้ออกกำลังกายจะมีความพึงพอใจในวิชาชีพสูง การได้ผ่อนคลายจากงานที่หนัก ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เมื่อได้ออกกำลังกายก็จะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. เมื่ออายุมากขึ้นก็พึงพอใจมาก เนื่องจากทุกอย่างเริ่มลงตัวแล้ว เรื่องบ้าน ครอบครัวยุค การเงินที่เก็บออมมาได้ แต่รายได้มากมาย กลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะมีแพทย์เพียงร้อยละ 60 เท่านั้นที่เปิดเผยเงินเดือน ซึ่งกลุ่มที่ไม่เปิดเผยนั้นน่าที่จะเป็นยอดตัวเลขที่สูงกว่าที่ปรากฏในข้อมูล ข้างต้นที่กล่าวแล้ว

6. บทสรุป

ปัจจุบันการเลือกเรียนแพทย์ยังเป็นที่นิยมของนักเรียนมัธยมปลาย ดังนั้นผู้ที่เข้ามาเรียนแพทย์ จึงมักจะอยู่ในหมู่ที่เรียนเก่งที่สุดของประเทศ การลงทุนในการสร้างแพทย์ก็สูงกว่าสาขาวิชาชีพอื่นๆ จากการรวบรวมค่าใช้จ่ายรายหัวในการผลิตแพทย์โดยเฉลี่ยทั่วประเทศ ทุก ๆ ปีรัฐบาลก็ต้องลงทุน ไม่ต่ำกว่า 2,780 ล้านบาทในการผลิตแพทย์จำนวน 1,200 คน เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และ สาธารณสุข จะเห็นได้ว่าทรัพยากรตั้งต้นก็มีคุณภาพดี กระบวนการผลิตก็ใช้บุคลากรที่เชี่ยวชาญ และ เทคโนโลยีเฉพาะด้าน เพื่อให้ได้ทรัพยากรบุคคลที่เป็นแรงงานทักษะความชำนาญให้กับสังคมต่อไป แต่ ผลผลิตแพทย์อาจมีอายุการทำงานค่อนข้างสั้น ทั้ง ๆ ที่ความชำนาญของอาชีพแพทย์นั้นขึ้นกับอายุการ ทำงานที่เพิ่มขึ้นเป็นสำคัญ ในทางเศรษฐศาสตร์ จึงถือว่าการลงทุนสร้างแพทย์ซึ่งนั้นค่อนข้างสูง แต่ เท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันสังคมกลับได้ผลตอบแทนคืนที่ไม่คุ้มค่า และขาดการพัฒนาที่ยั่งยืนและมีความ ต่อเนื่องที่เกิดผลประโยชน์สูงสุดให้กับประชาชนชาวไทย

โดยทั่วไป ประสิทธิภาพการทำงานวิชาชีพของแพทย์ย่อมขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง นอกจากแพทย์ มีความรู้ เจตคติ และทักษะที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์แพทยสภาแล้ว ยังต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ ดีด้วยจึงจะสามารถใช้ความรู้ ความสามารถได้อย่างเต็มที่ ร่วมกับโมติวิจิตที่เปี่ยมด้วยความเมตตา ใน การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ได้ในที่สุด ดังนั้นการมองภาพรวมที่ทำให้สมาชิกแพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้มีประสิทธิภาพและได้ มาตรฐาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกรวิชาชีพควรศึกษาวิจัยธรรมชาติความเป็นอยู่ ปัจจัยเสี่ยง ความเครียด สังคม ที่มีผลต่อสมาชิกแพทย์ เพื่อบรรเทาความรุนแรง และป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ และเป็นการเพิ่ม ขวัญและกำลังใจให้กับหมู่แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย

ปัญหาการกระจายของแพทย์ สัดส่วนการผลิตแพทย์เฉพาะทาง การฟ้องร้องแพทย์ และอีก หลายๆ เรื่อง ล้วนแต่มีความสับสนที่ยกยื้อและซับซ้อน ด้วยความเครียดทางสังคมที่คาดหวังในความ เป็นแพทย์มากขึ้น ขณะเดียวกันแพทย์ต้องดิ้นรนประกอบวิชาชีพนอกเวลาเพื่อเสริมรายได้ให้กับตนเอง และครอบครัวให้สมศักดิ์ศรีที่สังคมทุนนิยมที่ตั้งไว้สูง ก่อให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบต่าง ๆ นานา อาทิเช่น วินิจฉัยและรักษาเกินเหตุ ละเลยการปฏิบัติงานในหน้าที่ ไปทำงานเป็นแพทย์ที่ต่างประเทศ หัน หลังให้กับงานภาครัฐที่ให้ค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือสุดท้ายประกอบวิชาชีพอื่นที่

ไม่ใช่แพทย์ไปเลย ทั้งหมดนี้ไม่เอื้ออำนวยให้แพทย์ปรับตัวให้เข้ากับสังคมปัจจุบันหรืออยู่อย่างมีความสุขได้ยาก และพลาดโอกาสที่รับใช้สังคมตามกำลังและศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ได้ และสุดท้ายที่แพทย์หมดความหวังกับวิถีชีวิตที่ตนไม่มีความภาคภูมิใจ ไม่สำนึกถึงเกียรติและศักดิ์ศรีที่สังคมมอบไว้ให้ สุดท้ายก็ไร้ซึ่งจิตวิญญาณในการที่จะพัฒนาวิชาชีพตามวิถีทางที่ตนถนัดและเชี่ยวชาญได้ในที่สุด

และท้ายที่สุด ความเครียดต่อร่างกายและจิตใจดังกล่าวนี้นำทำให้แพทย์ขาดความสนใจและไม่ให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับที่ตัวเองมีความรู้ด้านการแพทย์ เชื่อมั่นในตนเองสูง ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ทานยา ก่อนได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป¹⁴ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยไม่ถูกต้องแม่นยำ การรักษาที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์จากการรักษาที่ไม่ได้ผลดี อีกกรณีหนึ่งที่แพทย์ต้องเครียดกับงานที่รับผิดชอบนอกเวลาแล้วต้องขับรถก็มีอุบัติเหตุการณที่ประสบอุบัติเหตุค่อนข้างสูง¹⁵ การที่แพทย์เสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมไปอย่างมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยประสบการณ์ จึงเกิดความเชี่ยวชาญและแตกฉานในสาขาวิชานั้น ๆ ยิ่งมีอายุมาก ก็ยิ่งมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเป็นลำดับ

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของแพทย์ที่ไม่มีการศึกษาว่ามีผลกระทบในด้านอื่น ๆ บ้าง ยกตัวอย่างเช่น การอยู่เวรปฏิบัติหน้าที่เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน โดยไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ตอนเช้าก็ทำงานต่อ อาชีพอื่นมีวันหยุดแต่อาชีพแพทย์นั้นไม่มี องค์กรแพทย์ส่วนใหญ่มีระบบการฝึกอบรมตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์จนถึงแพทย์ประจำบ้านโดยเน้นหนักในเรื่องความรับผิดชอบต่อหน้าที่ แต่ไม่เคยต่อเรื่องคำตอบแทนที่เหมาะสมกับแรงงานที่มีทักษะพิเศษที่ไม่มีใครแทนได้ และก็ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของสหภาพแรงงานใดๆ ความกดดันต่าง ๆ เหล่านี้ถูกสังคมทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสม แพทย์รุ่นพี่บอกอย่างเดียวกันว่า “ต้องทำ” อย่างที่ปฏิบัติกันมา ทั้ง ๆ ที่ตนเองก็เคยไม่พอใจกับระบบที่ไม่เป็นธรรมนี้ แต่ก็เป็นธรรมเนียมปฏิบัติต่อๆ กันมา ทั้งๆ ที่ตนเองเคยต้องอยู่เวรนอกเวลาเพิ่มในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ เมื่อมีแพทย์คนใหม่มาก็ต้องปฏิบัติเช่นนี้ไปเรื่อยๆ เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เกื้อกูลแพทย์รุ่นน้องที่ด้อยกว่าในด้านประสบการณ์ทางคลินิก

เป็นที่น่าแปลกมากในสังคมไทยปัจจุบันที่ตนมีความรู้ที่ร่ำเรียนมานานกว่าสาขาวิชาชีพอื่นนั้น กลับมีรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพต่างๆ ไปเมื่อเทียบกับสาขาวิชาอื่นๆ การดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัวใหม่ที่กำลังจะสร้าง แพทย์จบใหม่จึงต้องหารายได้พิเศษเพิ่มเติม ไม่มีเวลาว่างสำหรับสันตนาการ กีฬา และสังคมกับเพื่อนร่วมงาน และแม้กระทั่งให้เวลากับครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของแพทย์อยู่ในขั้นที่น่าเป็นห่วง ผลพวงที่อาจเกิดขึ้นแต่ไม่มีผู้ใดในประเทศไทยสนใจศึกษามาก่อน ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่าแพทย์จะเกิดความพึงพอใจกับวิชาชีพมากเมื่อตนเองได้มีโอกาสออกกำลังกาย ข้อมูลที่น่าสนใจจากต่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้แก่ อุบัติการณ์ที่แพทย์ประสบ

อุบัติเหตุจราจรและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{15, 16} อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน^{1, 15-17} เป็นต้น

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2543 พบว่าอัตราการตายของประชากร 479.1 ต่อประชากร 100,000 คน แต่จากข้อมูลเบื้องต้นของประชากรแพทย์ไทยนั้น ไม่ต่ำกว่า 3,592 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าของประชากรไทยทั่วไปถึง 7.5 เท่า ซึ่งมีการศึกษาจากหลายสถาบันที่ชี้ไปถึงอาชีพแพทย์นั้นมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น^{1, 17-19} Frank และคณะ¹⁵ ได้สำรวจสาเหตุการตายของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 10 อันดับของสาเหตุการตายนั้นไม่แตกต่างกันกับประชากรทั่วไป แต่มีความเสี่ยงสูงขึ้นในการเกิดภาวะเส้นเลือดแตกในสมอง อุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย แต่ความเสี่ยงลดลงที่ตายจากโรคถุงลมโป่งพอง Carpenter และคณะ¹ ได้ทำการสำรวจประชากรแพทย์ในประเทศอังกฤษและแคว้นเวลส์และเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในช่วงปี พ.ศ. 2505-2535 พบว่าโดยทั่วไปอัตราการตายน้นต่ำกว่าประชากรทั่วไปเนื่องจากสูบบุหรี่น้อย และเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก กลุ่มแพทย์นี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่สัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแพทย์ผู้ชาย และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแพทย์ผู้หญิง และอัตราการเกิดโรคตับแข็งในวิสัญญีแพทย์มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แต่เมื่อรวมสาเหตุทั้งหมดแล้วจิตแพทย์มีอัตราการตายสูงสุด

สำหรับเรื่องการเฝ้าระวังโรคของตัวแพทย์เอง ขึ้นอยู่กับสาขาวิชาที่เชี่ยวชาญและอาจสัมพันธ์กับการแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันเฝ้าระวังโรค¹⁴ Frank และคณะ²⁰ แพทย์ผู้หญิงทั้งหมดจะทำ mammogram ก็ต่อเมื่อเป็นประวัติมะเร็งเต้านมแล้วเท่านั้น ซึ่งสายเกินไปและในรายงานฉบับนี้ยังแนะนำให้มีการคัดกรองในกลุ่มแพทย์ผู้หญิงอย่างจริงจัง และยังได้ศึกษาอุปนิสัยส่วนตัวของกุมารแพทย์ผู้หญิงพบว่าส่วนใหญ่ทำงานไม่หนัก ไม่เครียด และพึงพอใจกับงาน จะพึงพิถีพิถันในเรื่องการรักษา ผิพรรณ อาหารและระวังเรื่องน้ำหนัก แต่ไม่เอาใจใส่ต่อบุคลิกบางอย่าง อาทิเช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การตรวจเช็กเชื้อ HIV และระดับโคเรสเตอรอลในเลือด ซึ่งคณะผู้ทำวิจัยได้ให้ข้อคิดว่าถ้าจะพัฒนาสุขภาพเด็กในอนาคตก็สมควรเอาใจใส่กับทัศนคติทั่วไปของกุมารแพทย์ด้วย² จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่นานนี้ของ Cornuz และคณะ³ พบว่าลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์ 4 ประการที่อาจทำนายทัศนคติไปในทางไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ ได้แก่ นิสัยดื่มเหล้าประจำ (3 แก้วต่อวัน) นิสัยเก็บตัว ไม่มีการตอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และพวกที่ไม่สนใจกับความดันโลหิตของตนเอง และพฤติกรรมบางอย่างอาจให้โทษแก่สุขภาพโดยตรง อาทิเช่น การศึกษาของ Carmargo และคณะ²¹ พบว่าแพทย์ผู้ชายที่ดื่มเหล้ามากจะมีโอกาสเสี่ยงตายจากโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม และการศึกษาของ Harrison และคณะ²² ได้ศึกษาในกลุ่มแพทย์ผู้ชายที่ดื่มเหล้ามากจะมีความสูงที่เป็นโรคตับแข็งหลังอายุเลย 45 ปีไปแล้ว

ในต่างประเทศประชากรแพทย์เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ในด้านสุขภาพเนื่องจากมีความเข้าใจพื้นฐานของโรคและความผิดปกติเป็นอย่างดี^{2, 15, 17, 20, 23} และยังเป็นต้นแบบการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ^{1, 21, 22, 24, 25} และผลงานหลายชิ้นที่นำไปขยายผลไปสู่การ

สร้างแนวทางการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป^{22, 25, 26} อีกทั้งยังมุ่งเป้าไปที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในการป้องกันดูแลและเฝ้าระวังโรคด้วยตนเอง^{3, 14, 20, 23} อนึ่ง การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มแพทย์แต่ละสาขาผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานได้อีกด้วย^{1, 16} ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรที่มีทักษะพิเศษ ฝึกอบรมยากและใช้เวลานาน ถ้าสังคมใดมีประชากรแพทย์ที่อายุยืนยาวก็จะเกิดมูลค่าสูงต่อหน่วยลงทุนเป็นทวีคูณตามเวลาที่นานขึ้น และยังสามารถทำงานเวชกรรมได้แม้อายุมากแล้ว ซึ่งมีการศึกษาของ Grauer และคณะ²⁷ จากประเทศแคนาดา ได้สำรวจแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มากกว่าร้อยละ 90 ยังทำเวชปฏิบัติอยู่ ซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 65 ไม่กำหนดวันเวลาที่จะเกษียณ

โครงการรณรงค์เสริมสร้างสุขภาพของแพทย์นี้ดำเนินการจัดทำโดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของแพทยสภา นอกจากพันธกิจที่ ศ.น.พ. นับเป็นโอกาสอันดีที่แพทยสภาซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับสมาชิกให้มีสุขภาพครบสี่มิติตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และด้วยสิ่งนี้ที่จะเกิดขึ้นย่อมเป็นผลดีกลับสู่ประชาชนได้โดยตรง อีกทั้งยังสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อสมาชิกแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมั่นคงอยู่ควบคู่ไปกับสังคมไทยต่อไป

*งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจสุขภาพแพทย์ไทย ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนวิจัย (สกว.) และสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ. 2546-2548 ในชุดโครงการ “แรงงานสุขภาพ” โดยมี พญ.ฉันทนา ผดุงทศ เป็นหัวหน้าชุดโครงการ คณะผู้วิจัยประกอบด้วย ศาสตราจารย์ นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, รองศาสตราจารย์ นพ. พรชัย สิทธิธรรมกุล และ นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน อีกทั้งยังมีทีมผู้ช่วยวิจัยได้แก่ พญ. นวพรรณ ผลบุญ, พญ. ھرรษา รักษาคม, นพ. สุธีร์ รัตนมงคลกุล, นส.กิงดาว ศรีวรรณท์ และกลุ่มผู้วิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เอกสารอ้างอิง

1. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. Occup Environ Med 1997; 54:388-95.
2. Frank E, Meacham L. Characteristics of women pediatricians. Clin Pediatr (Phila) 2001; 40:17-26.
3. Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention- specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000; 17:535-40.
4. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม, วรรณษา เปาอินทร์, อรุณ จิรวัฒนกุล, และคณะ. รายงานผลการศึกษาสาเหตุตายในประเทศไทยระยะที่ 1. 2543.

5. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. หมอไทยอายุสั้น ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับคำ อายุคาด อายุขัย และอายุตาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2535. พิมพ์ครั้งที่ 1; ฉบับที่ 4:353-57.
6. Frank E, Biola H, CA B. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med* 2001; 19:155-9.
7. Harrison D, J C. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction* 1994; 89:1613-7.
8. Hawton K, Appleby L, Platt S, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998; 50:269-76.
9. Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lonnqvist J. Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:68-71.
10. Rich CL, Pitts FN, Jr. Suicide by male physicians during a five-year period. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1089-90.
11. Pitts FN, Jr., Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among U.S. women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry* 1979; 136:694-6.
12. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:296-300.
13. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2001; 63:159-70.
14. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal Thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* 2000; 160:3209-14.
15. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med* 2000; 19:155-9.
16. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93:922-30.
17. Adlakha AL, Hall TL, Muller S. Working life of health professionals. *World Health Stat Q* 1979; 32:138-53.
18. Manber MM. Being a doctor may be hazardous to your health. *Med World News* 1979; 20:68-70, 74-5, 77-8.

19. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. *Soc Hist Med* 1996; 9:1-30.
20. Frank E, Rimer BK, Brogan D, Elon L. U.S. Women Physicians' personal and clinical breast cancer screening practices. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9:791-801.
21. Camargo CA, Jr., Hennekens CH, Gaziano JM, Glynn RJ, Manson JE, Stampfer MJ. Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in US male physicians. *Arch Intern Med* 1997; 157:79-85.
22. Harrison D, Chick J. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction* 1994; 89:1613-7.
23. Frank E, Bendich A, Denniston M. Use of vitamin-mineral supplements by female physicians in the United States. *Am J Clin Nutr* 2000; 72:969-75.
24. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, et al. Baseline self-reported cataract and subsequent mortality in Physicians' Health Study I. *Ophthalmic Epidemiol* 2000; 7:115-25.
25. O'Donnell CJ, Ridker PM, Glynn RJ, et al. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. *Circulation* 1997; 95:1132-7.
26. Hebert PR, Ajani U, Cook NR, Lee IM, Chan KS, Hennekens CH. Adult height and incidence of cancer in male physicians (United States). *Cancer Causes Control* 1997; 8:591-7.
27. Grauer H, Campbell NM. The aging physician and retirement. *Can J Psychiatry* 1983; 28:552-4.