



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 3/5 เรื่อง การสำรวจปัจจัยเสี่ยงของแพทย์ที่เสียชีวิต)

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล

มีนาคม 2547

สัญญาเลขที่ RDG 4630006

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 3/5 เรื่อง การสำรวจปัจจัยเสี่ยงของแพทย์ที่เสียชีวิต)

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)

Abstract

Although the Thai Medical Council (TMC) has been responsible for the database of all Thai physicians, TMC has not had a complete and updated directory of all physicians especially their status as alive or death. This study was a retrospective study exploring causes of death of Thai physicians. The authors approached several agencies to obtain addresses and/or telephone numbers of the next-of-kin of the death physicians. Then we interviewed them about the causes of death of physicians and other relevant questions such as their life styles. During 1992 and 2001, there were 440 physicians known to be death. We could obtain the addresses of their relatives for 349 cases and could interview 262 next-of-kin's. Two hundred and twenty-five deaths were male, and 37 were female. Major causes of deaths were cancers (35.1%), heart diseases (28.2%), accidents (12.6%), septicemia (3.4%), and suicide (3.4%). Their average age at death was 61.15 years for all, 62.09 years for male, and 55.38 years for female. The causes of death and distribution of them did not seem to be different from those of the general population. The study emphasizes the need for improvement of Thai physicians' database and the opportunity to improve Thai physicians' health. This will help to improve the health of population at large since physicians can influence the health of population directly and indirectly in various ways.

บทที่ 1

บทนำ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน ในสังคมยุคโลกาภิวัตน์สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างมากมาย สังคมที่ใหญ่ขึ้น เทคโนโลยีที่ทันสมัย ภาวะเศรษฐกิจจึงจำเป็นสำหรับทุกคนรอบตัว การทำงานเพื่อแข่งกับเวลาจึงพบได้เกือบทุกอาชีพ ตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย ครู วิศวกร นักธุรกิจ พ่อค้า แม่ค้า จนกระทั่งถึงอาชีพรับจ้างเป็นต้น นอกจากเศรษฐกิจที่ตึงตัวอยู่ ณ ปัจจุบัน ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกยุคทุกสมัย ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค หรือเรียกว่า “ ปัจจัย 4 ”

1. อาหาร ช่วยในการดำรงชีพ เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง และเจริญเติบโต
2. ที่อยู่อาศัย เป็นแหล่งพักพิง พักผ่อน ไว้หลบภัยต่างๆ ทั้งภัยธรรมชาติ และภัยอันตรายทางสังคม
3. เครื่องนุ่งห่ม ช่วยห่อหุ้มร่างกายให้ความอบอุ่น
4. ยารักษาโรค ช่วยรักษาบรรเทาและรักษาการเจ็บป่วย ให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่ามนุษย์ทุกคน ต้องการการอยู่รอด เพราะฉะนั้น จะขาดปัจจัย 4 ข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้

มีคำสุภาษิตกล่าวไว้ว่า “ การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ ”

การดำเนินชีวิตของคนยุคปัจจุบันมีความยุ่งยากมาก ต้องเหนื่อยทั้งกาย ใจ เพื่อความอยู่รอด และปลอดภัย เพราะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รอบด้าน จึงทำให้เกิดความกังวล ความเครียด การนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นความทุกข์ที่กัดกินคุณภาพชีวิตอยู่เสมอ มนุษย์ทุกรูปนาม ต่างก็มีความกังวล ความเครียด การนอนไม่หลับ มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งจัดว่าเป็นเรื่องปกติ ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่ามนุษย์ต้องต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อความอยู่รอด ปลอดภัย มีฐานะดี มีความเท่าเทียมกันทางสังคม และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จากปัญหาต่าง ๆ ข้างต้น ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพตามมา เมื่อเราจะแก้ไขให้ถูกต้อง ต้องหาเหตุที่ทำให้เกิดให้พบ เช่น แพทย์ศึกษาหาสาเหตุของการเกิดโรค ดำเนินการทดลองทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้ผลวิเคราะห์โรคที่ถูกต้องที่สุด ดังคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเกี่ยวกับเหตุแห่งทุกข์ และการดับทุกข์ ดังนี้

1. ทุกข์ คือ ความรู้สึกไม่สบายกายหรือไม่สบายใจ ทุกข์ในอริยสัจ 4 คือ ความทุกข์ทางจิตใจ และความทุกข์ต่าง ๆ ทางร่างกาย ที่มีสาเหตุมาจากความทุกข์ทางจิตใจ ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

2. สมุทัย เหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ เช่น เหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย ต้นเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นต้น ส่วนทางใจ เหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ทางใจคือ กิเลส ความโลภ โกรธ หลง เป็นต้น
3. นิโรธ ความดับทุกข์ คือภาวะที่ไม่มีทุกข์ทางจิตใจและทางกายมีความบริสุทธิ์ผ่องใส
4. มรรค หนทางแห่งการดับทุกข์

จากคำกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าสุขภาพ ทั้งกายและจิตใจ เป็นเรื่องสำคัญและอยู่ควบคู่กัน มาตลอด ตั้งแต่เกิด จนกระทั่งตาย การที่มีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนแสวงหา ปรรณนา การมีสุขภาพใจที่ดี สุขภาพกายที่ดีก็จะเป็นผลตามมา ถ้าจิตใจอ่อนแอ กังวล เครียด ไม่มีความสุข แล้วผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเกิดโรคร้ายขึ้น ระบบต่าง ๆ ของร่างกายอาจแปรปรวน เป็นเหตุของโรคร้ายแรง โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายไม่ทุเลาจนกระทั่งบางรายคิดฆ่าตัวตาย ปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ อย่างไม่มีสติ หรือสมาธิจะเกิดข้อผิดพลาด หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในกลุ่มอาชีพทางสังคมหลาย ๆ อาชีพ ที่น่าศึกษา ในที่นี้อาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค มีความรับผิดชอบสูง และเป็นที่น่าเชื่อถือเคารพยกย่องในสังคม จะกล่าวถึงในกลุ่มอาชีพแพทย์

อาชีพแพทย์กับสังคมไทย

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แพทย์เป็นอาชีพที่สังคมไทยยอมรับนับถือ และเป็นอาชีพที่มีเกียรติเป็นที่พึ่งและที่หวังของสังคมมาทุกสมัย โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพทั้ง ร่างกายและภาวะจิตใจ แพทย์มักจะทุ่มเทกับงานมาก ความใส่ใจในด้านการดูแลสุขภาพตนเองจึงน้อยลง ดังจะเห็นได้ว่า ก่อนศตวรรษที่ 19 แพทย์อายุน้อยเสียชีวิตไปเป็นจำนวนมาก เนื่องจากทุ่มเทกับการทำงาน แต่เมื่อเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพมากขึ้นในกลุ่มแพทย์ ทำให้อัตราตายลดลงได้บ้าง¹ การที่แพทย์ปฏิบัติงานอย่างหักโหม ก็เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายทางสังคม และจุนเจือครอบครัว จึงเป็นเหตุให้สุขภาพทรุดโทรม แพทย์บางท่านปรับให้อยู่ในสมดุลได้ก็จะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว และสร้างศักยภาพให้กับวิชาชีพแพทย์ได้ แต่ถ้าแพทย์บริหารจัดการแล้วล้มเหลว ก็ส่งผลกระทบให้การทำงานของตนเอง และชีวิตครอบครัว

อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อสิ่งคุกคามจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน

ได้มีการศึกษาวิจัยมาบ้างจากต่างประเทศเกี่ยวกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ พบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ (health hazards) หลากหลายประเภท โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางบางสาขามีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพมากกว่าแพทย์สาขาอื่น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการประกอบอาชีพมากขึ้น^{2,3} อาทิเช่น ศัลยแพทย์ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้ออันเนื่องจากเครื่องมือและของมีคมขณะทำการผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ซึ่งสัมผัสยาสลบหลายประเภท

รังสีแพทย์ สัมผัสกับรังสีต่างๆ โดยเฉพาะงานรังสีรักษา พยาธิแพทย์ซึ่งต้องสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมและย้อมสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น นอกจากสิ่งคุกคามภายนอกที่ชัดเจนเหล่านี้แล้ว หน้าที่การงานของแพทย์และความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยที่สูง และการทำงานหักโหมนอกเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งเศรษฐกิจทางครอบครัว ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้าแพทย์ท่านใดขาดการแก้ปัญหาที่ดี หรือบริหารจัดการกับสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ ก็พบว่าเป็นภาวะที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และพบแพทย์หญิงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าเพศชาย อีกทั้งยังพบมากกว่าประชากรทั่วไป³

ความเครียดกับอาชีพแพทย์

ความเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ในลักษณะของการตึงเครียด ดึงรั้ง อึดอัด หนัก กดดัน หรือ บีบคั้น เป็นต้น ความเครียดย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สาเหตุมีหลายประการ ที่สำคัญคือร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำงานนานและทำงานหนัก อยู่ในสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ผลต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้เกิดการอ่อนล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ แล้วเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยได้ง่าย

ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะจากการทำงาน ทำให้แพทย์ขาดความสนใจและไม่ให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง การรับประทานยาเองก่อนได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป⁴ เนื่องจากความละเลยหรือไม่มีเวลาเพื่อดูแลสุขภาพของตัวเอง ทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องแม่นยำ จากการรักษาตนเองที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ผลการรักษาที่ไม่ดีหรือรักษาไม่ทันกาลในกรณีโรคร้ายแรง อีกกรณีหนึ่งที่แพทย์ต้องทำงานที่รับผิดชอบนอกเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ แล้วต้องขับรถก็มีอุบัติเหตุที่ประสพอุบัติเหตุ ค่อนข้างสูง⁵ การที่แพทย์เสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมไปอย่างมากมาย

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของแพทย์ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบในด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยในด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งในอดีตจนถึงปัจจุบันไม่มีผู้ใดในประเทศไทยให้ความสนใจหรือศึกษากันมาก่อน การทำงานนอกเวลาทำให้มีเวลาพักไม่เพียงพอ การปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพ หรือแม้กระทั่งตัวแพทย์เองยังให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองน้อย ดังเห็นได้จากการตรวจสุขภาพประจำปีที่ทุกคนควรตรวจ กลุ่มแพทย์กลับเป็นกลุ่มที่ดูแลสุขภาพตัวเองน้อย ทั้ง ๆ ที่แพทย์ควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพ ดังข้อมูลที่น่าสนใจจากต่างประเทศ อันได้แก่ อุบัติการณ์ที่แพทย์ประสพอุบัติเหตุจราจรและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{2,5} อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน^{2,3,5,6} เป็นต้น

การผลิตแพทย์แต่ละปีรัฐบาลต้องใช้งบประมาณที่สูง ดังนั้นแพทย์ที่สำเร็จการศึกษามาแล้ว ถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่ามากแก่สังคม และเมื่อแพทย์นั้นมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไป การลงทุนของรัฐบาลจึงไม่คุ้มค่า หรือเป็นการลงทุนที่เกิดประโยชน์น้อย ดังนั้นเราจึงหันมามองและกระตุ้นเตือนให้สังคมตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของแพทย์ เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนและการพัฒนาวิทยาการ การรักษายาบาลต่อผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี ผู้นำด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี คำว่า สุขภาพดีถ้วนหน้าจะเกิดกับสังคมไทยได้อย่างไร ถ้าผู้นำทางด้านสุขภาพดังเช่นแพทย์บางส่วน ยังขาดการดูแลสุขภาพที่ดี แพทย์บางคนมีการจัดการกับความเครียดของตนเอง บางคนเลือกวิธีที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ทำให้ยิ่งก่อผลเสียต่อสุขภาพ ขาดสมรรถนะในการดูแลรักษา ป้องกัน ให้การฟื้นฟู และถ้าเป็นเช่นนี้แล้ว แพทย์จะไม่สามารถที่ให้ความรู้หรือเป็นแบบอย่างที่ดีกับผู้ป่วยได้^{7,8} ทั้งๆที่แพทย์เป็นผู้นำที่ใกล้ชิดกับกลไกการส่งเสริมสุขภาพ รักษาและป้องกันโรคมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป แพทย์ไทยทุกวันนี้ส่วนหนึ่งยังขาดการดูแลสุขภาพที่ดี จากหลายรายงานที่ศึกษาอัตราการตายของแพทย์ และอายุเฉลี่ยของแพทย์ที่มีการศึกษาแล้วในหลายประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดสนใจศึกษามาก่อน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ ซึ่งการวิจัยนี้มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของแพทย์ไทย ทั้งยังเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป และยังเป็นแบบอย่างของการทำวิจัยลักษณะเดียวกันในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

คำถามการวิจัย (Research questions)

คำถามหลัก (Primary research question)

สาเหตุการตายของแพทย์ไทยมีอะไรบ้าง

คำถามรอง (Secondary research question)

1. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยในด้านการประกอบอาชีพเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายและสุขภาพของแพทย์ไทยอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาสาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทยโดยแยกตาม อายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. ศึกษาสาเหตุการตายของแพทย์ไทย
2. ศึกษาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทย
3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของแพทย์ไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit and application)

โครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของแพทย์ไทย นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และไม่เคยทำมาก่อน เนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนของทะเบียนแพทย์ ทั่วทั้งประเทศ การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มากมายพอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

1. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเองและจัดส่งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทยสภา
2. นำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไปและเป็นแบบอย่างต่อการทำวิจัยในสาขาอาชีพอื่นๆ เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคล ที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือของประชาชนมากที่สุด ถ้าทำให้แพทย์เกิดศรัทธากับแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ แพทย์ก็จะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นจริงได้ และเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติตาม
3. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่างประชากรที่อยู่ในชนชั้นกลาง อายุอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหารการทำวิจัย และการให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้
4. โครงการรณรงค์เสริมสร้างสุขภาพของแพทย์นี้ดำเนินการ โดย ศ.น.พ. ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของแพทยสภา นับเป็นโอกาสอันดีที่แพทยสภาซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับสมาชิก ให้มีสุขภาพครบสี่มิติตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และสิ่งที่จะเกิดขึ้นย่อมเป็นผลดีกลับสู่ประชาชนได้โดยตรง อีกทั้งยังสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อสมาชิกแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมั่นคงอยู่ควบคู่ไปกับสังคมไทยต่อไป
5. เป็นจุดกระตุ้นให้แพทย์หันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น
6. เพื่อทราบข้อมูลและเก็บเป็นฐานข้อมูลการตายของแพทย์ไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว การใช้ยา ชั่วโมงการทำงาน/ สัปดาห์ ความเร็วในการขับรถ รูปแบบการดำเนินชีวิต จำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพก่อนพบโรค ระยะของการเป็นมะเร็งที่พบครั้งแรก ภาวะทางจิตเวช
2. ปัจจัยภายนอก สิ่งแวดล้อม คือ การประกอบอาชีพเฉพาะทาง ภูมิภาคที่อาศัย โรงพยาบาล ที่ทำงาน รัฐบาล เอกชน ธุรกิจ อื่น ๆ

ตัวแปรตาม (Dependent variables)

สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย

วิธีการหรือสิ่งแทรกแซง (Extraneous variables)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่มีวิธีการหรือสิ่งแทรกแซง

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

การเก็บข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตครั้งนี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลรูปแบบการดำเนินชีวิตของแพทย์ผู้เสียชีวิตเนื่องจากไม่ได้ข้อมูลจากแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติ อาจไม่ครบถ้วน

คำนิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย (Operational definition)

คนไทยผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ (Thai physicians) คือ แพทย์ผู้เสียชีวิตในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2535 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2544

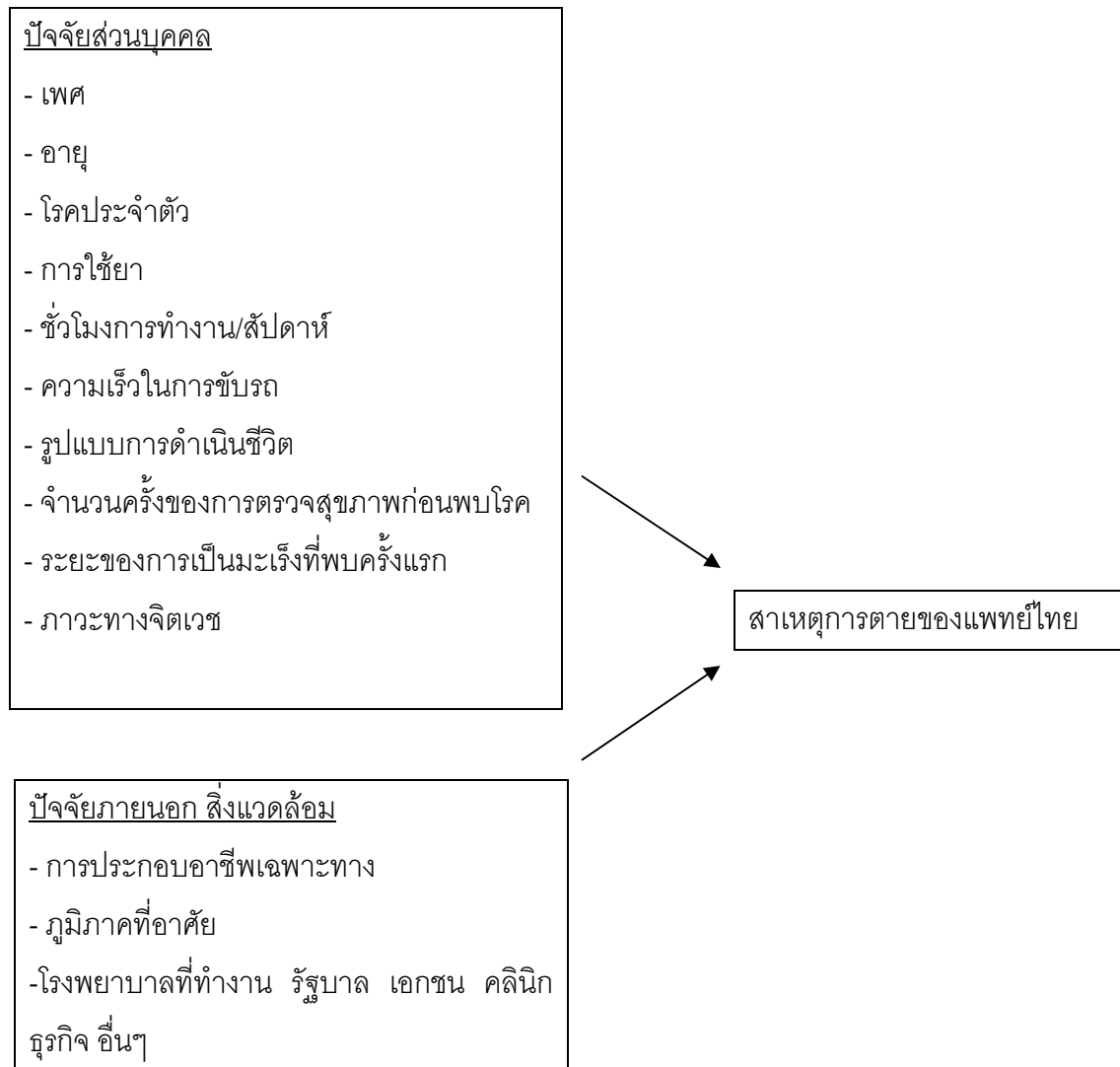
ปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพ (Health Hazards) คือ ปัจจัยหรือสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ผู้เสียชีวิต

สาเหตุการตาย (Causes of Death) คือ สาเหตุการตายของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ภูมิภาค หมายถึง ภูมิภาคของแพทย์ผู้เสียชีวิต โดยได้จัดแบ่งตามภูมิภาคของประเทศไทยได้ 5 ภูมิภาคดังนี้

1. ภาคกลาง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท สระบุรี นครนายก สุพรรณบุรี
2. ภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว
3. ภาคใต้ ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง ชุมพร สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส
4. ภาคตะวันตก ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม
5. ภาคเหนือ ได้แก่ นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พิจิตร เพชรบูรณ์ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน
6. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ มหาสารคาม ชัยภูมิ หนองบัวลำภู ขอนแก่น อุดรธานี เลย หนองคาย กาฬสินธุ์ สกลนคร ศรีสะเกษ อุบล ยโสธร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด นครพนม มุกดาหาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ความแตกต่างของสาเหตุการตาย กับรูปแบบการตาย
2. อายุคาด อายุขัย อายุตาย
3. องค์การแพทยสภากับระบบการติดตามข้อมูล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความแตกต่างกันของรูปแบบการตายกับสาเหตุการตาย³²

สาเหตุการตาย จะบ่งบอกเหตุต้นกำเนิดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนนำไปสู่ความตาย

รูปแบบการตาย คือการบ่งบอกว่าอวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ประเทศไทยมีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการตายและจัดทำสถิติการตายมาเป็นระยะเวลายาวนาน แต่ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ข้อมูลสาเหตุการตายเชื่อถือได้น้อยสาเหตุการตายไม่ชัดเจนมากถึงร้อยละ 40 และตายในโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 30 ถึงแม้ว่าแพทย์เป็นผู้รับรองสาเหตุการตายก็ยังไม่ตรงตามสาเหตุการตายที่แท้จริง เพราะแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้าใจว่า รูปแบบการตาย คือ สาเหตุการตาย ทั้งที่รูปแบบการตายคือการบ่งบอกว่าอวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่วนสาเหตุการตายจะบ่งบอกเหตุต้นกำเนิดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนนำไปสู่ความตาย ซึ่งสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ศึกษาสาเหตุการตายจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิทั้งการตายที่บ้านและในโรงพยาบาล และทำการเปรียบเทียบสาเหตุการตายจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ (มรณบัตร) ทั้งในเรื่องความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และความถูกต้องในการลงสาเหตุการตาย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เกือบทุกกลุ่มเป็นชายมากกว่าหญิง ยกเว้นกลุ่มสูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มหญิงมากกว่าชาย

ข้อมูลการตายจากมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2541 ใน 6 พื้นที่รวม 23,862 ราย ค้นหาได้เพิ่มเติม 1,402 ราย ไม่พบญาติ 5,714 ราย และตายนอกเวลาที่ศึกษา 1,318 ราย คงเหลือในการศึกษา 18,232 ราย จังหวัดน่านดำเนินการได้ครบถ้วนมากที่สุดร้อยละ 101.8 ของรายงานในมรณบัตรสัดส่วนเพศและอายุของผู้เสียชีวิตในรายงานมรณบัตรกับที่ศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อยในกลุ่มเด็กปฐมวัย และ

วัยสูงอายุ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 25-44 ปี และกว่าครึ่งเป็นญาติสายตรง คือ บุตร หรือคู่สมรสของผู้เสียชีวิต ร้อยละ 65.7 เสียชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุร้อยละ 24.7 เสียชีวิตในสถานพยาบาล ผู้ให้สาเหตุการตายส่วนใหญ่คืออุบัติเหตุหรือผู้แจ้งตาย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเสียชีวิตที่บ้านแต่คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยเข้ารักษาในสถานพยาบาลมาก่อน

ผู้เสียชีวิตเกือบทุกกลุ่มอายุเป็นชายมากกว่าหญิง ยกเว้น กลุ่มสูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นหญิงมากกว่าชาย สาเหตุตายจากการศึกษาแตกต่างไปจากรายงานมรณบัตรอย่างมาก กล่าวคือ มีความสอดคล้องของสาเหตุการตายระหว่างการศึกษารั้งนี้กับมรณบัตรเพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น กลุ่มโรคที่สอดคล้องกันมากที่สุดคือ กลุ่มอาการ/อาการแสดง/ชราภาพ (ร้อยละ 44.5) รองลงมาคือ โรคมะเร็งร้อยละ 16.0 ส่วนโรคอื่นๆ มีความสอดคล้องต่ำกว่าร้อยละ 10

สาเหตุการตายที่พบจากการศึกษารั้งนี้ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุคือ โรคติดเชื้อ ซึ่งเป็นการตายจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากที่สุด โดยเฉพาะในวัยทำงานจังหวัดน่าน มีสัดส่วนการเสียชีวิตจากโรคเอดส์สูงที่สุด (ร้อยละ 14.7 ของการตายในจังหวัดทั้งหมด) รองลงมาจากโรคเอดส์ คือ วัณโรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอด สาเหตุรองลงมาคือ โรคระบบไหลเวียนเลือด และ โรคมะเร็ง ซึ่งอวัยวะที่พบมากที่สุดคือ ตับและท่อน้ำดี (ร้อยละ 38.6 ของมะเร็งทั้งหมด) รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร การตายจากสาเหตุ 2 อันดับหลังนี้ จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ/เรื้อรัง ซึ่งส่วนมากพบในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สาเหตุอันดับ 4 คือ การตายจากสาเหตุภายนอกซึ่งเกิดขึ้นในวัยเด็กจนถึงหนุ่มสาว ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียนส่วนมากตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ ส่วนวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ และในกลุ่มอุบัติเหตุจมน้ำ เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด

อายุคาด อายุขัย และอายุตาย³³

มีผู้สรุปในเมืองไทยว่า แพทย์มีอายุสั้นกว่าประชากรทั่วไป ทั้งนี้อาศัยข้อมูลจากรายงานการวิจัยซึ่งพบว่า แพทย์ไทยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดประมาณ 63 ปี ก่อนที่จะสรุปว่า แพทย์ไทยอายุสั้นหรือไม่นั้น จึงควรทำความเข้าใจคำที่เกี่ยวข้อง 3 คำนี้ก่อน

1. อายุขัย (life span)

คำนี้หมายถึงระยะเวลาสูงสุดหรือนานที่สุด ที่สิ่งมีชีวิตหรือสิ่งของใด ๆ จะคงอยู่ได้ อายุขัยจึงมีได้ทั้ง คน สัตว์ พืช สิ่งของ เช่น

มนุษย์มีอายุขัยประมาณ 120 ปี (คนอายุยืนที่สุดประมาณ 120 ปี)

ต้นสักมีอายุประมาณ 200 ปี

แมวมีอายุขัยประมาณ 12 ปี

รถยนต์มีอายุขัยประมาณ 20 ปี

เนื่องจากอายุขัยเป็นระยะเวลาสูงสุดจึงไม่มีค่าเฉลี่ย ดังนั้นการใช้ “อายุขัยเฉลี่ย” นั้น เป็นคำที่ใช้อย่างไม่ถูกต้อง

2. อายุคาด (life expectancy)

คำนี้หมายถึง การคาดการณ์ของ สิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่งจากวิธีการทางสถิติ โดยคำนวณจาก อัตราตายของสิ่งมีชีวิตชนิดนั้นในช่วงอายุหนึ่ง

อายุคาดนี้ คำนวณได้จากตารางชีวิต (life table) มีวิธีและสูตรคำนวณที่สลับซับซ้อน อายุคาด เป็นตัวเลขที่นักสาธารณสุขพยายามสร้างขึ้นมาเพื่อเปรียบเทียบความยืนยาวของชีวิตโดยเฉลี่ยของชนกลุ่มหนึ่ง ๆ เช่น “ อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2534 จะมีค่าประมาณ 64 ปี ” หมายความว่า คนไทยที่เกิดในปี พ.ศ. 2534 มีโอกาสโดยเฉลี่ยที่จะมีอายุได้ถึง 64 ปี

คำว่าอายุคาดจะต้องกำกับด้วยว่า เมื่อใด เสมอ และต้องกำกับด้วยว่าเป็นการคำนวณปีใดด้วย เช่น “ อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยอายุ 10 ปี ใน ปี พ.ศ. 2534 จะมีค่าประมาณ 70 ปี ” หมายความว่า คนไทยที่มีอายุ 10 ปีใน พ.ศ. 2534 มีโอกาสโดยเฉลี่ยที่จะมีอายุได้ถึง 70 ปี

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของแพทย์ตาย (ระหว่าง พ.ศ. 2510 – 2527) กับอายุคาดเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิด

อายุเฉลี่ยของแพทย์ตาย (ปี) ระหว่าง พ.ศ. 2510-2527	อายุคาดของประชากรแรกเกิด(ปี) พ.ศ. 2523-2528		
	ชาย	หญิง	รวม
52.07	60.77	64.76	63.10

3. อายุตาย

คำนี้หมายถึงอายุจริง ๆ ที่คนหรือสิ่งมีชีวิตนั้นตายไป ถ้าหาค่าเฉลี่ยของอายุตายของคนหรือสิ่งมีชีวิตแต่ละกลุ่ม ก็จะเป็นอายุตายเฉลี่ยของคนหรือสิ่งมีชีวิตในกลุ่มนั้น ๆ เช่น กองสถิติสาธารณสุขเคยสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2528 พบว่า อายุตายเฉลี่ยของแพทย์ไทย (ที่ตายระหว่าง พ.ศ. 2510 – 2527) ประมาณ 52 ปี หมายความว่า เอาอายุตายของแพทย์ไทยทั้งหมดที่ตายตั้งแต่ 2510 – 2527 เท่าที่สำรวจได้ แล้วหารด้วยจำนวนแพทย์ไทยตายทั้งหมดในช่วงนั้น จะ เท่ากับ 52 ปี

การจะบอกว่าคนกลุ่มใดมีอายุยืนกว่าคนกลุ่มใด จะต้องพิจารณาจากตัวแปรทั้ง 3 ตัว และเปรียบเทียบด้วยตัวแปรชนิดเดียวกัน ในระยะเวลาเดียวกัน เช่น เทียบแพทย์กับคนทั่วไปต้องดูจาก

1. เทียบอายุขัยของแพทย์กับประชากรทั่วไป พบว่า แพทย์มีอายุขัยน้อยกว่า เพราะไม่เคยปรากฏว่า มีแพทย์ไทยอายุเกิน 100 ปี ในขณะที่คนไทยจำนวนหนึ่งมีอายุเกิน 100 ปี อายุขัยของแพทย์ไทยคือ 95 ปี (ข้อมูลตั้งแต่ 2510 – 2531) ข้อเปรียบเทียบนี้ยังสรุปไม่ได้ชัดเจนนัก เพราะแพทย์ไทยเพิ่งถือกำเนิดมาในปี พ.ศ. 2435 เป็นแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นแรก ซึ่งไม่มีการบันทึกการตายไว้

2. เทียบอายุคาดเฉลี่ยของแพทย์ไทยเมื่ออายุ 25 ปี กับประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 25 ปี การเปรียบเทียบนี้จะบอกว่าคนที่เริ่มเป็นแพทย์เมื่ออายุ 25 ปี จะมีโอกาสอายุยืนกว่าหรือสั้นกว่าประชาชนทั่วไป แต่ยังไม่สามารถหาอายุแพทย์ในลักษณะนี้ได้เพราะประเทศไทยมีแพทย์เพียงหมื่นกว่าคนไม่สามารถหาอัตราตายตามกลุ่มอายุต่างๆ เพื่อมาทำตารางชีพ (life table) ของแพทย์ได้ จึงคาดคำนวณอายุเฉลี่ยของแพทย์ไทยไม่ได้

3. เปรียบเทียบอายุตายเฉลี่ยของแพทย์กับอายุตายเฉลี่ยของประชากรทั่วไป

(ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยเมื่อตายของแพทย์ไทย กับประชากรทั่วไป (ที่ตายเมื่ออายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) ระหว่าง พ.ศ. 2528 – 2531

พ.ศ.	แพทย์ไทย						ประชาชนไทย (อายุ 25 ปีขึ้นไป)		
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย	หญิง	รวม
	จำนวน	อายุเฉลี่ย	จำนวน	อายุเฉลี่ย	จำนวน	อายุเฉลี่ย			
2528	23	59.4	5	53.8	28	58.5	59.8	64.7	62.3
2529	15	68.3	5	50.8	20	63.95	60.1	65.4	62.8
2530	12	67.8	-	-	12	67.8	60.7	66.1	63.4
2531	15	74.4	3	55.6	18	71.3	60.6	66.2	63.4

เหตุที่ต้องนำอายุเฉลี่ยเมื่อตายของแพทย์ไทยกับประชากรทั่วไปอายุ 25 ปีขึ้นไป ก็เพราะแพทย์ไทยเฉลี่ยจบการศึกษาเมื่ออายุ 24 ปี และเริ่มทำงานเป็นแพทย์เมื่ออายุ 25 ปี ถ้านำอายุของคนไทยทุกกลุ่มมาเปรียบเทียบกับกันอาจไม่ถูกต้อง

จากตาราง จะเห็นว่า แพทย์ชายตายที่อายุเฉลี่ยมากกว่าประชากรทั่วไป ส่วนแพทย์หญิงน้อยกว่าประชากรทั่วไป และในภาพรวมเว้นปี 2528 โดยเฉลี่ยแพทย์ไทยตายที่อายุเฉลี่ยสูงกว่าประชากรทั่วไป

องค์กรแพทยสภากับระบบการติดตามข้อมูล

แม้องค์กรแพทยสภาจะตั้งมานานเกินสามทศวรรษแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากไม่มีระบบการติดตามติดต่อกับสมาชิกแพทยได้ตลอดช่วงชีวิตของสมาชิกที่ได้ทำเวชปฏิบัติ และไม่มีระบบการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีส่วนทำให้แพทยสภาไม่มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของสมาชิกแพทย ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะได้ชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบัน รวมถึงการรวบรวมสถิติการตายของแพทย์ได้อย่างครบถ้วน เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 เริ่มจัดตั้งให้มีศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ภายใต้การกำกับของแพทยสภา จึงได้เริ่มมีการสำรวจทะเบียนแพทย์ขึ้น ซึ่งได้รับการตอบกลับมาเพียงร้อยละ 60 (ตารางที่ 2.3) ด้วยการพัฒนากระบวนการติดตามและกระแสรายงานตัวเรื่องการศึกษานอกระบบของแพทย์ ในปี พ.ศ. 2545 มีการตอบรับและยืนยันชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบันมากถึงร้อยละ 87.2 และคาดว่าจะครบถ้วนภายในปี พ.ศ. 2546

จากการสำรวจทะเบียนแพทย์ครั้งนี้ (ตารางที่ 2.3 และ ตารางที่ 2.4) พบว่าตั้งแต่ในอดีตจนถึงปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตทั้งสิ้น 987 คน แบ่งเป็นหญิง 156 คน และชาย 831 คน และคาดว่าจะมีมากกว่านี้จากการที่มีจำนวนจดหมายที่ตีกลับอีกจำนวน 84 ฉบับ จากบันทึกข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเสียชีวิตของแพทย์นั้น ระบุสาเหตุการตายได้เพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้น ทั้งหมดจะทราบเพศ แต่สามารถบันทึกอายุที่เสียชีวิตแน่นอนได้น้อย (ได้เพียงร้อยละ 45.5) โดยค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 55.4 และ 53.1 ปี ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.0 ปี ดังแสดงตารางแจกตามช่วงอายุในตารางที่ 2.4 เมื่อเทียบกับอายุขัยของประชากรไทยของเพศชาย และเพศหญิงเท่ากับ 70 และ 75 ปี ตามลำดับ (หมายเหตุ ไม่มีค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของประชากรไทย จากแหล่งข้อมูลประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถิติประชากรของสำนักงานวิจัยแห่งชาติ) จะเห็นได้ว่าอายุเฉลี่ยที่ตายของกลุ่มประชากรแพทย์ต่ำกว่าอายุขัยของประชากรทั่วไป และที่น่าสังเกตคือแพทย์ผู้หญิงมีแนวโน้มที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่ากลุ่มแพทย์ผู้ชาย และประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามสัดส่วนของเพศหญิงและชายในกลุ่มประชากรแพทย์นั้นไม่เหมือนกับของประชากรไทยทั่วไป

ตารางที่ 2.3 แสดงผลสำรวจทะเบียนแพทย์ก่อนและหลังมีระบบเครือข่ายการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

จำนวนแพทย์	ปี พ.ศ.		
	2542	2543*	2545
ทราบที่อยู่ปัจจุบัน	10,314 (41.3%)	16,664 (63.6%)	20,218 (73.6%)
ไม่ตอบกลับ	13,663 (54.8%)	8,229 (31.4%)	4,416 (16.1%)
ทราบว่าเสียชีวิตแล้ว	722 (2.8%)	734 (2.8%)	987 (3.59%)**
จดหมายตีกลับ	254 (1.0%)	180 (0.7%)	84 (0.3%)
พำนักรอยู่ต่างประเทศ	393 (1.8%)	393 (1.5%)	393 (1.4%)
รวมทั้งสิ้น	24,953	26,200	27,477

หมายเหตุ * ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เริ่มก่อตั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543

** ได้ทราบจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตเพิ่มเติมจาก “โครงการหาเพื่อน” ในงานประชุม อบรมแพทย์ผู้บริหารการศึกษาต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 17-18 ธันวาคม 2544 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ตารางที่ 2.4 แสดงช่วงอายุเฉลี่ยที่ตายของกลุ่มประชากรแพทย์จำแนกตามเพศ

อายุที่ตาย (ปี)	ชาย	หญิง	รวม
21-29	19	8	27
30-39	50	9	59
40-49	53	15	68
50-59	68	16	84
60-69	113	19	132
70-79	49	10	59
>80	17	3	20
รวม	369	80	449
ไม่ทราบอายุ	462	76	538
รวมทั้งหมด	831	156	987

หมายเหตุ สํารวจ ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2545

โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาจากหลายสถาบันที่ชี้ไปถึงอาชีพแพทย์นั้นมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น^{1,3,8,9}

Alexander BH และคณะ² ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของวิสัญญีแพทย์ เปรียบเทียบกับอายุรแพทย์ ระหว่าง 1979 – 1995 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และหัวใจนั้น ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างวิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์ แต่วิสัญญีแพทย์จะมีความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายสูง เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากเหตุอื่นๆ และ วิสัญญีแพทย์ชายมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV และ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Carpenter และคณะ³ ได้ทำการสำรวจประชากรแพทย์ในประเทศอังกฤษและแคว้นเวลส์ และเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในช่วงปี พ.ศ. 2505-2535 พบว่าโดยทั่วไปเมื่อพิจารณาโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และบางส่วนของโรคเบาหวาน จะพบว่าอัตราการตายของแพทย์จากโรคดังกล่าวน้อยกว่าประชากรทั่วไป และแพทย์ชายนั้น จะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจาก อุบัติเหตุจากสารพิษ ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งบางชนิดมีนัยสำคัญ ส่วนโรคอื่น ๆ ยังไม่มีความแตกต่างชัดเจนนัก ส่วนแพทย์หญิงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ พบการฆ่าตัวตาย และอัตราการเกิดโรคตับแข็งในวิสัญญีแพทย์ มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้

Gross CP และคณะ⁴ ได้ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังโรคของตัวแพทย์เอง พบว่าแพทย์เป็นจำนวนมาก ไม่มีระบบการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของตัวเอง และ การขาดระบบการเฝ้าระวังสุขภาพของแพทย์เองนั้น สัมพันธ์กับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และอาจสัมพันธ์กับการแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันเฝ้าระวังโรค

Frank E. และคณะ⁵ ได้สำรวจสาเหตุการตายของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตในวัยชรา นั้น แพทย์ผิวขาวอายุเฉลี่ย 73.0 ปี และ 68.7 ปี ในกลุ่มแพทย์ชาวผิวดำ พบว่ามากกว่ากลุ่มนักกฎหมาย, หนายความ (72.3 และ 62.0) และจากการสำรวจพบว่า 10 อันดับของสาเหตุการตายนั้นไม่แตกต่างกันกับประชากรทั่วไป แต่พบสูงขึ้นในการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ การเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ แต่โรคถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ หรือโรคตับนั้นพบน้อย

Frank E. และคณะ⁶ ได้ศึกษาลักษณะส่วนตัวของกุมารแพทย์หญิง เปรียบเทียบกับแพทย์หญิงที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านอื่นๆ ในสหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่ทำงานไม่หนัก มีความเครียดน้อย และพึงพอใจกับงานอย่างสม่ำเสมอ กุมารแพทย์หญิงจะไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเรื่องตรวจคัดกรองระดับไขมันในเส้นเลือด การตรวจ HIV การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ แต่จะพิถีพิถันใส่ใจมากในเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งผิวหนัง โดยการใช้ครีมกันแดด และพิถีพิถันเรื่องสารอาหาร และระวังเรื่องน้ำหนัก ซึ่งคณะผู้ทำวิจัยได้ให้ข้อคิดว่าถ้าจะพัฒนาสุขภาพเด็กในอนาคตก็ควรให้ความสนใจกับพฤติกรรมทั่วไปของกุมารแพทย์ด้วย

Cornuz J และคณะ⁷ พบว่าแพทย์ มีลักษณะบางอย่างที่ทำนายทัศนคติไปในทางลบ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวัน การดำเนินชีวิตที่ชอบนั่งอยู่กับโต๊ะทำงาน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่หมดอายุ และแพทย์บางส่วนไม่ระวังหรือใส่ใจกับการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเอง จากการศึกษาที่พบนั้นพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของแพทย์ที่กล่าวมา อาจจะเป็นตัวชี้วัดถึงพื้นฐานการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพที่ลดลงของประชาชนทั่วไปได้

Frank E และคณะ¹⁰ รายงานว่าส่วนใหญ่แพทย์ผู้หญิงจะทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ประมาณ 21% และจะทำ mammogram ก็ต่อเมื่อเป็นประวัติมะเร็งเต้านมแล้วเท่านั้น ซึ่งอาจจะสายเกินไป กลุ่มแพทย์ที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเต้านมมักเป็นสูติ-นารี แพทย์และแพทย์ผู้ดูแลสุขภาพพื้นฐาน ในรายงานฉบับนี้ยังแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มแพทย์ผู้หญิงอย่างจริงจัง

Carmargo CA และคณะ¹¹ ได้ศึกษาในแพทย์ชาย 22071 คน ในสหรัฐอเมริกาที่เป็นสมาชิกของ Physicians' Health Study ไม่มีประวัติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจขาดเลือด และไม่มีประวัติเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก โดยได้ศึกษาติดตามไปข้างหน้าพบว่าแพทย์เสียชีวิตระหว่างการศึกษารวม 1,206 ราย เปรียบเทียบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามปริมาณ มากน้อย พบว่า แพทย์ผู้ชายที่ดื่มเหล้ามากจะมีโอกาสเสี่ยงและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม และมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

Harrison D. และคณะ¹² ได้ศึกษาแพทย์ชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ โดยดูอัตราการเข้า-ออกจากการนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มแพทย์จะมีความเสี่ยงสูงที่เป็นโรคตับแข็งโดยเฉพาะเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป

Frank E และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาอัตราการหัวใจตามินเสริม ในแพทย์หญิงที่มีอายุระหว่าง 30 – 70 ปี ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์หญิงที่มีความใส่ใจด้านสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน พบว่ามีอัตราการรับประทานวิตามินเสริม อย่างน้อยเท่ากับกลุ่มผู้หญิงในประชากรทั่วไป และพบว่ารับประทานผัก ผลไม้ มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับประทานวิตามิน

Christen WG และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาการเกิดต้อกระจกในแพทย์ชายของประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปรับความแตกต่างด้านอายุ ระหว่างแพทย์ชายที่เป็น และไม่เป็นต้อกระจกแล้วนั้น พบว่าการเกิดต้อกระจกไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

O ' Donnell CJ และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความดันโลหิตที่สูงโดยเฉพาะความดันโลหิต systolic ในแพทย์ชายประเทศสหรัฐอเมริกา กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก พบว่าความดันโลหิตที่สูงมีผลต่อการเกิดโรคและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมาก

Hebert PR และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาพบว่า แพทย์ชายที่มีส่วนสูง มีความสัมพันธ์หรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนมะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด ผลยังไม่ชัดเจนนัก

Lindeman และคณะ¹⁷ ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์ วิศวกร และครู โดยศึกษารายงานการวินิจฉัยโรคจากการนอนโรงพยาบาลในประเทศฟินแลนด์ พบว่ากลุ่มแพทย์เกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะแพทย์ผู้หญิงมากกว่าแพทย์ผู้ชาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีการใช้ยานอนหลับกลุ่มบาร์บิทูเรต เป็นวิธีการหลักที่ใช้ฆ่าตัวตาย และอาจจะเป็นไปได้ว่าแพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา หรือถูกมองข้ามไป

Lindeman S และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของแพทย์ในประเทศฟินแลนด์ มีหลายรายงานจากหลายประเทศพบว่า แพทย์มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพอื่นๆ และสูงกว่าประชากรทั่วไป ส่วนการศึกษานี้ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ชายและแพทย์หญิง พบอัตราการฆ่าตัวตายไม่ต่างกันอย่างชัดเจน แต่เคยมีการสำรวจพบว่าแพทย์หญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงอาชีพอื่นๆ และประชากรทั่วไป

Grellner W. และคณะ¹⁹ ได้ศึกษาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ในแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเคมี นักชีวภาพ ซึ่งมีการพิจารณาถึงวิธีการฆ่าตัวตายพบว่า วิธีการฆ่าตัวตายมีตั้งแต่กินยา ฉีดยาแขวนคอ พิษไซยาไนด์ กระโดดตึก ยิงตัวตาย จมน้ำ และตรึงรางรถไฟ โดยศึกษาเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า การฆ่าตัวตายโดยการฉีดยาเข้าเส้นพบมากในวิสัญญีแพทย์ มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจจะเนื่องมาจากความรู้สูง มีการรู้จักยาและวิธีการ

Hawton K และคณะ²⁰ ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแพทย์ ในประเทศอังกฤษ และแคว้นเวลส์ เมื่อพิจารณาในเรื่อง เพศ ความอาวุโส และสาขาเฉพาะทาง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์หญิงสูงกว่าประชากรทั่วไป ในขณะที่ในกลุ่มแพทย์ชายจะน้อยกว่าประชากรทั่วไป และสัดส่วน

ของอัตราการตายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญในแพทย์หญิงและชาย และมีความแตกต่างกันในแต่ละสาขาเฉพาะทาง เช่น วิสัญญี เวชศาสตร์ชุมชน เวชปฏิบัติทั่วไป และจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกัน ในโรงพยาบาลทั่วไป

Lindeman S. และคณะ²¹ ศึกษาการฆ่าตัวตายของแพทย์หญิงในประเทศฟินแลนด์ พบว่าทุกรายที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านกายและจิตใจ(mental and somatic disorders) และไม่ค่อยมีมนุษยสัมพันธ์

Juel และคณะ²² ได้ศึกษาอัตราการตายและสาเหตุเฉพาะที่เสียชีวิตในประชากรแพทย์เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในประเทศเดนมาร์ก พบว่าอัตราการตายของแพทย์ต่ำกว่าประชากรทั่วไป และพบว่าแพทย์ทั้งหญิงและชายมีอัตราการตายจากโรคที่มีสาเหตุการเกิดโรคทางด้านร่างกาย เช่น มะเร็ง โรคหลอดเลือด หรือโรคอื่นๆ ต่ำกว่า อัตราการตายจากสาเหตุภายนอก เช่น การฆ่าตัวตาย และอุบัติเหตุ เป็นต้น

Innos K. และคณะ²³ ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง และสาเหตุที่สัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคมะเร็ง ทั้งแพทย์หญิงและชาย ในประเทศอิสโตเนีย พบว่า การเกิดโรคมะเร็งและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้น ไม่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านการประกอบอาชีพแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม จะมีอัตราการเกิดมะเร็งและอัตราการตายจากโรคมะเร็งเหมือนกับกลุ่มอาชีพระดับสูงในประเทศอื่นๆ

Rafnsson V, Gunnarsdottir HK.²⁴ ได้ศึกษาสาเหตุการตายและอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในกลุ่มแพทย์ และผู้พิพากษา ในประเทศไอซ์แลนด์ พบว่าอัตราตายและอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในแพทย์ชายต่ำกว่าใน ประชากรทั่วไปเพศชายและผู้พิพากษาที่เป็นเพศชาย แต่แพทย์จะพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าจากการฆ่าตัวตาย โดยการใช้อาวุธหรือสารต่างๆ

Kaetsu A และคณะ²⁵ ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และรูปแบบการดำเนินชีวิตในกลุ่มแพทย์เมือง ฟูกูโอกะ ประเทศญี่ปุ่น พบว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จะนอนเร็ว ไม่เครียด รับประทานปลา ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำน้อย ในขณะที่กลุ่มสูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปดังนี้ เพิ่ม น้ำหนักมวลรวม และเริ่มระวังภาวะเครียด มีความเครียด เหตุผลที่สูบบุหรี่เนื่องจากการเป็นการควบคุมภาวะเครียดได้ทางหนึ่ง และจุดนี้ควรจะมีการตรวจภาวะสุขภาพจิตของแพทย์เพื่อช่วยให้แพทย์หยุดบุหรี่ได้

Doll R และคณะ²⁶ ศึกษาในแพทย์ชายพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ ถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์อัตราการตายของแพทย์ชาย มากกว่ากลุ่มไม่สูบบถึง 2 เท่า และผู้ที่หยุดบุหรี่ได้ก่อนอายุ 35 ปี ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะเท่ากับกลุ่มที่

ไม่สูบบุหรี่ ถ้าหยุดสูบบุหรี่หลังระยะเวลาดังกล่าว ก็ยังพบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแต่พบว่าน้อยกว่ากลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง

Lloyd G.²⁷ ได้ศึกษาแพทย์ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 100 ราย และติดตามไป 21 ปี ซึ่งพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต เช่น พบว่าเสียชีวิตจาก alcoholism 24 ราย จากมะเร็งในช่องปากและหลอดอาหาร 9%

Albert CM และคณะ²⁸ ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายเฉียบพลัน ศึกษาในแพทย์ชาย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์ชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ระดับน้อยถึงปานกลาง (2-6 แก้ว/สัปดาห์) จะลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ค่อยดื่มหรือไม่ดื่มเลย (การดื่มแอลกอฮอล์มากมายถึง ดื่มมากกว่า 5 แก้ว/วัน)

Albert CM. และคณะ²⁹ ได้ศึกษาการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายเฉียบพลัน โดยการรับประทานถั่ว พบว่า การรับประทานถั่วทำให้ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ชายที่รับประทาน 2 ครั้ง/สัปดาห์ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานหรือรับประทานน้อย (เมื่อควบคุมปัจจัย และพฤติกรรมต่างๆ)

Elin O. และคณะ³⁰ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วยของแพทย์ Norwegian พบว่า แพทย์ส่วนมากรักษาตนเองยามเจ็บป่วย นอกจากนั้นอาจมีการปรึกษาเพื่อนแพทย์ด้วยกัน โดยไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ

Grauer และคณะ³¹ จากประเทศแคนาดา ได้สำรวจแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มากกว่าร้อยละ 90 ยังทำเวชปฏิบัติอยู่ ซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 65 ไม่กำหนดวันเวลาที่จะเกษียณ

ในต่างประเทศประชากรแพทย์ เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ในด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความเข้าใจพื้นฐานของโรคและความผิดปกติเป็นอย่างดี^{5,6,8,10,13} และยังเป็นต้นแบบการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ^{3,11,12,14,15} อีกทั้งยังมุ่งเป้าไปที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในการป้องกันดูแลและเฝ้าระวังโรคด้วยตนเอง^{4,7,10,13} อนึ่ง การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มแพทย์แต่ละสาขาผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานได้อีกด้วย^{2,3}

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา (Target population) คือ ญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิต ใน ระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544

ประชากรตัวอย่าง (Sample) คือ จำนวนญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิตที่คัดเลือก โดยการคำนวณขนาด ตัวอย่าง

$$\text{จากสูตร ของ Yamane } n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่จะใช้ศึกษา

N = ขนาดประชากรทั้งหมดที่ศึกษา คือจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตทั้งหมด ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2544 จำนวน 987 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05

$$n = \frac{987}{(1 + 987 (0.05)^2)} = 284.56$$

ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 285 หรือประมาณ 30% ของ N และเพิ่มอีก 10% สำหรับ ข้อมูลที่เป็น missing data หรือเพิ่มอีกประมาณ 29 คน รวมเป็นจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 314 คน

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling techniques) ใช้ Simple random sampling

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือนกันยายน 2545 - มีนาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสำรวจการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทย โดยการสัมภาษณ์ ญาติหรือ ผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้เสียชีวิต และความใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต ได้แก่ เพศ อายุขณะเสียชีวิต ภูมิลำเนา ปีที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต การเป็นสมาชิกประกันชีวิต ประวัติการศึกษา การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง และสถานที่ทำงานครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ เช่น อาหารเจ มังสวิรัติ ชีวจิต อาหารสุกดิบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทายาคลายเครียดหรือยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชเป็นประจำ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผู้แจ้งตาย ผู้ให้สาเหตุการตาย และสาเหตุการตายที่ระบุไว้ในใบมรณบัตร

ส่วนที่ 5 สาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ ข้อมูลจากการผ่าชันสูตร หนังสือรับรองการตาย ใบบันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนสนิท โรคประจำตัว แพทย์ประจำตัว โรงพยาบาลที่รักษาครั้งสุดท้าย และสาเหตุการเสียชีวิต

ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ โดย

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ของทีมงานการทำงานวิจัยเรื่องสุขภาพของแพทย์ไทย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง แพทยสภา ตรวจสอบและพิจารณารายละเอียดความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิต 20 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำเสนอในที่ประชุม ผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง ก่อนจะนำไปใช้จริง

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ข้อมูลที่ได้รวบรวมจากการตอบแบบสอบถามของญาติผู้ใกล้ชิดของแพทย์ผู้เสียชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลตัวแปรอิสระ คือข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล รวมทั้งข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และเพื่อทราบข้อมูลตัวแปรตามคือสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย และจากใบบันทึกทางการแพทย์ นำมาเก็บรวบรวมโดยใช้ computerized database ดังรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

1. เข้าแพทยสภาเพื่อขอรายชื่อของแพทย์ผู้เสียชีวิต แต่ไม่ทราบที่อยู่ สำหรับจะติดต่อญาติ เนื่องจากในกรณีที่แพทย์เสียชีวิตแล้วที่ผ่านมาแพทยสภา ได้ลบข้อมูลออกทั้งหมด จะทราบเพียงรายชื่อ อายุ และ สาเหตุที่เสียชีวิตเป็นบางราย

2. ติดต่อประสานงาน เจ้าหน้าที่ของกรมการปกครอง เพื่อขอข้อมูล ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน และได้ข้อมูลกลับมาภายใน 2 สัปดาห์ แต่ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ยังขาดโทรศัพท์สำหรับติดต่อกับญาติ
3. ติดต่อกับทางฝ่ายขายข้อมูล การสื่อสารแห่งประเทศไทย เพื่อค้นที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์โดยทีมงานของ การสื่อสารแห่งประเทศไทยช่วยกันค้นข้อมูล ทำให้ข้อมูลสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทั้งที่อยู่เพิ่มขึ้นและเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อกับญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยตรง
4. ติดต่อผู้อำนวยการสำนักบริหารการทะเบียน วังไชยา ดุสิต กรุงเทพ เพื่อขอข้อมูลจากใบมรณบัตร และได้รับข้อมูลกลับมา ประมาณ 3 สัปดาห์
5. เดินทางเก็บข้อมูลในกรุงเทพ ปริมณฑล และต่างจังหวัด เป็นจำนวน 20 คน เพื่อทำ pilot และได้ทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ เสนอต่อที่ประชุมที่แพทยสภา
6. ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อกับญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิตเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล และเป็นการเช็คความถูกต้องของที่อยู่ จากนั้นจึงเดินทางไปสัมภาษณ์ตามวัน เวลาที่นัดหมาย
7. ประวัติของแพทย์ผู้เสียชีวิตบางส่วนนอกจากได้รับการสัมภาษณ์ และ ใบมรณบัตรแล้วยังค้นเพิ่มเติมจากหนังสือรุ่นของสมาคมศิษย์เก่าของสถาบันการศึกษา และหนังสืออนุสรณ์วันพระราชทานเพลิงศพ หรือวันฉาปนกิจ
8. ดำเนินการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลที่แพทย์ผู้เสียชีวิตมีประวัติการรักษาครั้งสุดท้าย ก่อนเสียชีวิต เพื่อขอข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์
9. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์โดยผู้วิจัย เพื่อสัมภาษณ์ใหม่หรือเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด
10. แปลข้อมูลที่ได้เป็นรหัส ตามคู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้ บันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW วิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
 - เชิงคุณภาพ (Qualitative) สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง แผนภูมิกราฟที่เหมาะสม
 - เชิงปริมาณ (Quantitative) สรุปโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นแผนภูมิที่เหมาะสม

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัย เชิงคุณภาพ (Qualitative) ใช้ chi-square การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัย เชิงปริมาณ (Quantitative) ใช้ unpaired t- test
 - การวิเคราะห์ความ ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้น ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปใช้วิธี Multiple logistic regression analysis
- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสำรวจสาเหตุการตายของแพทย์ไทย ทั่วประเทศ ที่เสียชีวิตในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2535 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2544 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาสาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทยโดยแยกตาม อายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกลุ่มดังนี้

1. แหล่งข้อมูล จากฐานข้อมูลของแพทยสภา สำนักทะเบียนราษฎร วิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการเสียชีวิต เทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ
2. เป็นการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต เช่น อายุเฉลี่ย เพศ ภูมิภาค การมีประกันชีวิตก่อนเสียชีวิต สถาบันที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต วิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง
3. ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตกับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารมังสวิรัต อาหารเจ อาหารสุกดิบ สุรา บุหรี่ และการออกกำลังกาย และข้อมูลการใช้ยาทางด้านจิตเวช ยานอนหลับ ยาคลายเครียด เป็นต้น
4. แสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ภูมิภาค วิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

การสำรวจสาเหตุการการเสียชีวิตของแพทย์ไทย ทั่วประเทศ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษา คือแพทย์ไทยที่เสียชีวิตตั้งแต่ 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 โดยการสุ่ม จำนวน 314 ราย ติดตามเก็บข้อมูลโดยดำเนินการสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต ได้จำนวน 262 ราย คิดเป็น 83.4% นอกจากการสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิตแล้ว ยังค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากใบมรณบัตรและใบบันทึกทางการแพทย์

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของการเปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ ระหว่างฐานข้อมูลของแพทยสภา ทะเบียนราษฎร์ กับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ(n=262)

แหล่งข้อมูล	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
<u>แพทยสภา</u>		
พบฐานข้อมูล	149	56.9
ตรงกับการสำรวจ	105	70.5
ไม่ตรงกับการสำรวจ	44	29.5
รวม	149	100.0
ไม่พบฐานข้อมูล	113	43.1
<u>ทะเบียนราษฎร์</u>		
พบฐานข้อมูล	260	99.2
ตรงกับการสำรวจ	156	60.0
ไม่ตรงกับการสำรวจ	104	40.0
รวม	260	100.0
ไม่พบฐานข้อมูล	2	0.8

(สาเหตุการเสียชีวิต แสดงไว้ในส่วนภาคผนวก)

จากตารางที่ 4.1 พบว่า จากจำนวนทั้งหมด 262 ราย ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์จากฐานข้อมูลของแพทยสภา 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 ไม่พบฐานข้อมูล 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 และในจำนวนที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตได้ตรวจสอบแล้วพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตตรงตามการสำรวจ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.5 ของข้อมูลที่ทราบ และพบข้อมูลไม่ตรงตามการสำรวจ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5 ของข้อมูลที่ทราบ ส่วนข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุไว้ในใบมรณบัตร พบฐานข้อมูล 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.2 ที่ไม่พบฐานข้อมูล 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุตรงกับการสำรวจ 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของข้อมูลที่ทราบ ที่ไม่ตรงกับการสำรวจ 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ของข้อมูลที่ทราบ

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต

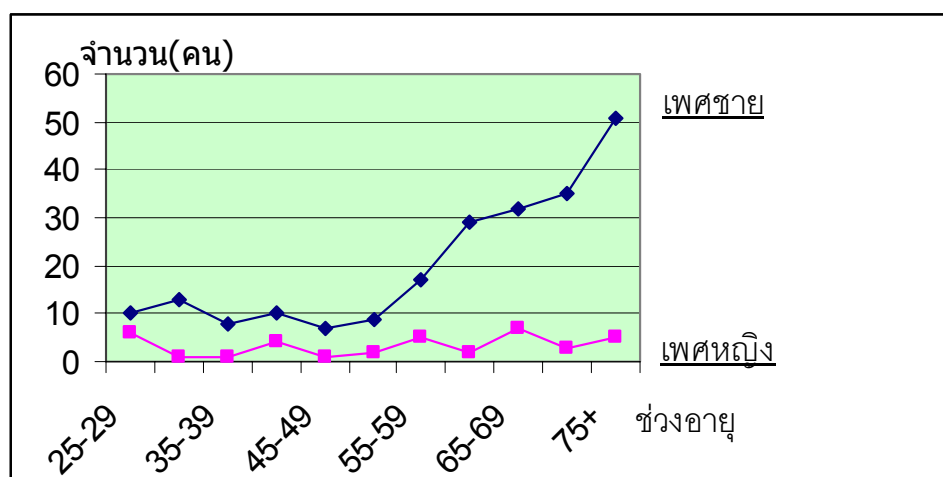
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
ข. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย		
เพศ		
ชาย	225	85.9
หญิง	37	14.1
รวม	262	100.0
อายุ(ปี)		
ชาย	225	62.09
หญิง	37	55.38
รวม	262	100.0

Median = 65.0 , mode = 69, mean = 61.15 ,SD=17.84 , min=23 , max = 94

ตารางแสดง 4.3 แสดงจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยแยกตาม อายุ และ เพศ

อายุ	เพศผู้เสียชีวิต		รวม
	ชาย	หญิง	
20-24	4 (1.8%)	0	4(1.5%)
25-29	10 (4.4%)	6 (16.2%)	16(6.1%)
30-34	13 (5.8%)	1 (2.7%)	14(5.3%)
35-39	8 (3.6%)	1 (2.7%)	9(3.4%)
40-44	10 (4.4%)	4 (10.8%)	14(5.3%)
45-49	7 (3.1%)	1 (2.7%)	8(3.1%)
50-54	9 (4%)	2 (5.4%)	11(4.2%)
55-59	17 (6.7%)	5 (13.5%)	22 (8.4%)
60-64	29 (12.9%)	2 (5.4%)	31(11.8%)
65-69	32 (12.5%)	7 (18.9%)	39(14.7%)
70-74	35 (15.6%)	3 (8.1%)	38(14.5%)
75+	51 (22.7%)	5 (13.5%)	56(21.4%)
รวม	225	37	262

แผนภูมิกราฟที่ 4.1 แสดงช่วงอายุของแพทย์ที่เสียชีวิต

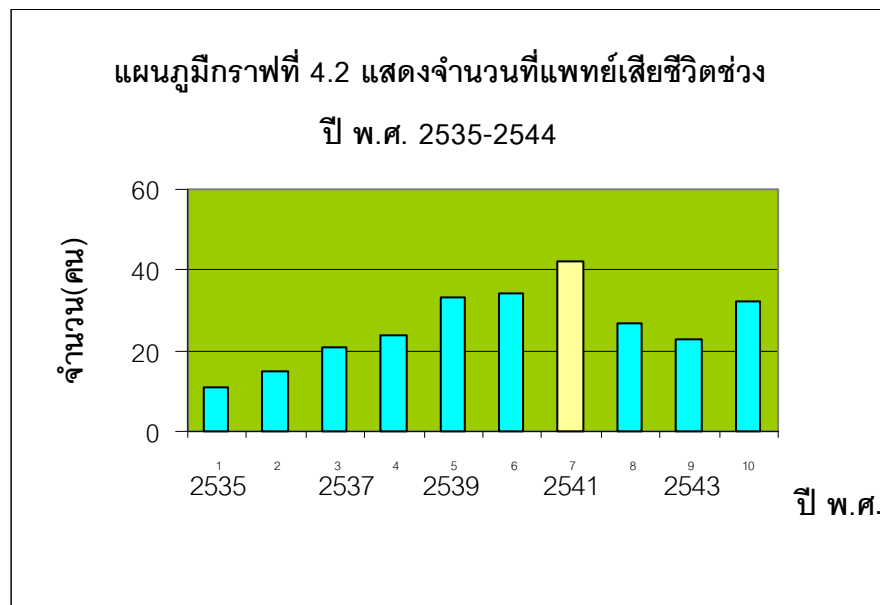


ตารางที่ 4.2 พบว่าแพทย์ผู้เสียชีวิตเป็นชาย 225 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.9 เป็นหญิง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 อายุตายเฉลี่ยแพทย์ชาย 62.09 ปี อายุตายเฉลี่ยแพทย์หญิง 55.38 ปี (อายุตายเฉลี่ยหมายถึง อายุตายเฉลี่ยเมื่อเสียชีวิต) และอายุตายเฉลี่ยของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคือ 61.15 ปี

จากตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.1 พบว่า จำนวนแพทย์ชายเสียชีวิต มากกว่าแพทย์หญิง โดยเฉพาะยิ่งช่วงอายุสูงขึ้นจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตจะมากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ชายพบเสียชีวิตมากที่สุดที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี พบ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของแพทย์ชายทั้งหมดที่เสียชีวิต จำนวน 225 ราย ส่วนแพทย์หญิง จำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตในแต่ละช่วงอายุไม่ต่างกันมาก ในช่วงอายุ 65-69 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ของแพทย์หญิงทั้งหมด รองลงมาอายุช่วง 25-29 ปี มี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 ของแพทย์หญิงทั้งหมด ดังแสดงในตาราง 4.3

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของปีที่แพทย์เสียชีวิต

ปีที่เสียชีวิต(พ.ศ.)	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
2535	11	4.2
2536	15	5.7
2537	21	8.0
2538	24	9.2
2539	33	12.6
2540	34	13.0
2541	42	16.1
2542	27	10.3
2543	23	8.8
2544	32	12.3
รวม	262	100.0



ตารางที่ 4.4 และรูปที่ 4.2 แสดงว่าปีที่แพทย์เสียชีวิตมากที่สุดคือ ปี พ.ศ.2541 จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.1 รองลงมาคือปี พ.ศ.2540 จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.0 ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 และปีที่พบน้อยสุดคือปี พ.ศ 2535 พบ 11 รายคิดเป็น ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ายิ่งระยะเวลาที่เสียชีวิตยาวนานเท่าไร ยิ่งทำให้การติดตามข้อมูลยากขึ้น

ในหลาย ๆ ด้านเช่น การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ญาติหรือคู่สมรสเสียชีวิตไป และที่สำคัญในกรณีเสียชีวิตมานานกว่า 5 ปี ใบบันทึกทางการแพทย์ที่เก็บไว้ ณ โรงพยาบาลที่แพทย์ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษาก่อนเสียชีวิตจะค้นไม่ได้เนื่องจากหลักฐานต่างๆ อาจถูกทำลายไป

ตารางที่ 4.5 แสดงสถานที่เสียชีวิต

สถานที่เสียชีวิต	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	183	69.8
บ้าน	39	14.9
ถนน	27	10.3
สถานที่อื่น ๆ	13	5.0
รวม	262	100.0

ตารางที่ 4.5 แสดงว่า แพทย์ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (ทั้งรัฐบาล 153 ราย และเอกชน 30 ราย) 183 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.8 รองลงมาเสียชีวิตที่บ้าน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 เสียชีวิตที่ถนน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 และสถานที่อื่นๆ 13 ราย ดังนี้ เสียชีวิตที่ บ้านพักแพทย์ 5 ราย แม่น้ำ 2 ราย ทะเล 1 ราย ตีกำลังก่อสร้าง 1 ราย ระหว่างปฏิบัติการกิจที่นราธิวาส 1 ราย โรงแรม 1 ราย วัด 1 ราย สอ.บางพลัด 1 ราย

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละของภูมิำเนาของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ภูมิำเนา	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
กลาง	168	64.1
35	13.4	
เหนือ	28	10.7
ใต้	18	6.9
ตะวันตก	7	2.7
ตะวันออก	6	2.3
รวม	262	100.0

จากตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า แพทย์ส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.4 และภาคเหนือ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.7

ตารางที่ 4.7 แสดงสถานที่ทำงานครั้งสุดท้ายของแพทย์ผู้เสียชีวิต

สถานที่ทำงาน	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐบาล	113	43.1
คลินิกส่วนตัว	36	13.7
โรงเรียนแพทย์	36	13.7
โรงพยาบาลเอกชน	22	8.4
อื่นๆ	55	21.0

ตารางที่ 4.7 แสดงว่า แพทย์ที่เสียชีวิตส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลรัฐบาล 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมา มีคลินิกส่วนตัว 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 และ โรงเรียนแพทย์ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 โรงพยาบาลเอกชน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 ส่วนสถานที่ทำงานอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อ ที่ว่าการกรุงเทพมหานคร เทศบาลเมืองภูเก็ต เทศบาลเมืองราชบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.0

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของการมีประกันชีวิต ของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ประกันชีวิต	จำนวน (n=256)	ร้อยละ
ไม่มี	162	63.3
มี	82	32.0
ประกันชีวิต	51	62.2
ทั้งประกันชีวิตและฌาปนกิจสงเคราะห์	19	23.2
ฌาปนกิจสงเคราะห์	11	13.6
อื่นๆ	1	1.2
ไม่ทราบ	12	4.7
รวม	256	100.0

ตารางที่ 4.8 แสดงว่าแพทย์ส่วนมากไม่มีประกันชีวิต 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนแพทย์ที่ทำประกันชีวิตพบ 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 และในกลุ่มผู้ที่มีประกันชีวิต พบประเภทประกันชีวิตที่ทำกับบริษัทเอกชน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.2 ไม่ทราบ 12 รายคิดเป็น ร้อยละ 4.7

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของสถาบันการศึกษาที่จบแพทย์

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=258)	ร้อยละ
สถาบันที่จบ		
ศิริราช	136	52.7
จุฬา	69	26.7
ขอนแก่น	10	3.9
เชียงใหม่	10	3.9
รามา	8	3.1
ร.ร.นายทหารเสนารักษ์	8	3.1
สงขลา	4	1.6
ฟิลิปปินส์	3	1.2
จีน	2	0.8
มศว.	1	0.4
วชิระ	1	0.4
พระมงกุฎ	1	0.4
อเมริกา	1	0.4
อังกฤษ	4	1.6
รวม	258	100.0

ตารางที่ 4.9 พบว่าแพทย์จบการศึกษาจาก โรงพยาบาลศิริราช (มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล) 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 มหาวิทยาลัยขอนแก่น 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 โรงพยาบาลรามา และโรงเรียนนายทหารเสนารักษ์ สถาบันละ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 บางรายจบจากต่างประเทศดังนี้ ฟิลิปปินส์ 3 ราย จีน 2 ราย อเมริกา 1 ราย และอังกฤษ 4 ราย(ร้อยละ 1.2, 0.8, 0.4 และ 1.6 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.10 แสดง จำนวน ร้อยละ ของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง

ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง	ชาย(n=221)		หญิง(n=35)		รวม(n=256)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เวชปฏิบัติทั่วไป	69	31.2	11	31.4	80	31.3
ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก	41	18.6	0	0.0	41	16.0
ด้านบริหาร	34	15.4	0	0.0	34	13.3
อายุรกรรม	21	9.5	4	11.4	25	9.8
สูติ-นารี	15	6.8	3	8.6	18	7.0
กุมารเวชกรรม	8	3.6	6	17.1	14	5.5
รังสีวิทยา	5	2.3	3	8.6	8	3.1
จิตเวชศาสตร์	6	2.7	2	5.7	8	3.1
ผิวหนัง	5	2.3	2	5.7	7	2.8
พยาธิวิทยา	6	2.7	0	0.0	6	2.3
จักษุ	5	2.3	1	2.9	6	2.3
โสต ศอ นาสิก	4	1.8	1	2.9	5	2.0
นิติเวชศาสตร์	1	0.5	1	2.9	2	0.8
วิสัญญี	0	0.0	1	2.9	1	0.4
กายภาพบำบัด	1	0.5	0	0.0	1	0.4
รวม	221	100.0	35	100.0	256	100.0

ตารางที่ 4.10 แสดงว่า ได้ข้อมูลสาขาวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง 256 ราย พบว่า แพทย์ส่วนมากประกอบเวชปฏิบัติทั่วไป 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.3 ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 ด้านบริหาร 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุรกรรม 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.8 สูตินารีเวช 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 และกุมารเวชกรรม 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนด้านอื่นๆ พบเพียงจำนวนเล็กน้อย ตามตารางที่ 4.10 และไม่พบแพทย์หญิงในกลุ่ม ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก ด้านบริหาร พยาธิวิทยาและกายภาพบำบัด แต่พบในกลุ่มกุมารเวชกรรมใกล้เคียงกับแพทย์ชาย

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวน ร้อยละของการบริโภคอาหารของแพทย์ผู้เสียชีวิต

	มังสวิรัตติ	เจ	สุกดิบ	บะหมี่	สุรา
ความถี่	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
	(n=261)	(n=261)	(n=261)	(n=261)	(n=261)
มาก	20 (7.7)	11 (4.2)	4(1.5)	65 (24.9)	47(18.0)
น้อย	46 (17.6)	48(18.4)	30(11.5)	36 (13.8)	77(29.5)
ไม่เคย	195 (74.7)	202(77.4)	227(86.6)	160 (61.3)	137(52.5)
รวม	261(100.0)	261(100.0)	261(100.0)	261(100.0)	261(100.0)

ตารางที่ 4.11 แสดงว่าแพทย์ส่วนมากรับประทานอาหารทั่วไป มักจะไม่รับประทานอาหารมังสวิรัตติ 195 ราย ไม่รับประทานอาหารเจ 202 ราย และไม่รับประทานอาหารสุกดิบ 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.1 , 77.4 , และ 86.6 ตามลำดับ ในเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าแพทย์ไม่สูบบุหรี่ 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.3 สูบเพียงเล็กน้อย 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.8 สูบมาก 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.9 และพบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบ 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 ดื่มน้อย 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5 ดื่มนานพบ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 (หมายเหตุ: การจัดลำดับการบริโภคมากน้อย คิดจากเปอร์เซ็นต์ การบริโภค ตลอดช่วงที่มีชีวิตอยู่)

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวน ร้อยละของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย(ครั้ง/สัปดาห์)	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
ไม่เคย	92	35.1
ออกกำลังกาย	162	61.8
<2	59	36.4
2-3	38	23.5
>3	64	39.5
ไม่ตอบ	8	3.1
รวม	262	100.0

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน ร้อยละของการรับประทานยานอนหลับหรือยาคลายเครียดของแพทย์

การรับประทานยานอนหลับ /ยาคลายเครียด	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
ไม่ใช้ยา	208	79.4
ยา	32	12.2
ไม่ตอบ	22	8.4
รวม	262	100.0

จากตารางที่ 4.12 และ 4.13 แสดงว่าแพทย์ส่วนมากจะออกกำลังกาย 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.8 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่จะออกกำลังกาย มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ พบ 64 ราย คิดเป็น ร้อยละ 39.5 ซึ่งพบเปอร์เซ็นต์ใกล้เคียงกับแพทย์ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้ง / สัปดาห์ 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 เมื่อพิจารณาเรื่องการรับประทานยานอนหลับหรือยาคลายเครียด พบว่ามีแพทย์ที่ใช้ยา 32 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.2 ส่วนมากจะไม่มีประวัติการใช้ยานอนหลับหรือยาคลายเครียดเป็นประจำ อธิบายได้ว่า ข้อมูลประวัติการใช้ยาในกลุ่มนี้ อาจมีสาเหตุจาก ความเครียดทำให้มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ แพทย์บางรายมีโรคประจำตัวคือ Parkinson จึงมียาทางด้านจิตเวชใช้เป็นประจำ บางรายใช้ยานอนหลับเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดจากโรค หรือบางรายการใช้ยานอนหลับจะสนับสนุนฐานะทางจิตเวช ที่ญาติผู้ใกล้ชิด ไม่ทราบมาก่อน

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย

สาเหตุการเสียชีวิต	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
มะเร็ง	92	35.1
หัวใจ	74	28.2
อุบัติเหตุ	33	12.6
ติดเชื้อในกระแสเลือด	9	3.4
ฆ่าตัวตาย	9	3.4
ไตวาย	7	2.7
ถูกฆาตกรรม	7	2.7
อื่นๆ	31	11.8
รวม	262	100.0

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน ร้อยละ ของสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ชาย

สาเหตุการเสียชีวิต ของแพทย์ชาย	จำนวน (n=225)	ร้อยละ
มะเร็ง	76	33.8
หัวใจ	65	28.9
อุบัติเหตุ	28	12.4
ฆ่าตัวตาย	8	3.6
ไตวาย	6	2.7
ติดเชื้อในกระแสเลือด	6	2.7
ถูกฆาตกรรม	5	2.2
อื่นๆ	31	13.8
รวม	225	100.0

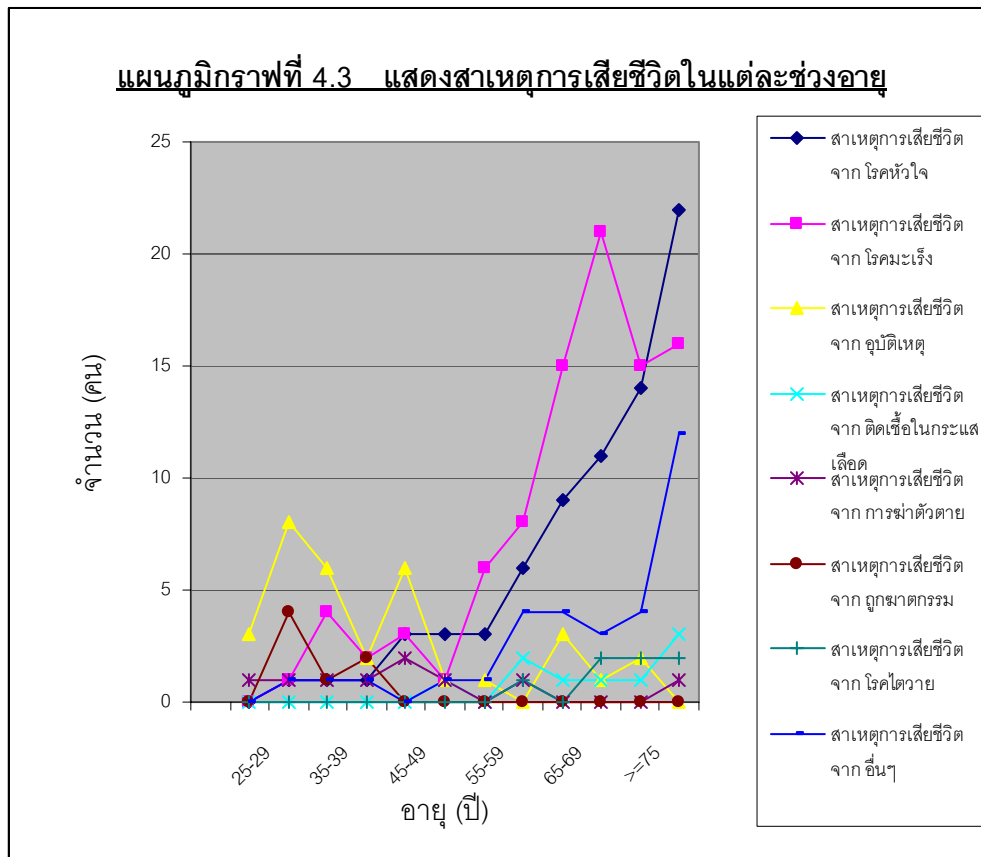
ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวน ร้อยละ ของสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์หญิง

สาเหตุการเสียชีวิต ของแพทย์หญิง	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
มะเร็ง	16	43.2
หัวใจ	9	24.3
อุบัติเหตุ	5	13.5
ติดเชื้อในกระแสเลือด	3	8.1
ถูกฆาตกรรม	2	5.2
ฆ่าตัวตาย	1	2.7
ไตวาย	1	2.7
รวม	37	100.0

ตารางที่ 4.17 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	สาเหตุการเสียชีวิต								รวม
	หัวใจ	มะเร็ง	อุบัติเหตุ	ติดเชื ใน กระแส เลือด	ฆ่า ตัวตาย	ถูก ฆาตกรรม	ไ้ตาย	อื่นๆ	
20-24	0	0	3	0	1	0	0	0	4
25-29	1	1	8	0	1	4	0	1	16
30-34	1	4	6	0	1	1	0	1	14
35-39	1	2	2	0	1	2	0	1	9
40-44	3	3	6	0	2	0	0	0	14
45-49	3	1	1	1	1	0	0	1	8
50-54	3	6	1	0	0	0	0	1	11
55-59	6	8	0	2	1	0	1	4	22
60-64	9	15	3	1	0	0	0	3	31
65-69	11	21	1	1	0	0	2	3	39
70-74	14	15	2	1	0	0	2	4	38
>=75	22	16	0	3	1	0	2	12	56
รวม	74	92	33	9	9	7	7	31	262

แผนภูมิกราฟที่ 4.3 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละช่วงอายุ



จากตารางที่ 4.14, 4.15, 4.16, 4.17 และรูปที่ 4.3 แสดงว่า สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบอันดับหนึ่งคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ส่วนมากมีอายุน้อยกว่า 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาคือโรคตับอักเสบเรื้อรัง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ อันดับสองคือโรคหัวใจ 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.2 ส่วนมากมีอายุน้อยกว่า 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.3 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ ทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจพบมากเมื่ออายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อันดับสามคืออุบัติเหตุ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 พบมีอายุน้อยกว่า 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.2 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และส่วนมากเป็นกลุ่มแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.4 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ รองลงมาคือ ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 25-29 ปี 8 ราย รองลงมา 30-34 ปี 6 ราย และ 40-44 ปี 6 ราย และพบว่าเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในจำนวนนี้ค่าเฉลี่ยของความเร็วที่ขับ เท่ากับ 105 กิโลเมตร/ชั่วโมง และพบว่าส่วนมากทำงานวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อันดับที่สองคือ ติดเชื้อในกระแสเลือดและฆ่าตัวตาย โดยติดเชื้อในกระแสเลือด 9 ราย คิดเป็นร้อยละ

ละ 3.4 พบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีมี 3 ราย ในจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น ติดเชื้อ HIV 1 ราย (เป็นการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน) ส่วนใหญ่พบแพทย์ที่มีภูมิลำเนาภาคกลาง ส่วนการฆ่าตัวตาย 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 ส่วนมากอายุน้อยกว่า 45 ปี ฆ่าตัวตายโดยวิธีการผูกคอต 3 ราย ยิงตัวตาย 3 ราย ฉีดยาเข้าเส้น 2 ราย และกระโดดตึกสูง 1 ราย โดยมากมักมีสาเหตุมาจากความเครียดเรื่องต่าง ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว เรื่องส่วนตัว แฟนเสียชีวิต เป็นต้น และ 1 รายที่มีประวัติรักษาอาการทางจิตเวชที่โรงพยาบาล และพบในกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ส่วนสาเหตุที่พบน้อยที่สุดคือ การถูกฆาตกรรม พบ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 พบในช่วงอายุ 25-29 ปี มากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงที่เพิ่งจบการศึกษาและเริ่มปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป สาเหตุของการถูกฆาตกรรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องชู้สาว เมื่อพิจารณาทั้งแพทย์ชายและแพทย์หญิงพบว่าเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด แพทย์ชาย 76 ราย และแพทย์หญิง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.8 และ 43.2 ของแต่ละเพศ ตามลำดับรองลงมาคือโรคหัวใจ แพทย์ชาย 65 ราย แพทย์หญิง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ 24.3 ของแต่ละเพศ ตามลำดับ อันดับสามคือ อุบัติเหตุ แพทย์ชาย 28 ราย แพทย์หญิง 5 ราย

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของแพทย์ไทย

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งตับ	19	25.0	1	2.7	20	21.7
มะเร็งปอด	13	17.1	3	8.1	16	17.4
มะเร็งทางเดินอาหาร	13	17.1	3	8.1	16	17.4
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	7	9.2	4	10.8	11	12.0
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	5.3	1	2.7	5	5.4
มะเร็งต่อมลูกหมาก	5	6.6	0	0.0	5	5.4
มะเร็งโพรงจมูก	3	3.9	1	2.7	4	4.3
มะเร็งไต	3	3.9	0	0.0	3	3.3
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	2	2.6	0	0.0	2	2.2
มะเร็งทางเดินน้ำดี	2	2.6	0	0.0	2	2.2
มะเร็งตับอ่อน	1	1.3	1	2.7	2	2.2
มะเร็งมดลูก	0	0.0	1	2.7	1	1.1
มะเร็งเต้านม	0	0.0	1	2.7	1	1.1
มะเร็งต่อมไทรอยด์	1	1.3	0	0.0	1	1.1
มะเร็งระยะแพร่กระจาย-						
ไม่ทราบจุดเกิด	1	1.3	0	0.0	1	1.1
มะเร็งกล่องเสียง	1	1.3	0	0.0	1	1.1
aplastic anemia	1	1.3	0	0.0	1	1.1
รวม	76	100.0	16	100.0	92	100.0

ตารางที่ 4.18 แสดงว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (1 มกราคม 2535- 31 ธันวาคม 2544) และมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือมะเร็งตับ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 เป็นแพทย์ชาย 19 ราย แพทย์หญิง 1 ราย อันดับสองคือมะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุละ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.4 เป็นแพทย์ชายสาเหตุละ 13 ราย แพทย์หญิงสาเหตุละ 3 ราย อันดับสี่คือมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 เป็นแพทย์ชาย 7 ราย แพทย์หญิง 4 ราย สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่พบมากที่สุดในแพทย์ชายคือมะเร็งตับ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบมากในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และศัลยกรรมสาขาละ 4 ราย

สาขาอายุรกรรม และบริหารสาขาละ 3 ราย รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุ
 ละ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มะเร็งปอดพบมากที่สุดในแพทย์กลุ่ม
 บริหาร 4 ราย รองลงมาคือศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก 2 ราย อันดับที่สองคือมะเร็งเม็ดเลือดขาว 7 ราย
 คิดเป็นร้อยละ 9.2 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง เมื่อพิจารณาแพทย์หญิง จากตารางที่ 4.18 แสดง
 ว่า แพทย์หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.8 ของแพทย์หญิงที่
 เสียชีวิตจากมะเร็ง พบในช่วงอายุ 25-29 ปี 1 ราย 40-44 ปี 1 ราย 60-69 ปี 2 ราย ประกอบเวชปฏิบัติ
 ทั่วไป 2 ราย ผิวน้ำ 1 ราย และ โสต ศอ นาสิก 1 ราย รองลงมาคือมะเร็งปอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1
 และมะเร็งทางเดินอาหาร 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ส่วน
 มะเร็งมดลูก และมะเร็งเต้านมพบสาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจาก
 โรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของระยะของโรคมะเร็งที่พบครั้งแรก

ระยะที่พบมะเร็งครั้งแรก	จำนวน (n=92)	ร้อยละ
Acute leukemia	11	11.9
ระยะ 1	16	17.4
ระยะ 2	12	13.1
ระยะ 3	14	15.2
ระยะ 4	33	35.9
ไม่ทราบ	6	6.5
รวม	92	100.0

ตารางที่ 4.19 แสดงระยะที่พบมะเร็งครั้งแรกนั้น ส่วนใหญ่พบระยะสุดท้าย 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 (ในกรณีโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวจะไม่แบ่งระยะ) ไม่ทราบระยะ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5

ตารางที่ 4.20 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบมะเร็ง

การตรวจสุขภาพ(ครั้ง/ปี)	จำนวน (n=92)	ร้อยละ
ไม่เคย	39	42.4
เคย	44	47.8
<1	9	10.0
1-2	31	34.4
>2	4	4.4
ไม่ทราบ	9	9.8
รวม	92	100.0

จากตาราง 4.20 แสดงว่า ก่อนที่จะพบโรคนั้นแพทย์ส่วนใหญ่ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.8 ได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีประมาณปีละ 1-2 ครั้ง (31 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 ของกลุ่มที่ตรวจสุขภาพ) บางรายไม่ทราบว่ามีการตรวจสุขภาพบ้างหรือไม่ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8 เหตุผลที่ไม่ทราบเนื่องมาจากแพทย์ส่วนใหญ่ มักจะดูแลตัวเองโดยตลอด บางโรคที่เป็นโรคร้ายแรงแพทย์บางท่านอาจมีการปิดบัง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ใกล้ชิดไม่ทราบ หรือแพทย์บางท่านมีคลินิกส่วนตัว ทำการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง และที่สำคัญจัดยารับประทานเอง และการที่เป็นเช่นนี้ทำให้ผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต ไม่สามารถให้คำตอบในส่วนนี้ได้

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวน ร้อยละของสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุการตาย	จำนวน (n=74)	ร้อยละ
Congestive heart failure	18	24.3
Myocardial infarction	17	23.0
Coronary vascular accident	13	17.6
Coronary artery disease	12	16.2
Rupture aneurysm	6	8.1
Arrhythmia	3	4.1
Myocarditis	2	2.7
Cardiomegaly	1	1.4
Valvular heart disease	1	1.4
Dissecting aorta	1	1.4
รวม	74	100.0

ตารางที่ 4.22 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบโรคหัวใจ

การตรวจสุขภาพ(ครั้ง/ปี)	จำนวน (n=74)	ร้อยละ
ไม่เคย	21	28.4
เคย	46	62.1
<1	16	34.8
1-2	25	54.3
>2	5	10.9
ไม่ทราบ	7	9.5
รวม	74	100.0

จากตารางที่ 4.21 และ 4.22 แสดงว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว(CHF) 18 ราย พบเป็นอันดับที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 24.3 มักเป็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI) 17 รายพบเป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 23.0 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อันดับสามคือเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.6 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อันดับสี่คือโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และการตรวจสุขภาพก่อนพบโรคนั้นโดยมากจะเคยรับการตรวจสุขภาพมาบ้างไม่ว่าจะตรวจจำนวนครั้งมากหรือน้อย พบ 46 ราย ที่ตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 62.1 ไม่เคยตรวจสุขภาพมี 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.4 ในรายที่มีการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ ตรวจสุขภาพประมาณปีละ 1-2 ครั้ง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 ของแพทย์ที่มีการตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 4.23 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ดังนี้

สาเหตุการเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ปอดบวม	7	23.3
ตับแข็ง ตับวาย	7	23.3
พาร์กินสัน	3	10.0
เบาหวาน	2	6.7
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	6.7
เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง และในสมอง	2	6.7
ลาลักอาหารเข้าหลอดลม	1	3.3
เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ	1	3.3
สมองเสื่อม	1	3.3
แพ้ยาล	1	3.3
โรคชรา	1	3.3
เนื้องอกต่อมไธ้สมอง	1	3.3
L-E Like	1	3.3
รวม	30	100.0

จากตารางที่ 4.23 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 ตับแข็ง ตับวาย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 พาร์กินสัน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 10.0 เป็นต้น

ตารางที่ 4.24 แสดงความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ

สาเหตุการ เสียชีวิต		เพศผู้เสียชีวิต		รวม	p-value
		ชาย (n=225)	หญิง (n=37)		
มะเร็ง	ใช่	76	16	92	0.264
	ไม่ใช่	149	21	170	
หัวใจ	ใช่	65	9	74	0.568
	ไม่ใช่	160	28	188	

ตารางที่ 4.25 แสดงความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต	เพศผู้เสียชีวิต		รวม	p-value
	ชาย (n=221)	หญิง (n=35)		
อุบัติเหตุ	28	5	33	0.791
สาเหตุอื่นๆ	193	30	223	

จากตาราง 4.24 และ 4.25 แสดงความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตต่าง ๆ พบว่า แพทย์หญิงและแพทย์ชายมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุไม่ต่างกัน เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4.26 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างช่วงอายุกับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง

อายุ (ปี)	สาเหตุการเสียชีวิต		รวม	p-value
	มะเร็ง	ไม่ใช่มะเร็ง		
20-24	0	4	4	0.015**
25-29	1	15	16	
30-34	4	10	14	
35-39	2	7	9	
40-44	3	11	14	
45-49	1	7	8	
50-54	6	5	11	
55-59	8	14	22	
60-64	15	16	31	
65-69	21	18	39	
70-74	15	23	38	
>=75	16	40	56	
รวม	92	170	262	

**p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.26 แสดงกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.05)

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		ภูมิภาค		รวม (n=262)	p-value
		เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ (n=63)	ภาคอื่นๆ (n=199)		
มะเร็ง	ใช่	19	73	92	0.344
	ไม่ใช่	44	126	170	
หัวใจ	ใช่	12	62	74	0.063
	ไม่ใช่	51	137	188	
อุบัติเหตุ	ใช่	20	13	33	0.000**
	ไม่ใช่	43	186	229	

**p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.28 แสดงจำนวนความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		ภูมิภาค		รวม (n=262)	p-value
		กลาง (n=168)	ภาคอื่นๆ (n=94)		
มะเร็ง	ใช่	65	27	92	0.105
	ไม่ใช่	103	67	170	
หัวใจ	ใช่	52	22	74	0.193
	ไม่ใช่	116	72	188	
อุบัติเหตุ	ใช่	9	24	33	0.000**
	ไม่ใช่	159	70	229	

**p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4.27 และ 4.28 แสดงว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ

ตารางที่ 4.29 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		เวชปฏิบัติทั่วไป (n=80)	สาขาอื่นๆ (n=176)		
มะเร็ง	ใช่	20	69	89	0.027**
	ไม่ใช่	60	107	167	
หัวใจ	ใช่	23	50	73	0.955
	ไม่ใช่	57	126	183	
อุบัติเหตุ	ใช่	16	17	33	0.022**
	ไม่ใช่	64	159	223	

** $p\text{-value} < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.30 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขาบริหาร กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง		รวม (n=262)	p-value
		บริหาร (n=34)	สาขาอื่นๆ (n=228)		
มะเร็ง	ใช่	15	77	92	0.238
	ไม่ใช่	19	151	170	
หัวใจ	ใช่	10	64	74	0.871
	ไม่ใช่	24	164	188	
อุบัติเหตุ	ใช่	1	32	33	0.069
	ไม่ใช่	33	196	229	

ตารางที่ 4.31 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขารังสี พยาธิ วิทยา นิติเวช วิทยาศาสตร์ กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		รังสี พยาธิวิทยา นิติเวช วิทยาศาสตร์ (n=17)	สาขาอื่นๆ (n=239)		
มะเร็ง	ใช่	6	83	89	0.962
	ไม่ใช่	11	256	167	
หัวใจ	ใช่	5	68	73	0.933
	ไม่ใช่	12	171	183	
อุบัติเหตุ	ใช่	1	32	33	0.372
	ไม่ใช่	16	207	223	

ตารางที่ 4.32 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขา กุมารเวชกรรม อายุรกรรม จิตเวช ผิวหนัง กายภาพ กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		กุมารเวชกรรม อายุรกรรม จิตเวช ผิวหนัง กายภาพ (n=55)	สาขาอื่นๆ (n=201)		
มะเร็ง	ใช่	22	67	89	0.358
	ไม่ใช่	33	134	167	
หัวใจ	ใช่	16	57	73	0.915
	ไม่ใช่	39	144	183	
อุบัติเหตุ	ใช่	5	28	33	0.343
	ไม่ใช่	50	173	223	

ตารางที่ 4.33 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขา ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก สูตินารีเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ อุบัติเหตุ

สาเหตุการ เสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		ศัลยกรรม ศัลยกรรม กระดูก สูติ-นารี จักษุ โสต ศอ นาสิก (n=70)	สาขาอื่นๆ (n=186)		
มะเร็ง	ใช่	26	63	89	0.624
	ไม่ใช่	44	123	167	
หัวใจ	ใช่	19	54	73	0.765
	ไม่ใช่	51	132	183	
อุบัติเหตุ	ใช่	10	23	33	0.683
	ไม่ใช่	60	163	223	

จากตารางที่ 4.29, 4.30, 4.31, 4.32, และ 4.33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทางสาขาต่างๆ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ พบว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่มีทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ แพทย์กลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่มะเร็ง และพบว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนกลุ่มสาขาศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก สูติ-นารี จักษุ โสต ศอ นาสิก กลุ่มสาขากุมารเวชกรรม อายุรกรรม จิตเวช ผิวหนัง กายภาพ กลุ่มสาขารังสี พยาธิวิทยา นิติเวช วิสัญญี และกลุ่มบริหาร จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่พบความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกับโรคไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจกับโรคไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุกับสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ของแต่ละกลุ่มเมื่อเทียบกับกลุ่มสาขาอื่นๆ

ตารางที่ 4.34 แสดงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การสูบบุหรี่		รวม (n=261)	p-value
		สูบ (n=101)	ไม่สูบ (n=160)		
มะเร็ง	ใช่	44	48	92	0.025**
	ไม่ใช่	57	112	169	
หัวใจ	ใช่	36	38	74	0.038**
	ไม่ใช่	65	122	187	
อุบัติเหตุ	ใช่	4	28	32	0.001**
	ไม่ใช่	97	132	229	

** $p\text{-value} < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4.34 แสดงว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ มากกว่าการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็งและไม่ใช่โรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4.35 แสดงความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		รวม (n=261)	p-value
		ดื่ม (n=124)	ไม่ดื่ม (n=137)		
มะเร็ง	ใช่	48	43	92	0.170
	ไม่ใช่	75	94	169	
หัวใจ	ใช่	39	35	74	0.291
	ไม่ใช่	85	102	187	
อุบัติเหตุ	ใช่	14	18	32	0.648
	ไม่ใช่	110	119	229	

จากตารางที่ 4.35 แสดงว่าเมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการเสียชีวิตจาก โรคมะเร็งกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ และอุบัติเหตุกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาส เสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ได้ไม่ต่างกัน

ตารางที่ 4.36 แสดงความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ

สาเหตุการเสียชีวิต		ยานอนหลับ/ คลายเครียด		รวม (n=240)	p-value
		ใช่ (n=32)	ไม่ใช่ (n=208)		
มะเร็ง	ใช่	6	77	83	0.043**
	ไม่ใช่	26	131	157	
หัวใจ	ใช่	14	57	71	0.059
	ไม่ใช่	18	151	169	

** p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3.6 แสดงว่าการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง มากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาศาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทยนี้ ทำการศึกษาจากข้อมูลของแพทย์ที่เสียชีวิต ในช่วง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 โดยแยกตามอายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต ศึกษาจากการเก็บข้อมูลในอดีตโดยการสัมภาษณ์ ญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิต ในระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 จำนวน 314 ราย เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.4 โดยสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิตตามแบบสำรวจข้อมูลที่สร้างขึ้น และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ สามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. แหล่งข้อมูล

จากฐานข้อมูลของแพทยสภา พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 ในจำนวนที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตนั้น ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยทั่วประเทศโดยศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิทั้งการเสียชีวิตที่บ้านและในโรงพยาบาล และทำการเปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณะบัตร ทั้งในเรื่องความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และความถูกต้องในการลงสาเหตุการเสียชีวิต จากสำนักงานทะเบียนราษฎร วิเคราะห์ความถูกต้องของสาเหตุการเสียชีวิตเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ พบว่าฐานข้อมูลจากแพทยสภาสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.1 ไม่ตรงกับการสำรวจ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 ไม่พบฐานข้อมูล 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย แสดงว่าฐานข้อมูลของแพทยสหายังมีความผิดพลาดอยู่ และขาดข้อมูลของสมาชิกแพทย์ผู้เสียชีวิต และข้อมูลที่ได้จากสำนักงานทะเบียนราษฎรพบฐานข้อมูล 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.2 ที่ไม่พบฐานข้อมูล 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุตรงกับการสำรวจ 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.5 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย ที่ไม่สอดคล้องกับการสำรวจ 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.7 ของข้อมูลทั้งหมด 262 ราย

2. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 314 รายเก็บข้อมูลได้ 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.4 แพทย์ผู้เสียชีวิตเป็นชาย 225 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.9 แพทย์หญิง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 อายุตายเฉลี่ยแพทย์ชาย 62.09 ปี อายุตายเฉลี่ยแพทย์หญิง 55.38 ปี และอายุตายเฉลี่ยของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคือ 61.15 ปี จำนวนแพทย์ชายเสียชีวิตมากกว่าแพทย์หญิง โดยเฉพาะในช่วงอายุสูงขึ้น จำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตจะมากขึ้น ปีที่แพทย์เสียชีวิตมากที่สุดคือ ปี พ.ศ.2541 จำนวน 42 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 16.1 ปีที่พบน้อยสุดคือปี พ.ศ 2535 พบ 11 รายคิดเป็น ร้อยละ 4.2 แสดงให้เห็นว่ายิ่งระยะเวลาที่เสียชีวิตยาวนานเท่าไร ยิ่งทำให้การติดตามข้อมูลยากขึ้น ในหลาย ๆ ด้านเช่น การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ญาติหรือคู่สมรสเสียชีวิตไป และที่สำคัญในกรณีที่เสียชีวิตมานานกว่า 5 ปี ไปบันทึกทางการแพทย์ที่เก็บไว้ ณ โรงพยาบาลที่แพทย์ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษาก่อนเสียชีวิตจะค้นไม่ได้เนื่องจากหลักฐานต่างๆ อาจถูกทำลายไป แพทย์ส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง ร้อยละ 64.1 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.4 และภาคเหนือร้อยละ 10.7 แพทย์ที่เสียชีวิตส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลร้อยละ 43.1 รองลงมา มีคลินิกส่วนตัวร้อยละ 13.7 และ โรงเรียนแพทย์ ร้อยละ 13.7 แพทย์ส่วนมากไม่มีประกันชีวิต ร้อยละ 63.3 ส่วนแพทย์ที่ทำประกันชีวิตพบ ร้อยละ 32.0 (ในกลุ่มผู้ที่มีประกันชีวิต พบประเภทประกันชีวิตที่ทำกับบริษัทเอกชนร้อยละ 62.2)

เรื่องสถาบันการศึกษา จบจาก โรงพยาบาลศิริราช (มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล) ร้อยละ 52.7 รองลงมาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร้อยละ 26.7 ส่วนข้อมูลสาขาวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง พบว่า แพทย์ที่ประกอบเวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 31.3 รองลงมาคือศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 16.0 และด้านบริหารร้อยละ 13.3

3. ปัจจัยทางด้านสุขภาพของแพทย์

เมื่อพิจารณารูปแบบการดำเนินชีวิตพบว่าแพทย์ส่วนมากรับประทานอาหารทั่ว ๆ ไป จะไม่บริโภคอาหารเหล่านี้ คือ มังสวิรัติ เจ อาหารสุกดิบ นูรี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักรับประทานอาหารปกติไม่เน้นชนิดใด ๆ มากเป็นพิเศษ และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 63.8 และพบมากในกลุ่มสูงอายุขึ้นมา (หลังจากเกษียณอายุ) เนื่องจากออกกำลังกายโดยการเล่นกอล์ฟทุกสัปดาห์ เมื่อพิจารณาเรื่องประวัติการใช้ยานอนหลับยา/คลายเครียด พบแพทย์ที่ใช้ยาประเภทนี้เพียงร้อยละ 12.2

4. สาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา 4 อันดับแรก ดังนี้ อันดับหนึ่งคือโรคมะเร็งร้อยละ 35.1 ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลางร้อยละ 70.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 12.0 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อันดับสองคือโรคหัวใจร้อยละ 28.2 ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลางร้อยละ 70.3 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ ทั้งโรคมะเร็งและโรคหัวใจพบมากเมื่ออายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อันดับสามคืออุบัติเหตุร้อยละ 12.6 พบภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 52.2 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และส่วนมากเป็นกลุ่มแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติร้อยละ 42.4 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 25-29 ปี 8 ราย และพบว่าเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถยนต์ร้อยละ 66.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจาก

อุบัติเหตุ ในจำนวนนี้ค่าเฉลี่ยของความเร็วที่ขับ เท่ากับ 105 กิโลเมตร/ชั่วโมง และพบว่าส่วนมากทำงานวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อันดับที่สูงคือ ติดเชื้อในกระแสเลือดและฆ่าตัวตาย ติดเชื้อในกระแสเลือดพบร้อยละ 3.4 พบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบแพทย์ที่มีภูมิลำเนาภาคกลาง ส่วนฆ่าตัวตายร้อยละ 3.4 ส่วนมากอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยมากมักมีสาเหตุมาจากความเครียดเรื่องต่าง ๆ และมักไม่ทราบว่ามีภาวะทางจิตเวชผิดปกติหรือไม่ 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 สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่พบมากที่สุดเ็นแพทย์ชายคือมะเร็งตับร้อยละ 25 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบมากในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุละ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มะเร็งปอดพบมากที่สุดเ็นแพทย์กลุ่มบริหาร อันดับที่สูงคือมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 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 แพทย์ส่วนใหญ่กว่าจะพบโรคมะเร็งก็มักจะเป็นในระยะสุดท้าย ร้อยละ 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 พบมากเ็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อันดับสามคือเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ 17.6 พบมากเ็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และการตรวจสุขภาพก่อนพบโรคนั้นโดยมากจะเคยรับการตรวจสุขภาพมาบ้างไม่ว่าจะตรวจจำนวนครั้งมากหรือน้อยพบร้อยละ 62.1 ในรายที่มีการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ ตรวจสุขภาพประมาณปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 54.3 ของแพทย์ที่มีการตรวจสุขภาพ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ของแพทย์ เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ สรุปว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ การใช้นอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง มากกว่าโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ในกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แพทย์หญิงและแพทย์ชายมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุไม่ต่างกัน เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และพบว่าแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่น ๆ จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุกับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากฐานข้อมูลของแพทยสภา

มีข้อมูลที่สอดคล้องกับการสำรวจครั้งนี้ร้อยละ 40.1 ไม่พบฐานข้อมูลอีกร้อยละ 43.1 จะเห็นว่าในอดีต แพทยสภาไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีพอ ทำให้ข้อมูลส่วนใหญ่นั้นผู้วิจัยต้องดำเนินการค้นเพิ่มเติมจากสำนักงานทะเบียนราษฎร พบว่าข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎรตามใบมรณะบัตร มีความสอดคล้องตรงกับการให้สาเหตุการตายร้อยละ 59.5 ซึ่งพบเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องนี้มากกว่าในประชากรทั่วไป 32 ที่ จันทบุรี เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ได้ทำการศึกษา พบความสอดคล้องของใบมรณะบัตรกับที่ศึกษา ร้อยละ 25.5

2. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ติดตามเก็บข้อมูลได้มาร้อยละ 83.4 พบว่าแพทย์ที่เสียชีวิต 10 ปีที่ผ่านมา (1 มกราคม 2535- 31 ธันวาคม 2544) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 85.9 อายุตายเฉลี่ยของแพทย์ไทย 61.15 ปี อายุตายเฉลี่ยแพทย์ชาย 62.09 ปี และ แพทย์หญิง 55.38 ปี จะเห็นว่าแพทย์ชายอายุตายเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์หญิง อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้จำนวนแพทย์ชาย 225 ราย แพทย์หญิง 37 ราย พบว่าแพทย์หญิงน้อยกว่าการคิดอายุตายเฉลี่ยของแพทย์หญิงอาจเป็นข้อสรุปของแพทย์หญิงทั่วประเทศไม่ได้ และอีกกรณีหนึ่งในอดีต ในประเทศไทย แพทย์ประชากรแพทย์หญิงจะน้อยกว่าประชากรแพทย์ชาย ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคเหนือ ที่พบมากภาคกลางส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยที่สูงอายุแล้ว ผลจากการโยกย้ายที่ทำงาน ในที่สุดจะกลับเข้าสู่ส่วนกลางเป็นส่วนมาก และการที่ได้ข้อมูลในส่วนภาคกลางมากกว่านั้นนอกจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น อีกกรณีหนึ่ง เป็นการติดตามเก็บข้อมูลหรือติดต่อได้ง่าย และครอบครัวของแพทย์ หรือญาติ บางท่านจะอยู่กรุงเทพมหานคร และพบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ทำประกันชีวิต เนื่องจาก รับราชการมีสวัสดิการ บางรายเคยทำประกันชีวิตแต่เมื่ออายุเลยวัยที่ทางบริษัทประกันกำหนดจะไม่มีการต่ออายุประกันภัยให้

3. สาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็ง รองลงมา หัวใจและหลอดเลือด ต่างจากการศึกษาของ Frank E และคณะ⁵ ที่พบสาเหตุส่วนใหญ่จากเส้นเลือดในสมองแตกและตีบ การเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย จากการศึกษพบว่ามะเร็งตับ พบมากที่สุดในสาเหตุการตายจากมะเร็ง รองลงมาคือปอดและทางเดินอาหาร ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสอดคล้องกับการศึกษาของ 32 จันทบุรี เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ที่ศึกษาในประชากรทั่วไป แสดงว่าสาเหตุการตายของแพทย์ไทยในกลุ่มมะเร็ง เหมือนกับใน

ประชากรทั่วไป แต่การที่จะสรุปว่าแพทย์จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าประชากรทั่วไปหรือไม่นั้น ต้องมีการศึกษาเปรียบเทียบต่อไป

ส่วนสาเหตุจากโรคหัวใจ พบสาเหตุของโรคเหมือนกับประชากรทั่วไป ส่วนสาเหตุจากอุบัติเหตุ นั้น พบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ในแพทย์ที่อายุ 20-40 ปี โดยเฉพาะ 25-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงหลังจบการศึกษา ออกไปทำงานใช้ทุนในต่างจังหวัด เหตุผลอาจเนื่องมาจากการทำงานหนัก 12-16 ชั่วโมง/วัน พักผ่อนไม่เพียงพอ และความไม่ชำนาญทางในต่างจังหวัด นั้นๆ ก็เป็นไปได้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย เป็นเพศชาย มากกว่าแพทย์หญิง และมีการศึกษาจากงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้เช่นกัน 17,18,19,2021 ส่วนมากผลจะแตกต่างจากประชากรทั่วไป แต่การศึกษารังนี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป การบอกความสัมพันธ์จึงไม่ชัดเจนนัก

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต

พบว่าบุหรื มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งและโรคหัวใจ เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ อย่างมีสำคัญทางสถิติ คล้ายกับการศึกษาของ Doll R. และคณะ 26 อธิบายว่าบุหรืมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง แต่เรายังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม และการควบคุมปัจจัยกวนอื่นๆ เพียงแต่บอกถึงความสัมพันธ์ทางสถิติได้เท่านั้น การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง มากกว่าโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับประทานยานอนหลับ ยาคลายเครียด นั้นใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิต ถ้าพบว่ามีการใช้ยาส่วนใหญ่ มักจะมาจากปัญหาความเครียดสูง การนอนไม่หลับ ต้องอาศัยยาเหล่านี้ช่วย ซึ่งญาติบางท่าน จะไม่ทราบว่าผู้เสียชีวิตมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่ อาจกล่าวจากผลการศึกษาได้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคไม่ใช่มะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวว่าแพทย์ผู้ที่มีความเครียดสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยังพบว่า แพทย์ที่อายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะว่าเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสการป่วยด้วยโรคมะเร็งก็มากขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อาจเนื่องมาจากสภาพทางภูมิประเทศ และพบว่ามักเป็นกลุ่มอายุน้อยโดยเฉพาะช่วง 25-29 ปี ประสบการณ์การขับรถ ประกอบกับการทำงานหนักวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน พักผ่อนน้อย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมี

ความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งโรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ซึ่งงานวิจัยของ Innos k.23 เคยศึกษาไว้ว่าไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง แต่ในงานวิจัยนี้บอกได้ชัดเจนในกลุ่มเวชปฏิบัติทั่วไปว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การบอกความสัมพันธ์ดังกล่าวผู้วิจัยอธิบายได้แต่เพียงผลที่ได้ในทางสถิติเท่านั้น ควรจะมีการศึกษากันต่อไปให้ได้ข้อสรุปที่แท้จริง โดยอาจมีการศึกษาไปข้างหน้าในกลุ่มแพทย์เหล่านี้ และทำการเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ จึงจะอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้หนักแน่นขึ้น เพราะข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลเฉพาะแพทย์ที่เสียชีวิต ทำให้สถิติที่คำนวณได้มีลักษณะเป็น numerator-based statistics การสรุปข้อค้นพบบางประการอาจต้องระมัดระวัง ไม่ overconclude

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความบกพร่องของข้อมูล โดยเฉพาะฐานข้อมูลจากแพทย์สภา ระบบการจัดการข้อมูลในอดีต จะลบข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตแล้ว เพราะฉะนั้น ผู้วิจัยจะไม่มีข้อมูลที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และไม่มีเลขประจำตัวประชาชน มีเพียงแต่รายชื่อของแพทย์ผู้เสียชีวิต และข้อมูลที่ได้จากสำนักงานทะเบียนราษฎรนั้น บางรายชื่อ-นามสกุลตรงกับประชากรทั่วไป การสืบค้นต้องทำมากขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากการสื่อสารแห่งประเทศไทยในการช่วยหาที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อญาติ ดังนั้นงานวิจัยนี้ผู้วิจัยยังขาดฐานข้อมูลที่ดี จำนวนการติดตามจึงมีข้อจำกัด
2. การติดต่อกับหน่วยงานราชการอื่นๆ การตามงานและระบบงานที่เป็นขั้นเป็นตอนในกระบวนการทำให้เกิดความล่าช้า
3. อุปสรรคในการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะในกรณีแรกๆ การไม่ยินยอมให้ความร่วมมือ ของญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิต
4. การเดินทางเก็บข้อมูล ระยะทาง ถ้าขาดการประสานงานที่ดี งานวิจัยนี้อาจจะไม่สำเร็จ ในเวลาที่กำหนด
5. จุดด้อยที่สำคัญคือ เรายังไม่มีกลุ่มข้อมูลเปรียบเทียบเพราะฉะนั้นการสรุปผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ ว่าปัจจัยใดมีผลต่อสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยจึงสรุปไม่ได้ บอกได้แต่เพียงความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคที่อธิบายผลทางสถิติเท่านั้น
6. การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยซักถามเรื่องราวในอดีตของแพทย์ผู้เสียชีวิต จากคู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดนั้น มีอุปสรรคและข้อจำกัดในแง่ของการให้ข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นตัวเลขที่แน่นอน

และการให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ แต่ผู้วิจัยก็ได้ข้อมูลในส่วนที่ขาดจากใบมรณบัตร หนังสืองานฌาปนกิจ หรือจากใบบันทึกทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นการรวบรวมเพื่อสร้างฐานข้อมูลให้กับแพทย์ไทย เป็นครั้งแรก และยังไม่มีผู้ใดในประเทศไทยได้มีการศึกษาลักษณะอย่างนี้มาก่อน เพื่อทราบปัญหาเบื้องต้น และสามารถดำเนินการเพื่อศึกษาถึงปัญหา หรือปัจจัยใด ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และ อาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคนั้น และนำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นๆต่อไป รวมทั้งเป็นตัวอย่างสำหรับการทำวิจัยในกลุ่มอาชีพอื่นๆ
2. การศึกษาครั้งนี้ ทำให้แพทย์ไทยตื่นตัวเป็นอย่างมาก ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย แพทย์เป็นแกนนำ การที่แพทย์ตระหนักถึงปัญหาแล้วพยายามแก้ไข นั้นก็แสดงถึงนิมิตหมายที่ดีต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทย
3. เสนอให้มีระบบการติดตามข้อมูลที่ต่อเนื่องของแพทยสภา และการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติของแพทย์ทุกคน ทั้งที่มีชีวิตและเสียชีวิต ให้บันทึกในระบบที่ค้นหาได้ง่าย เช่น computer
4. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเอง และ จัดส่งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทยสภา
5. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่างประชากรที่อยู่ในชนชั้นกลาง อายุอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหารการทำวิจัย และการให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

1. ศึกษาสาเหตุการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป
2. ศึกษาสาเหตุการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเปรียบเทียบกับสาขาอาชีพอื่นๆ เช่น ผู้พิพากษา ทนายความ นักธุรกิจ
3. ศึกษาติดตามไปข้างหน้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแพทย์กับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ
4. ศึกษาภาวะความเครียดกับการเกิดโรคมะเร็ง ในแพทย์ไทย เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป
5. ศึกษาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ในแต่ละสาขาเฉพาะทาง กับภาวะสุขภาพ เช่น สาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม เวชปฏิบัติทั่วไป และ บริหาร เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. Soc Hist Med. 1996;9(1):1-30.
2. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. Anesthesiology. 2000;93(4):922-30.
3. 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(6):388-95.
4. 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(21):3209-14.
5. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med. 2000;19(3):155-9.
6. Adlakha AL, Hall TL, Muller S. Working life of health professionals. World Health Stat Q. 1979;32(2):138-53.
7. Frank E, Meacham L. Characteristics of women pediatricians. Clin Pediatr (Phila). 2001;40(1):17-26.
8. 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(6):535-40.
9. Manber MM. Being a doctor may be hazardous to your health. Med World News. 1979;20(17):68-70, 74-5, 77-8.
10. 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(7):791-801.
11. 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(1):79-85.
12. Harrison D, Chick J. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. Addiction. 1994;89(12):1613-7.

13. Frank E, Bendich A, Denniston M. **Use of vitamin-mineral supplements by female physicians in the United States.** Am J Clin Nutr. 2000;72(4):969-75.
14. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, et al. **Baseline self-reported cataract and subsequent mortality in Physicians' Health Study I.** Ophthalmic Epidemiol. 2000;7(2):115-25.
15. 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(5):1132-7.
16. 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(4):591-7.
17. Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lonnqvist J. **Suicides among physician, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death.** Acta Psychiatr Scand. 1997 Jul;96(1):68-71.
18. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. **Suicide mortality among medical doctors in Finland: are female more prone to suicide than their male colleagues?.** Psychol Med. 1997 Sep;27(5):1219-22.
19. Grellner W, Kukuk M, Glenewinkel F. **About suicide methods and related professions.** Arch Kriminal 1998 Mar-Apr;201(3-4):65-72.
20. 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 May;55:296-300.
21. Lindeman S, Laara E, Lonnqvist J. **Medical surveillance often precedes suicide among female physicians in Finland. A case-control study.** J Occup Environ Med 1997 Nov;39(11):1115-7.
22. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. **Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992.** Int J Epidemiol . 1999 Jun;28(3):456-60.

23. Innos K, Kaja R, Aleksei B, Mati R. Cancer incidence and cause-specific mortality and female physicians: A cohort study in Estonia. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002 June;30(2):133-40.
24. Rafnsson V, Gunnarsdottir HK. Causes of death and incidence of cancer in physicians and lawyers in Iceland. *Nord Med* 1998 Jun;113(6):202-7.
25. Kaetsu A, Fukushima T, Moriyama, Shigematsu T. Change of the smoking behavior and related lifestyle variables among physicians in Fukuoka, Japan: a longitudinal study. *J Epidermal* 2002 May;12930:208-16.
26. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Cigarette smoking caused half the deaths in male physician smokers. *ACP Journal Club*. 1995 Mar-April;122 (2):48.
27. Lloyd G. One hundred alcohol doctors: a 21-year follow-up. *Alcohol Alcohol* 2002 Jul – Aug;37(4):370-4.
28. Albret CM, Manson JE, Cook NR, Ajani UA, Gaziano JM, Hennekena CH. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physician. *Circulation* 1999 Aug 31;100(9):944-50.
29. Albret CM, Gaziano JM, Willett WC, Manson JE. Nut consumption and decreased risk of cardiac death in the Physicians' Health Study. *Arch Intern Med* 2002 Jun 24;162(12):1382-7.
30. Rosvold ElinO, Espen Bjertness. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*.2002 June;30(2):125-32.
31. Grauer H, Campbell NM. The aging physician and retirement. *Can J Psychiatry*. 1983;28(7):552-4.
32. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, วรธา เปอินทร์, อรุณ จิรวัดน์กุล, และคณะ. รายงานผลการศึกษาศาเหตุตายในประเทศไทยระยะที่ 1 . 2543.
33. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. หมอไทยอายุสั้น ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับค่า อายุคาด อายุขัย และอายุตาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2535. พิมพ์ครั้งที่ 1;ฉบับที่ 4:353-57.
34. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. *สถิติประยุกต์ทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 5 , กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
35. ทศนีย์ นุชประยูรและเต็มศรี ชำนิจารกิจ. *สถิติวิจัยทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

36. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรต และ ทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการทําวินิจฉัยให้สำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2543: 1- 148.
37. เชิดลาภ วสุวัต. **รู้-ใช้สถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: บริษัท ทีทีเอที คอนเน็ค จำกัด, 2545:1-199.