



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในแพทย์ประจำบ้านคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

วิจิตวี แก้วพรสวรรค์ พบ.*, ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในแพทย์ประจำบ้าน ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในปี การศึกษา 2556 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินแบ่งกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์ลอจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา จากข้อมูลแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 302 คน พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในแพทย์ประจำบ้าน มีร้อยละ 21.5 (PHQ-9 \geq 9) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ 7 ปัจจัย คือ เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน มีปัญหาการทำงาน ตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน เวลาทำงาน \geq 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีปัญหาในชีวิตประจำวัน รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน และมีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน โดยมีค่า adjusted OR(95%CI) เท่ากับ 7.50(3.23-17.40), 4.51(1.10-18.38), 4.25(1.45-12.49), 3.44(1.45-8.18), 2.87(1.28-6.43), 2.35(1.06-5.19) และ 2.08(1.01-4.31) ตามลำดับ

สรุป แพทย์ประจำบ้าน มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.5 ซึ่งส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงาน การรักษาผู้ป่วย มีผลต่อการตัดสินใจลาออก และอาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นถ้าสามารถค้นหาแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า แล้วให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว รวมถึงแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า น่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดตามมาได้

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลศิริราช

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(1): 41-50

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Prevalence and Associated Factors of Depression among Residents in Training at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Titawee Kaewporndawan M.D.*, Charnnarong Chaiudomsom M.D.*

ABSTRACT

Objectives : To study the prevalence and associated factors of depression among residents in training at faculty of medicine, Siriraj hospital.

Methods : A cross-sectional study that focused on all medical residents in training at faculty of medicine, Siriraj hospital, in 2013. General demographic data questionnaire and the Patient Health Questionnaire Thai-version (PHQ-9 Thai-version) were used to identify depression. The associations between factors and depression were analyzed by chi-square and logistic regression.

Results : A total of 302 medical residents completed the study, 21.5% had depression (PHQ-9 \geq 9). There were 7 factors had statistically significant associated with depression: having past history of depression, working problems, making a wrong decision to training, working time \geq 80 hours per week, impaired daily life functions, feeling of burnout and having problems with colleagues, with adjusted OR(95%CI) 7.50(3.23-17.40), 4.51(1.10-18.38), 4.25(1.45-12.49), 3.44(1.45-8.18), 2.87(1.28-6.43), 2.35(1.06-5.19), and 2.08(1.01-4.31) in order.

Conclusion : Medical residents in Siriraj hospital had a high rate of depression, 21.5%, which could affect the efficiency of work, patient treatment, resign from training and even had a serious consequence such as suicide. So if there is an early detection of depression in medical residents and give treatment immediately, accompany with modify the risk factors, then it could increase the work efficiency and prevent undesirable consequences.

Keywords : depression, medical residents, Siriraj hospital

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(1): 41-50

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะทางจิตเวชที่มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อ รู้สึกผิดหรือไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง สมรรถภาพลดลง โดยอาการอาจเป็นเรื้อรังหรือเป็นซ้ำ นำไปสู่ความบกพร่องในการดำรงชีวิต¹

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้ามากถึง 121 ล้านรายทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งยังเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของภาวะทุพพลภาพในประชากรโลกอีกด้วย² อีกทั้งอาการของโรคอาจเป็นมากจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มากถึง 850,000 รายต่อปี โดยปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียทางสุขภาพ (DALYs) ในประชากรช่วงอายุ 15-44 ปีทั่วโลก¹⁴ ในประเทศไทยจากผลการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิตเมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกโรคซึมเศร้าทั้งหมดในคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 3.4³

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านอยู่ระหว่างร้อยละ 2-35 พบมากโดยเฉพาะในแพทย์ประจำบ้าน¹⁵⁻¹⁸ ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไปวัยเดียวกันที่ร้อยละ 8-15¹⁹ ปัญหาทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในแพทย์จะมีแนวโน้มรุนแรงที่สุดในช่วงการศึกษาหลังปริญญา^{20,21} Valko และ Clayton ได้รายงานถึงอัตราของโรคซึมเศร้าในแพทย์อินเทอร์น ว่ามีสูงถึง ร้อยละ 30 และปัญหาทางอารมณ์นี้จะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้เห็นได้ชัดเจน²⁰ ในการศึกษาของ Smith พบว่ามีแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรกรรมในสหรัฐอเมริกาต้องลาออกจากการเรียนต่อเฉพาะทางกลางคันถึง ร้อยละ 10 จากปัญหาความกดดันทางอารมณ์ ในจำนวนนี้ยังประกอบด้วย ร้อยละ 5 ที่มีการฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในอัตรา ร้อยละ 2²²

ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้าน โดย เกษมา ประเสริฐศิริ และคณะ ทำการศึกษาในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติรีเวชศาสตร์ และนรีเวชวิทยา พบว่า 1 ใน 3 มีปัญหาสุขภาพจิต⁵ ส่วน Benjaponpitak ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตถึง ร้อยละ 42.5⁶ การศึกษาของ ณิชกุล จงสุขวารกุล ในแพทย์ประจำบ้านคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ชั้นปีที่ 1 หลังจากการฝึกอบรมผ่านไป 6 เดือน พบว่ามีภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 5.28 เป็นร้อยละ 14.93⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ความมั่นใจที่จะศึกษาต่อจบครบหลักสูตร ความรู้สึกที่ตนเองตัดสินใจผิดพลาดในการมาศึกษาต่อ เพศหญิง การนอนที่น้อยกว่า 6.45 ชั่วโมงต่อคืน เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว⁴ การใช้สารเสพติด¹⁰ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม มีปัญหา กับเพื่อนร่วมงาน อายุและประสบการณ์การทำงานที่น้อย ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ที่มาก¹¹ รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน (burnout)¹² ภาระงานที่มาก¹³ ภาวะซึมเศร้าของแพทย์ประจำบ้านยังส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วย^{23,24}

ผู้วิจัยมองเห็นปัญหาที่แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีความเครียดในการปฏิบัติงานมาก ในปีพ.ศ. 2549 มีแพทย์ประจำบ้านลาออก 15 ราย จากจำนวน 636 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.35⁸ จนถึงปัจจุบันสถิติการลาออกของแพทย์ประจำบ้านมีจำนวนเกือบร้อยละ 2 ต่อเนื่องมาทุกปี⁷ รวมถึงในปีการศึกษา 2555 ก็มีแพทย์ประจำบ้านที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

เนื่องจากโรคซึมเศร้าด้วย อีกทั้งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเก็บข้อมูลอย่างจริงจัง ยังไม่ทราบปัจจัยที่ชัดเจน และยังไม่มีความรู้แนวทางการช่วยเหลือแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษานี้เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้เข้าใจภาวะดังกล่าวมากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional descriptive study) โดย

ประชากรที่ทำการศึกษา

แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทุกภาควิชา ทุกชั้นปี จำนวน 784 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

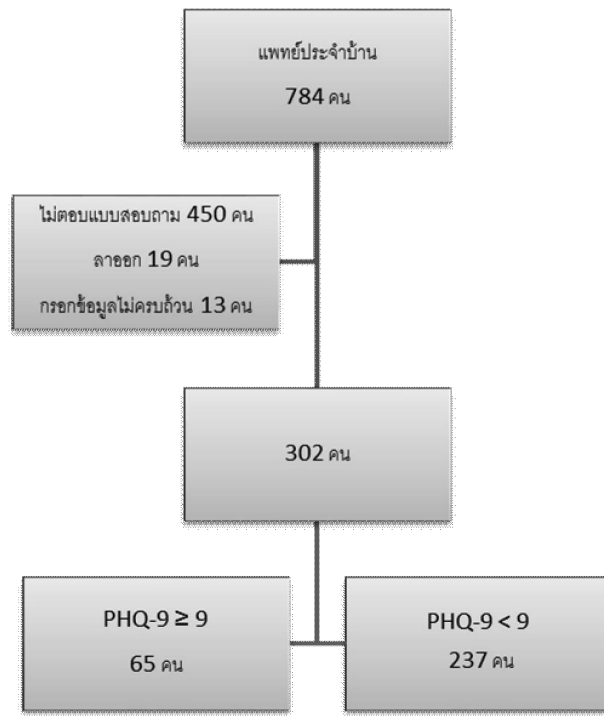
2. แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9 Thai version (PHQ-9) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ การที่ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามนี้ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ใช้กันแพร่หลายและมีงานวิจัยรองรับโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาไว้ ผลคือ ถ้าตัดค่า cut-off score ≥ 9 จะพบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value-PPV) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive

value-NPV) ร้อยละ 99 positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (SD = 0.05, 95% CI 0.85 to 0.92)

ขั้นตอนการศึกษา

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Siriraj institutional review board: SIRB) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูล ในช่วงเดือน กันยายน 2556 โดยการส่งแบบสอบถามให้แพทย์ประจำบ้านทุกคนผ่านทางภาควิชาของแต่ละสาขา ซึ่งมีหนังสือขอความร่วมมือจากฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาแนบไปด้วย แบบสอบถามแต่ละชุดใส่ซองปิดผนึก มีชื่อที่หน้าซองและรายละเอียดที่เกี่ยวกับงานวิจัย (Inform sheet) แนบไปด้วย โดยแบบสอบถามแต่ละชุดจะมีรหัสไม่ซ้ำกัน แพทย์ประจำบ้านที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยให้กรอกแบบสอบถามแล้วส่งคืนภาควิชาโดยเอาใบปะชื่อออก จากนั้นให้แต่ละภาควิชาส่งแบบสอบถามคืนมาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบว่ารหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด มาจากแพทย์ประจำบ้านท่านใด

จากแบบสอบถามจำนวน 784 ชุด พบว่ามีแพทย์ประจำบ้านตอบกลับมาทั้งหมด 315 ชุด มี 302 ชุด ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน ข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 9) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 < 9) แล้วมาเปรียบเทียบกันทางสถิติ



แผนภูมิแสดงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลต่อเนื้อที่มีการแจกแจงแบบปกติหรือนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด กรณีข้อมูลต่อเนื้อที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ
2. ใช้สถิติ chi-square test สำหรับปัจจัยข้อมูลที่เป็นตัวแปรจัดกลุ่ม และ t-test สำหรับปัจจัยข้อมูลที่เป็นตัวแปรค่าต่อเนื่อง ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะนำมาคำนวณค่าความสัมพันธ์เป็น odds ratio และ 95% confidence interval โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ multiple logistic regression

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรม SPSS Version 18

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านจำนวน 302 รายที่เข้าร่วมในการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 38.52 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.7 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานก่อนมาเรียนแพทย์ประจำบ้าน 3 ปีร้อยละ 33.3

มีผู้ติดสารเสพติดร้อยละ 3 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนร้อยละ 3.6 มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวร้อยละ 8.3 ส่วนข้อมูลอื่นๆ แสดงในตารางที่ 1

ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแพทย์ประจำบ้านทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ข้อมูล	กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥9) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 <9) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n)
เพศ			
ชาย	28 (24.6)	86 (75.4)	114
หญิง	37 (19.7)	151 (80.3)	188
อายุเฉลี่ย (mean±sd)	28.34±1.73 ปี	28.16±1.87 ปี	28.20±1.83 ปี
จำนวนปีที่ทำงาน (mean±sd)	3.99±1.42 ปี	3.92±1.67 ปี	3.94±1.62 ปี
เวลานอนเฉลี่ยต่อคืน (mean±sd)	5.42±0.91 ชั่วโมง	5.85±0.87 ชั่วโมง	5.76±0.90 ชั่วโมง
เวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (mean±sd)	79.02±19.52 ชั่วโมง	70.51±17.96 ชั่วโมง	72.34±18.60 ชั่วโมง
ชั้นปีที่			
1	21 (20.6)	81 (79.4)	102
2	20 (23.5)	65 (76.5)	85
3	21 (23.3)	69 (76.7)	90
4	3 (13)	20 (87)	23
5	0 (0)	2 (100)	2
ภูมิลำเนา			
กรุงเทพ	30 (18.1)	136 (81.9)	166
ต่างจังหวัด	35 (25.7)	101 (74.3)	136
สถานภาพ			
โสด	56 (21.7)	202 (78.3)	258
สมรส	9 (20.5)	35 (79.5)	44
บุตร			
ไม่มี	62 (21.3)	229 (78.7)	291
มี	3 (27.3)	8 (72.7)	11
สถาบันที่จบแพทยศาสตร์			
ศิริราช	32 (18)	146 (82)	178
สถาบันอื่น	33 (26.6)	91 (83.4)	124
โรคประจำตัว			
ไม่มี	46 (20.6)	177 (79.4)	223
มี	19 (24.1)	60 (75.9)	79
รายได้ต่อเดือน			
≤30,000 บาท	56 (21.6)	203 (78.4)	259
>30,000 บาท	9 (20.9)	34 (79.1)	43

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

พบว่า มีแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 \geq 9) 65 ราย จากทั้งหมด 302 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.5 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (PHQ-9: 9-14) ร้อยละ 18.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (PHQ-9: 15-19) ร้อยละ 2.6 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (PHQ-9 \geq 20) ร้อยละ 0.7 เป็นเพศชาย 28 ราย ร้อยละ 24.6 เป็นเพศหญิง 37 ราย ร้อยละ 19.7 มีแพทย์ประจำบ้านที่ตอบว่า มีความคิดอยากตาย 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 มี 1 ราย ที่ตอบว่า มีความคิดอยากตายทุกวัน ภาควิชาที่มีแพทย์ประจำบ้านมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 53.8 ภาควิชา ศัลยศาสตร์ ร้อยละ 35.9 และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 33.3 ส่วนภาควิชาที่แพทย์ประจำบ้าน ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย คือ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อนำมาวิเคราะห์แบบ

ตัวแปรเดียว (univariate analysis) มีทั้งหมด 16 ปัจจัย ได้แก่ ความไม่มั่นใจว่าจะสอบบอร์ดผ่าน การตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน รู้สึกว่ามีภาระงานมากเกินไป มีปัญหาในชีวิตประจำวัน เวลาทำงาน \geq 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เวลานอน \leq 5 ชั่วโมงต่อคืน มีปัญหาการเงิน มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน มีปัญหาครอบครัว มีปัญหาการทำงาน มีปัญหาอื่น (ไม่ระบุ) รวมถึงการมีจำนวนปัญหาที่มากขึ้น

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดข้างต้นมาวิเคราะห์ ความถดถอยสหสัมพันธ์ลอจิสติก (multiple logistic regression) พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหลืออยู่ 7 ปัจจัย คือ เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน มีปัญหาการทำงาน ตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน เวลาทำงาน \geq 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีปัญหาในชีวิตประจำวัน รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน และ มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านโดยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (multiple logistic regression)

ปัจจัย	Adjusted odds ratio (OR)	p-value	95% CI of OR
1. เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน	7.50	< 0.001	3.23-17.40
2. มีปัญหาการทำงาน	4.51	0.036	1.10-18.38
3. ตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน	4.25	0.009	1.45-12.49
4. เวลาทำงาน \geq 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ^b	3.44	0.005	1.45-8.18
5. มีปัญหาในชีวิตประจำวัน	2.87	0.011	1.28-6.43
6. รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน	2.35	0.035	1.06-5.19
7. มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน	2.08	0.048	1.01-4.31

^b เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทำงาน \leq 60 ชั่วโมง

*ตารางและแผนภูมิทั้งหมด สร้างจากโปรแกรมของ microsoft word ในส่วนแทรก→

วิจารณ์

พบว่าแพทย์ประจำบ้านคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร้อยละ 21.5 มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Goebert และคณะ ในนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจำนวน 1,883 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.2⁴ การศึกษาของ Fahrenkopf และคณะ ในแพทย์ประจำบ้านภาคศึกษากุมารเวชศาสตร์จำนวน 123 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20²⁴ และ การศึกษาของ Lebensohn และคณะ ในแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 168 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23²⁵ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีจำนวนร้อยละใกล้เคียงกับหลายๆ การศึกษาในต่างประเทศ ถึงแม้ว่าจะกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันก็ตาม ซึ่งเมื่อเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไป ไปวัยเดียวกันที่ร้อยละ 8-15¹⁹ แสดงให้เห็นว่าแพทย์ประจำบ้านมีความชุกภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไป สาเหตุน่าจะเกิดจากลักษณะการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

เมื่อพิจารณาข้อมูลแยกตามภาควิชาต่างๆ พบว่าภาควิชาที่แพทย์ประจำบ้านมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 53.8 ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร้อยละ 35.9 และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 33.3 ซึ่งมีค่าที่สูงใกล้เคียงกับการศึกษาของ Becker และคณะ ในแพทย์ประจำบ้านสูตินรีเวช จำนวน 125 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.2²⁶ ส่วนภาควิชาที่แพทย์ประจำบ้านไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย คือ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในแต่ละภาควิชานี้ น่าจะเกิดจากระบบการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน รวมถึงจำนวนแพทย์ประจำบ้านและภาระงานก็แตกต่างกันด้วย แพทย์ประจำบ้านในสาขาวิชาหลัก เช่น ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ก็มักจะมี

ภาระงานมากกว่าแพทย์ประจำบ้านในสาขาวิชาของส่วนในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ น่าจะมีปัจจัยที่แตกต่างไปจากภาควิชาอื่นๆ เช่น มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างดี ภูมิวิธีที่จะจัดการความเครียด และมีระบบการดูแลแพทย์ประจำบ้านอย่างใกล้ชิดโดยมีการพบปะพูดคุยกับอาจารย์ทุกสัปดาห์ เป็นต้น

ผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์ลอจิสติก (multiple logistic regression) พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ 7 ปัจจัย คือ 1.เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน 2.มีปัญหาการทำงาน 3.ตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน 4.เวลาทำงาน ≥ 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 5.มีปัญหาในชีวิตประจำวัน 6.รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน และ 7.มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งผลที่ได้ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ มีปัญหาการทำงานและตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjaponpitak⁶ เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goebert และคณะ⁴ มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานและเวลาทำงาน ≥ 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lerthattasilp¹¹ รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ IsHak และคณะ¹² ส่วนมีปัญหาในชีวิตประจำวันก็พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยถามในแบบสอบถามทั่วไปเพิ่มเติม ไม่มีในการศึกษาที่ผ่านมา

ปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ผลที่ได้กลับไม่มีความสัมพันธ์กันเหมือนการศึกษานี้ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ความไม่แน่ใจว่าจะสอบบอร์ดผ่านตามหลักสูตร⁶ เพศหญิง การนอนที่น้อยกว่า 6.45 ชั่วโมงต่อคืน มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว⁴ การใช้สารเสพติด¹⁰ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงานโดยรวม ประสิทธิภาพการทำงานที่น้อย¹¹ และ ภาระงานที่มาก¹³ เป็นผลมาจากความแตกต่างของแต่ละการศึกษา เช่น

ประชากรที่ศึกษาคนละกลุ่มกัน แบบประเมินที่ใช้วัดไม่เหมือนกัน วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลการศึกษาดูออกมาแตกต่างกันได้

ข้อจำกัด

1. การศึกษาเก็บข้อมูลเฉพาะในแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเท่านั้น ทำให้ผลที่ได้อาจนำไปใช้กับแพทย์ประจำบ้านสถาบันอื่นๆ ไม่ได้ทั้งหมด
2. มีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 38.52 ทำให้ผลการศึกษาไม่ได้สะท้อนภาพรวมของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด บางภาคีวิชาที่ตอบแบบสอบถามกลับมาน้อยมากเพียงร้อยละ 9.33 ทำให้แปรผลการศึกษาไม่ได้ชัดเจน
3. เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้วัดเป็นแบบสอบถามที่เขียนตอบด้วยตัวเองทั้งหมด ทำให้ข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้ตามความรู้สึกของผู้ตอบซึ่งอาจจะไม่ตรงตามความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษานี้ นอกจากจะทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีจำนวนมากและทำให้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแล้วในอนาคตก็ควรจะมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับวิธีการจัดการ และป้องกันภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมชัดเจนต่อไป

สรุป

แพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.5 ซึ่งส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การรักษาคนไข้ มีผลต่อการตัดสินใจลาออก และอาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นถ้าสามารถค้นหาแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า แล้วให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว รวมถึงแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า น่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดตามมาได้

เอกสารอ้างอิง

1. Depression [internet]. 2013 [cited 2013 November 18]. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/en/>.
2. Depression [internet]. 2013 [cited 2013 November 18]. Available from: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/main_message/en.
3. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008 [online]. 2011 [cited 2013 November 18]; 24. Available from: URL:http://164.115.5.58/seminar/file/20110707/oral_presentation6/o6_04.pdf
4. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Acad Med* 2009; 84:236-41.
5. Prasertsiri K, Suntharasaj T, Pitanupong J. Mental Health of Residents during Obstetric and Gynecology training in thailand. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:269-73.
6. Benjaponpitak A. Mental Health Problems in Residents at Ramathibodi Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41:87-98.
7. Postgraduate Education Division [internet]. 2012 [cite 2013 November 18]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/Th/annual-report2012/files/149.pdf>.
8. Jongsukvarakul N. Mental health of first-year residents in training at faculty of medicine, Siriraj hospital. [A thesis for Diploma of the Thai Medical Board of Psychiatry]. Faculty of Medicine Siriraj Hospital: Mahidol University; 2008.

9. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8:46.
10. Maddux JF, Hope SK, Costello RM. Psychoactive substance use among medical students. *Am J Psychiatry* 1986; 143:187-91.
11. Lerthattasilp T. Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56:437-48.
12. Ishak w, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education* 2009; 1:236-42.
13. Noosorn N, Wongwat R. Predictors of burnout among community health personnel of primary care units in the Northern region of Thailand. *Journal of Neuroscience and Behavioural Health* 2010; 2:18-22.
14. World Health Organization. Investing in Mental Health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization; 2003.
15. Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, Fawcett J. Predictors of depression during the first 6 months of internship. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1095-8.
16. Schneider SE, Phillips WM. Depression and anxiety in medical, surgical and pediatric interns. *Psychol Rep* 1993; 72:1145-6.
17. Katz ED, Sharp L, Ferguson E. Depression among emergency medicine residents over an academic year. *Acad Emerg Med* 2006; 13:284-7.
18. Hainer BL, Palesch Y. Symptoms of depression in residents: A South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med* 1998; 73:1305-10.
19. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-27.
20. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Disease of the nervous system* 1975; 36:26-9.
21. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. *Arch Inter Med* 1985; 145:286-8.
22. Smith JW, Denny WF, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff: Result of a national survey 1986; 225:1155-8.
23. Kang E, Lihm H, Kong E. Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors. *Korean J Fam Med* 2013; 34:36-42.
24. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336:488.
25. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, et al. Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and Burnout. *Fam Med* 2013; 45:541-9.
26. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gyn* 2006; 195:1444-9.