

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิทวัส สุรวัฒนสกุล, ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์ และ พรชัย สิทธิศรีณกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีการ ศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ จุดใดจุดหนึ่ง ด้วยแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ชนิดตอบด้วยตนเอง นำเสนอความชุกของการทำงานขณะป่วยเป็นร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตถูกนำเสนอในรูปแบบ Crude และ Adjusted odds ratios (ORs)

ผลการศึกษา แพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถาม 250 คนคิดเป็นร้อยละ 47.7 ความชุกของการทำงานขณะป่วยในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านเป็นร้อยละ 58.6 (95% CI = 52.2, 64.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย ได้แก่ ชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 3.48 เท่า (95% CI = 1.72, 7.05) เมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และปัจจัยการมีสมดุการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 0.30 เท่า (95% CI = 0.17, 0.54) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีสมดุการทำงานและใช้ชีวิต

สรุป ความชุกของการทำงานขณะป่วยในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านพบได้บ่อย ดังนั้นการส่งเสริมให้มีสมดุการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี น่าจะช่วยลดการทำงานขณะป่วยได้ กลุ่มที่ควรให้ความสนใจในการแก้ปัญหานี้หรือศึกษาปัญหานี้เพิ่มเติม คือ กลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 **เชิงใหม่เวชสาร 2563;59(2):81-97.**

คำสำคัญ: ความชุก การทำงานขณะป่วย แพทย์ประจำบ้าน

บทนำ

การทำงานขณะป่วย (presenteeism หรือ sickness present) เพิ่งได้รับความสนใจในช่วงไม่นานมานี้ โดยก่อนหน้านี้ในกลุ่มอุตสาหกรรมรู้จักคำว่า sickness absence หรือ absenteeism หมายถึงการลางานไป ทั้งที่ไม่ได้ป่วย จึงมีการศึกษาของกลุ่มนายจ้างว่าพบว่า ลูกจ้างที่ป่วยแต่ยังมา

ทำงานเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าลูกจ้างที่ขาดงาน เนื่องจากไม่มีผู้ทำงานแทนเหมือนลูกจ้างที่ขาดงาน จึงทำให้ผลผลิตรวมลดลง (1) ในช่วงหลังจึงมีผู้ให้ความสนใจและศึกษาเรื่องการทำงานขณะป่วยมากขึ้น ในระยะแรกมีการพูดถึงในกลุ่มธุรกิจและทางสังคมศาสตร์ (2,3) มีการศึกษาผลกระทบที่เกิด

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: วิทวัส สุรวัฒนสกุล, พบ., ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330 ประเทศไทย

อีเมล: huithsms@gmail.com

วันรับเรื่อง 9 มีนาคม 2563, วันส่งแก้ไข 30 มีนาคม 2563, วันยอมรับการตีพิมพ์ 7 เมษายน 2563



ขึ้น ทั้งทางเศรษฐกิจและทางด้านสุขภาพ โดยผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น เช่น ทำให้ผลผลิตจากงานที่เคยทำได้น้อยลงจากเดิม คุณภาพงานต่ำลง (1,3,4) สูญเสียกำลังใจในการทำงานเนื่องจากเสียความมั่นใจในตนเองเมื่อมีการทำงานผิดพลาด (4-6) ระยะต่อมาจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดกับตัวลูกจ้าง (1,7) โดยการทำงานขณะป่วยมีโอกาสทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย หหมดไฟในการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถนำไปสู่การลาออกจากงาน (8,9)

การทำงานขณะป่วยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพตามที่กล่าวไปข้างต้น ควรต้องระมัดระวังในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งมีโอกาสทำงานสัมผัสกับโรคที่สามารถติดต่อผ่านทาง การหายใจ สารคัดหลั่งหรือเลือด ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ป่วยได้ และผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (10) อีกทั้งยังส่งผลให้ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยลดลง มีโอกาสเกิดการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างแพทย์ประจำบ้านและผู้ป่วย (2,11)

โดยเฉพาะในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน มีภารกิจในการดูแลรักษาผู้ป่วย รับปรึกษาปัญหาจากต่างสาขา สอนนิสิตนักศึกษาแพทย์ ออกตรวจผู้ป่วยนอก บางสาขาต้องเข้าห้องผ่าตัด อยู่เวรนอกเวลาราชการ เป็นการทำงานที่เสี่ยงต่อสุขภาพหลายด้าน การทำงานขณะป่วยของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย แต่ไม่เคยมีการศึกษาถึงการมาทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนในประเทศไทย ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงขนาดปัญหาที่มีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการหามาตรการป้องกัน รับมือ หรือจัดการกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนต่อไป

วิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (study populations) คือ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2562 ทุกชั้นปี ทุกสาขาวิชา ยกเว้นแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 1 เนื่องจากเป็นการเพิ่มพูนทักษะมีลักษณะการทำงานคือหมุนเวียนการปฏิบัติงานไปตามส่วนงานหรือภาควิชาต่าง ๆ ซึ่งลักษณะงานดังกล่าวไม่คล้ายกับแพทย์ประจำบ้านที่ศึกษา

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ตอบเอง (Self-administered On-line Questionnaire) โดยแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบได้ แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทำงานขณะป่วย ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านเกี่ยวข้องกับงาน ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย

การประเมินความชุกของการทำงานขณะป่วย

ความชุกของการทำงานขณะป่วยคิดจากผู้ที่ตอบคำถาม “ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาคุณ

เคยมาทำงานทั้ง ๆ ที่มีอาการป่วยหรือไม่ โดยคุณประเมินอาการดังกล่าวแล้วควรจะหยุดงาน อาการเหล่านั้น เช่น ไอ น้ำมูก คัดจมูก มีไข้ เจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย” หากตอบว่าไม่เคยจะนับเป็นผู้ที่ไม่เคยทำงานขณะป่วย หากตอบว่าเคยไม่ว่ากี่ครั้งก็ตามจะนับเป็นผู้ที่เคยมาทำงานขณะป่วย และหากมีการทำงานขณะป่วยเกิดขึ้น จะสอบถามถึงเหตุผลและปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้มีการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านบุคคล

สอบถามเพศ อายุ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง สถานภาพสมรส และหากมีบุตรจะสอบถามจำนวนบุตร

ปัจจัยด้านเกี่ยวข้องกับงาน

สอบถามสาขาวิชาที่ฝึกอบรม ชั้นปีของแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุน สอบถามความพึงพอใจในงานด้วยคำถาม “คุณมีความพึงพอใจในงานของคุณอยู่ในระดับใด” (0 หมายถึงไม่พึงพอใจอย่างมาก 10 หมายถึงพึงพอใจอย่างมาก) สอบถามการขาดงาน ด้วยคำถาม “ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณหยุดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพกี่วัน” หากตอบว่าหยุดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพตั้งแต่ 1 วัน ขึ้นไป จะนับว่าเป็นผู้ที่หยุดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ ภาวะหมดไฟในการทำงาน สอบถามด้วยคำถาม “ภาวะหมดไฟในการทำงานของคุณอยู่ที่ระดับใด (0 หมายถึงไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน 10 หมายถึงหมดไฟในการทำงานอย่างมาก) งานที่ส่งผลต่อการนอนหลับ สอบถามด้วยคำถาม “คุณนอนไม่หลับเนื่องจากคิดเกี่ยวกับเรื่องงาน จำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ (0 หมายถึงไม่เคย 7 หมายถึงทุกวัน) ” จะนับว่ามีปัญหาการนอนเมื่อ ตอบว่า นอนไม่หลับเนื่องจากคิดเกี่ยวกับ

เรื่องงานตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ สอบถามด้วยคำถาม “คุณมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เท่ากับกี่ชั่วโมง (รวมการอยู่เวรนอกเวลาราชการ)”

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

สอบถามโรคประจำตัว สอบถามการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยคำถาม “ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนกี่ดื่มมาตรฐาน (standard drink)” การออกกำลังกาย สอบถามด้วยคำถาม “ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณออกกำลังกาย จำนวนกี่วัน” สอบถามปัญหาสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป จะนับเป็นผู้ที่น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต (12) สอบถามความสามารถในการทำงานปัจจุบันด้วยคำถาม “คุณให้คะแนนความสามารถการทำงานในปัจจุบันเท่าใด เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถที่ดีที่สุดของคุณ (0 หมายถึงแย่มากที่สุด 10 หมายถึงดีที่สุดใน)” สอบถามความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้กำลังแรงกาย ด้วยคำถาม “คุณให้คะแนนระดับความสามารถปัจจุบันในการทำงานที่ต้องใช้กำลังแรงกายอยู่ที่ระดับใด (0 หมายถึงแย่มากที่สุด 5 หมายถึงดีที่สุดใน)” ความสามารถในการทำงานที่ใช้กำลังความคิด สอบถามด้วยคำถาม “คุณให้คะแนนระดับความสามารถปัจจุบันในการทำงานที่ต้องใช้ความคิดอยู่ที่ระดับใด (0 หมายถึงแย่มากที่สุด 5 หมายถึงดีที่สุดใน)” และสอบถามสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิต ด้วยคำถาม “คุณคิดว่าตัวเองมีสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีหรือไม่ มีตัวเลือกคือ ไม่มีสมดุลอย่างมาก ไม่มีสมดุล มีสมดุลบ้าง มีสมดุลอย่างยิ่ง” โดยจะนับเป็นผู้ที่มีสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี คือผู้ที่ตอบว่า มีสมดุลบ้างและมีสมดุลอย่างยิ่ง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำ quick response (QR code) และตัวชี้แหล่งในอินเทอร์เน็ต (URL) ของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านแยกตามแต่ละภาควิชา ภาควิชาละ 1 URL ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมาย ทางไลน์ และติดต่อหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านแต่ละภาควิชาเพื่อขอไปชี้แจงและขอความร่วมมือด้วยตนเอง ผ่านทางการประชุมต่าง ๆ ของภาควิชาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และกดตกลงยินยอมที่จะให้ข้อมูลหลังจากอ่านคำชี้แจง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ หลังจากครบระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.)

การวิเคราะห์ข้อมูล

คำนวณหาความชุกของการทำงานขณะป่วย และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ใช้สูตรคำนวณ prevalence = $(X/Y) \times 100$ เมื่อ X คือ จำนวนผู้ที่มีการทำงานขณะป่วย Y คือ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด หากเป็นข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวข้องกับงานและข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นำเสนอโดยความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ใช้ Fisher's Exact Test และ Unpaired t-test ในการทดสอบทางสถิติ หาค่าอัตราส่วนต่ออย่างหยาบ (crude odds ratio) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval) คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่อัตราส่วนต่ออย่างหยาบ ที่มีนัยสำคัญ ($p \leq 0.25$) (13) นำมาวิเคราะห์แบบตัดตัวแปรถอยหลัง Backward stepwise ด้วย multiple logistic regression ได้อัตราส่วนต่อที่ปรับค่า (adjusted odds ratio)

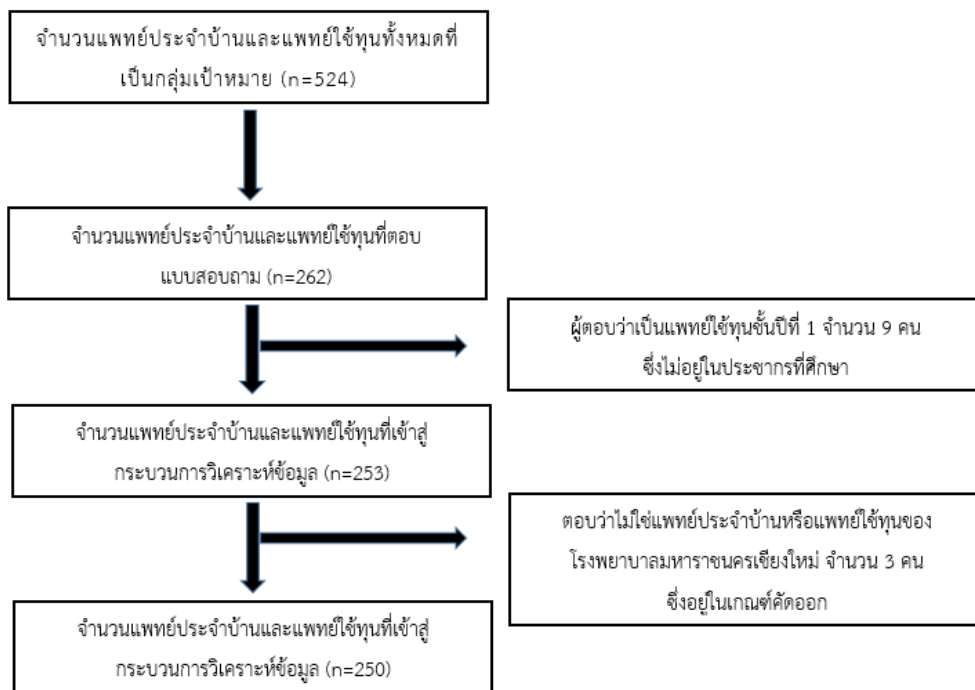
ผลการศึกษา

อัตราการตอบแบบสอบถาม

ในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 262 คน มีผู้ตอบว่าเป็นแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 1 จำนวน 9 คน ซึ่งไม่อยู่ในประชากรที่ศึกษา และตอบว่าไม่ใช่แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 คน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คัดออก จึงนำข้อมูลทั้ง 12 คนออกจากการวิเคราะห์เหลือรวม 250 ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 47.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หากแบ่งตามภาควิชาพบว่าภาควิชาที่ตอบกลับเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดคือนิติเวชศาสตร์จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 รองมาคือเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 หากแบ่งตามชั้นปีที่ตอบกลับพบว่าชั้นปีที่ตอบกลับเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดคือชั้นปีที่ 3 จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 ลำดับถัดมาคือชั้นปีที่ 1 จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ กับการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยด้านบุคคล จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.8 มีค่าเฉลี่ย



รูปที่ 1. จำนวนแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่เข้าสู่การวิจัย

อายุอยู่ที่ 27.94 ปี ค่าเฉลี่ยน้ำหนักอยู่ที่ 62.67 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยส่วนสูงอยู่ที่ 166.38 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 18.55-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 49.6 โดยส่วนใหญ่ โสดคิดเป็นร้อยละ 91.2 และส่วนใหญ่ของผู้ที่สมรสแล้วไม่มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 68.2

ปัจจัยด้านเกี่ยวข้องกับงาน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์ประจำบ้านคิดเป็นร้อยละ 58 และแพทย์ใช้ทุนคิดเป็นร้อยละ 42 ในส่วนของชั้นปีแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 36.6 แพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่คือชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่อยู่ภาควิชาอายุรศาสตร์คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ ศัลยศาสตร์คิดเป็นร้อยละ 14.1 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานอยู่ที่ 7.02 คะแนน ส่วนใหญ่ไม่หยุดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 85.2 ค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ที่ 4.26

คะแนน ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ เนื่องจากคิดเกี่ยวกับเรื่องงานคิดเป็นร้อยละ 55.2 ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานเท่ากับ 70.52 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 84.4 แต่มีจำนวน 39 คนที่มีโรคประจำตัว แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นระบบทางเดินหายใจร้อยละ 68 ประกอบด้วย โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 51.3 และโรคหืด ร้อยละ 16.7 นอกจากนั้นเช่น ภาวะซึมเศร้า และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 5.6 ในสัดส่วนที่เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 46.4 ค่าเฉลี่ยความ

สามารถในการทำงานปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถที่ดีที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.80 คะแนน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานปัจจุบันที่ต้องใช้กำลังแรงกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 คะแนน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานปัจจุบันที่ต้องใช้ความคิดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 คะแนน

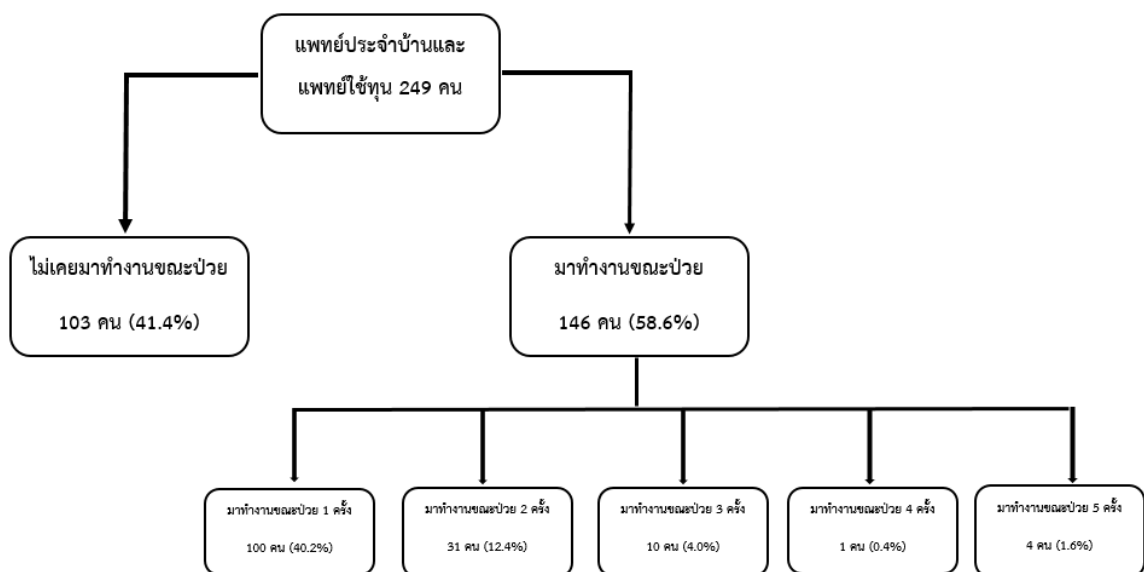
ความชุกของการทำงานขณะป่วย

จากผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องการงานขณะป่วยจำนวน 249 คน พบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนมาทำงานขณะป่วย 146 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 (95% CI = 52.2, 64.7) ส่วนมากมาทำงานขณะป่วย 1 ครั้ง เป็นจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2 ดังแสดงในรูปที่ 2 ปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนต้องมาทำงานขณะป่วย ส่วนใหญ่เป็นระบบทางเดินหายใจร้อยละ 63.9 ประกอบด้วย ไข้หวัด ร้อยละ 47.3 ปัญหาสุขภาพลำดับถัดมาคือระบบทางเดินอาหารร้อยละ 26 ประกอบด้วย ท้องเสีย ร้อยละ 20.5 โดยเหตุผลของการมาทำงานขณะป่วย คือ

ส่วนใหญ่เกิดจาก อาการที่เป็นยังไม่รุนแรง พอจะทำงานได้ และไม่ยากให้เพื่อนร่วมงานผิตหวัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการทำงานขณะป่วย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไปกับการทำงานขณะป่วยพบว่า เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุ ดัชนีมวลกายไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของชั้นปี แพทย์ประจำบ้านมีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 3.32 เท่า (95% CI = 1.69, 6.54) เมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 กลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 1.75 เท่า (95% CI = 0.95, 3.22) เมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 กลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 และ 5 มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 3.71 เท่า (95% CI = 0.94, 14.67)



รูปที่ 2. จำนวนและร้อยละของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่มีการทำงานขณะป่วย

เมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 แต่อย่างไรก็ตามในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 4 และ 5 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่าส่วนภาควิชา การหยุดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ การนอนไม่หลับเนื่องจากคิดถึงเรื่องงาน ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงาน ค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับการทำงานขณะป่วยพบว่า สมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในส่วนของกลุ่มที่มีสมดุลการทำงานและใช้ชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับ

การทำงานขณะป่วย 0.30 เท่า (95% CI = 0.17, 0.53) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีสมดุลการทำงานและใช้ชีวิตที่ดี ส่วนการมีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพจิต การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานปัจจุบัน ค่าเฉลี่ยความสามารถปัจจุบันที่ใช้กำลังร่างกาย ค่าเฉลี่ยความสามารถปัจจุบันที่ใช้กำลังความคิด ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน ตารางที่ 3

พิจารณาการเกิดความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรบางตัว (multicollinearity) จากความหมายและโอกาสในการเกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรที่มี p -value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ได้แก่ปัจจัย ค่าเฉลี่ยอายุ ดัชนีมวลกาย ชั้นปีแพทย์ประจำบ้าน ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงาน ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 1. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและข้อมูลทั่วไปกับการทำงานขณะป่วย (n=249)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มีการทำงานขณะป่วย คน (ร้อยละ)	มีการทำงานขณะป่วย คน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
เพศ				
ชาย	123 (49.2)	47 (38.2)	76 (61.8)	1.00
หญิง	127 (50.8)	56 (44.4)	70 (55.6)	0.77 (0.47, 1.28)
สถานภาพสมรส				
โสด	288 (91.2)	95 (41.9)	132 (58.1)	1.00
อื่น ๆ	22 (8.8)	8 (36.4)	14 (63.6)	1.26 (0.51, 3.12)
จำนวนบุตร (n=22)				
ไม่มีบุตร	15 (68.2)	6 (40.0)	9 (60.0)	1.00
มีบุตร 1 คน	7 (31.8)	2 (28.6)	5 (71.4)	1.67 (0.24, 11.58)
ดัชนีมวลกาย				
น้ำหนักน้อย	29 (11.6)	15 (51.7)	14 (48.3)	0.74 (0.33, 1.67)
น้ำหนักปกติ	124 (49.6)	55 (44.4)	69 (55.6)	1.00
น้ำหนักเกิน	50 (20.0)	20 (40.8)	29 (59.2)	1.16 (0.59, 2.26)
อ้วนระดับ 1	38 (15.2)	9 (23.7)	29 (76.3)	2.57 (1.12, 5.88)
อ้วนระดับ 2	9 (3.6)	4 (44.4)	5 (55.6)	1.00 (0.26, 3.89)
ค่าเฉลี่ยอายุ $\pm$ SD (ปี)	27.94 $\pm$ 2.33	27.73 $\pm$ 2.03	28.09 $\pm$ 2.52	1.07 (0.96, 1.20)

OR; odds ratio, 95% CI; 95% confidence interval, * มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจจัยด้านเกี่ยวกับการทำงานขณะป่วย (n=249)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มีการทำงานขณะป่วย คน (ร้อยละ)	มีการทำงานขณะป่วยคน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
แพทย์ประจำบ้าน				
ชั้นปี 1	85 (52.8)	47 (55.3)	38 (44.7)	1.00
ชั้นปี 2	71 (43.8)	19 (27.1)	51 (72.9)	3.32 (1.69, 6.54)*
ชั้นปี 3	82 (53.9)	34 (41.4)	48 (58.5)	1.75 (0.95, 3.22)
ชั้นปี 4, 5	12 (40.5)	3 (25.0)	9 (75.0)	3.71 (0.94, 14.67)
ภาควิชา				
กลุ่มภาควิชาที่ไม่ใช่ Major wards	128 (51.6)	57 (44.5)	71 (55.5)	1.00
กลุ่มภาควิชา Major wards #	120 (48.4)	45 (37.5)	75 (62.5)	1.34 (0.81, 2.22)
ขาดงานเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ (คน)				
ไม่หยุด	212 (85.1)	90 (42.5)	122 (57.5)	1.00
หยุด	47 (18.9)	13 (35.1)	24 (64.9)	1.36 (0.66, 2.82)
นอนไม่หลับเนื่องจากคิดเกี่ยวกับเรื่องงาน (คน)				
ไม่มีปัญหา	138 (55.4)	59 (42.8)	79 (57.2)	1.00
มีปัญหา	111 (44.6)	44 (39.6)	67 (60.4)	1.14 (0.68, 1.89)
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงาน				
(คะแนน) ± SD	7.02±1.87	7.27±1.74	6.85±1.95	0.88 (0.76, 1.02)
ค่าเฉลี่ยภาระหมดไฟในการทำงาน				
(คะแนน) ± SD	4.26±2.66	3.97±2.62	4.49±2.66	1.08 (0.98, 1.19)
ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์				
± SD (ชม.)	70.52±19.86	64.95 ± 24.52	68.51±22.49	1.01 (1.00, 1.02)

OR; odds ratio, 95% CI; 95% confidence interval, * มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$,
ประกอบด้วยภาควิชาภาควิชากุมารเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ออร์โทปิดิกส์ และภาควิชาสูติศาสตร์ ฯ

ตารางที่ 3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับการทำงานขณะป่วย (n=249)

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต	จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มีการทำงานขณะป่วย คน (ร้อยละ)	มีการทำงานขณะป่วยคน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
สมรรถการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี				
ไม่สมดุลอย่างมาก /ไม่มีสมดุล	97 (39.0)	24 (24.7)	73 (75.3)	1.00
มีสมดุลบ้าง /มีสมดุลอย่างยิ่ง	152 (61.0)	79 (52.0)	73 (48.0)	0.30 (0.17, 0.53) *
โรคประจำตัว				
ไม่มี	210 (84.3)	86 (41.0)	124 (59.0)	1.00
มี	39 (15.7)	17 (43.6)	22 (56.4)	0.90 (0.45, 1.79)
ปัญหาสุขภาพจิต				
ปกติ	127 (51.0)	59 (46.5)	68 (53.5)	1.00
น่าจะผิดปกติ	122 (49.0)	44 (36.1)	78 (63.9)	1.54 (0.93, 2.56)
จำนวนทีมแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/สัปดาห์)				
ไม่ดื่ม	185 (74.3)	80 (43.2)	105 (56.8)	1.00
1-7 ดื่ม	60 (24.1)	22 (36.7)	38 (63.3)	1.32 (0.72, 2.40)
8-14 ดื่ม	4 (1.6)	1 (25.0)	3 (75.0)	2.27 (0.23, 22.39)
ออกกําลังกาย (วัน/สัปดาห์)				
ไม่ออก	115 (46.2)	46 (40.0)	69 (60.0)	1.00
1-3 วัน/สัปดาห์	112 (45.0)	48 (42.9)	64 (57.1)	0.89 (0.52, 1.51)
4-7 วัน/สัปดาห์	22 (8.8)	9 (40.9)	13 (59.1)	0.96 (0.38, 2.44)
ค่าเฉลี่ยความสามารถทำงานปัจจุบัน $\pm$ SD	6.80 $\pm$ 1.55	6.96 $\pm$ 1.50	6.71 $\pm$ 1.57	0.90 (0.76, 1.06)
ค่าเฉลี่ยความสามารถปัจจุบันที่ใช้กําลังร่างกาย $\pm$ SD	3.41 $\pm$ 0.96	3.41 $\pm$ 0.96	3.41 $\pm$ 0.97	1.01 (0.77, 1.30)
ค่าเฉลี่ยความสามารถปัจจุบันที่ใช้กําลังความคิด $\pm$ SD	3.50 $\pm$ 0.93	3.58 $\pm$ 0.97	3.45 $\pm$ 0.90	0.86 (0.65, 1.13)

OR; odds ratio, 95% CI; 95% confidence interval, * มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ภาวะหมดไฟในการทำงาน สมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี ปัญหาสุขภาพจิต ความสามารถในการทำงานปัจจุบัน พบว่าสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีกับปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงไม่ได้นำตัวแปรปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ต่อไป

อภิปรายผล

ความชุกของการทำงานขณะป่วย

จากการศึกษาความชุกของการทำงานขณะป่วย โดยการสอบถามย้อนหลังที่ระยะเวลา 2 เดือนว่า เคยมีการทำงานขณะป่วยหรือไม่ พบว่าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนทำงานขณะป่วยคิดเป็นร้อยละ 58.6 จากการศึกษาอื่น ๆ ส่วนมากพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์ทั่วไป มีความชุกของการทำงานขณะป่วยประมาณร้อยละ 50-80 โดยพบมากในทวีปยุโรป และมี 2 การศึกษาที่ศึกษาความชุกการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านไว้คือ ความชุกการทำงานขณะป่วยของแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้แบบสอบถาม ถ้ามีย้อนกลับไประยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยหากตอบว่า เคยมาทำงานขณะป่วย 1 ครั้ง ถือว่ามีการทำงานขณะป่วย ผลการศึกษาความชุกของการทำงานขณะป่วย อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 57.9 และมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 31.3 ความชุกการทำงานขณะป่วยของแพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ทุกหลักสูตร ในประเทศแคนาดา โดยใช้แบบสอบถาม ถ้ามีย้อนกลับไประยะเวลา 2 เดือน พบว่ามีความชุกร้อยละ 59.1 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้

ความชุกของการทำงานขณะป่วยที่พบในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับที่พบในต่างประเทศซึ่งเป็นความชุกที่สูง อาจเป็นเนื่องมาจากแพทย์ประจำบ้านมีการฝึกในการดูแลรักษาผู้ป่วย รับผิดชอบปัญหาจากต่างสาขา สอนนิสิตนักศึกษาแพทย์ ออกตรวจผู้ป่วยนอก บางสาขาต้องเข้าห้องผ่าตัด อยู่เวรนอกเวลาราชการ และหน้าที่อื่น ๆ ตามได้รับมอบหมาย มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบสูง หากหยุดงานจะกระทบกับเพื่อนร่วมงาน รวมถึงผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย หากไม่มาทำงานภาระหน้าที่ของเพื่อนร่วมงานจะมากขึ้น มีความคาดหวังจากอาจารย์สูง หากหยุดงานกังวลว่าอาจารย์ผู้ดูแลจะมองตนเองไม่ดี อาจเกิดจากแพทย์ประจำบ้านไม่ตระหนักถึงผลที่อาจเกิดตามมาหากมีการทำงานขณะป่วย และอาจเกิดจากภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คืองานบริหารทางการแพทย์ จำเป็นต้องมาทำงานที่สถานพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยใน การตรวจผู้ป่วยนอก การเข้าผ่าตัดซึ่งไม่สามารถทำงานจากบ้านได้ แต่มีภาระงานบางส่วนที่สามารถทำงานจากบ้านได้ เช่น งานเอกสาร งานสรุปเอกสารผู้ป่วยแต่ละราย การเตรียมการนำเสนอซึ่งเป็นงานส่วนน้อย ต่างจากงานในอาชีพอื่นที่มักประกอบด้วยงานเอกสารเป็นจำนวนมาก หากมีอาการป่วยจึงสามารถหยุดงานและทำงานจากที่บ้านได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ความชุกของการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านสูง

ปัจจัยด้านบุคคลกับการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยทางด้านอายุ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอายุไม่สัมพันธ์กับกลุ่มที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วย $OR = 1.07$ (95% CI = 0.96, 1.20) สอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์และพยาบาลพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วยมีอายุไม่แตกต่าง

กัน ($p = 0.211$) (14) และการศึกษาในกลุ่มพนักงานพบว่าสัดส่วนเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วยไม่สัมพันธ์กันในแต่ละกลุ่มอายุ (2) ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 27.94 ± 2.33 (mean $\pm$ SD) ปี และการศึกษาในกลุ่มพนักงานส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาวิจัยทั้งสองสอดคล้องกันแม้ทำการศึกษาต่างกลุ่มอาชีพและต่างภูมิภาค พบว่าการศึกษาทั้งสองไปในแนวทางเดียวกัน จึงสนับสนุนผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อีก ค่าเฉลี่ยอายุไม่สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายในกลุ่มต่าง ๆ คือ น้ำหนักน้อย น้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 ไม่สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย ซึ่งมีผลการศึกษาคล้ายกับการศึกษาในแพทย์ทั่วไปในประเทศออสเตรเลียพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินร่วมกับโรคอ้วน ไม่สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย OR = 0.98 (95% CI = 0.36, 2.66) (9) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่น้ำหนักน้อยร่วมกับน้ำหนักปกติ บางการศึกษาคือการศึกษาในคนงานชาวเบลเยียม พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยคือผู้ชายที่อยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 1.39 เท่า (95% CI = 1.11, 1.75) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ และผู้ชายที่มีโรคอ้วน สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 1.58 เท่า (95% CI = 1.09, 2.27) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ (15) การแบ่งกลุ่มดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกันในการศึกษาดังกล่าว โดยการศึกษาในต่างประเทศคือการศึกษาในแพทย์ทั่วไปในประเทศออสเตรเลียและพนักงานในประเทศเบลเยียมใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก (16) ส่วนในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มดัชนีมวลกายที่ปรับให้

เหมาะสมสำหรับทวีปเอเชียแปซิฟิก (17) ดังนั้นการใช้เกณฑ์ที่ต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาออกมาต่างกัน

ปัจจัยด้านเกี่ยวข้องกับงานกับการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยด้านชั้นปี ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 3.32 เท่า (95% CI = 1.69, 6.54) เมื่อเทียบกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 แตกต่างจากแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) โดยชั้นปีที่ 2 มีการทำงานขณะป่วยร้อยละ 62.3 และชั้นปีที่ 1 มีการทำงานขณะป่วยร้อยละ 51.7 (18) เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงหลังจากเริ่มเปลี่ยนแปลงชั้นปีรวมระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน แพทย์ประจำบ้านที่ชั้นปีสูงขึ้นต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ประกอบกับต้องดูแลรุ่นน้องแพทย์ประจำบ้านปี 1 ที่มาใหม่ จึงทำให้มีภาระงานมาก เป็นที่คาดหวังของผู้ร่วมงานและอาจารย์ แม้มีอาการป่วยก็ยังคงต้องมาทำงาน

ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน พบว่าค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานไม่สัมพันธ์กับกลุ่มที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วย OR = 0.88 (95% CI = 0.76, 1.02) สอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ในประเทศออสเตรเลียพบว่าความพึงพอใจในงานไม่สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย OR = 0.74 (95% CI = 0.54, 1.00) (9) แต่มีบางการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันคือ การศึกษาในแพทย์และพยาบาลของประเทศฟินแลนด์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (14) ในการศึกษาและการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านในประเทศออสเตรเลียมีการใช้

เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในงานเหมือนกัน คือ การให้คะแนนความพึงพอใจในงาน ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 10 (0 หมายถึงไม่พึงพอใจอย่างมาก 10 หมายถึงพึงพอใจอย่างมาก) แตกต่างกับการประเมินความพึงพอใจในงานของกลุ่มแพทย์และพยาบาลในประเทศฟินแลนด์ เป็นการให้คะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 (0 หมายถึงไม่พึงพอใจอย่างมาก 100 หมายถึงพึงพอใจอย่างมาก) สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผลการศึกษาดูออกมาแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในการทำงานไม่สัมพันธ์กับกลุ่มที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วย $OR = 1.08$ (95% CI = 0.98, 1.19) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ในประเทศออสเตรเลียพบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย คือภาวะหมดไฟในการทำงานที่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยเพิ่มขึ้น 1.39 เท่า (95% CI = 1.12, 1.74) (9) และสอดคล้องกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสวีเดนที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 1.72 เท่า (95% CI = 1.19, 2.49) (19) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่ต่างกัน โดยการวิจัยในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสวีเดนใช้เครื่องมือ Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (22 items)

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับการทำงานขณะป่วย

ปัจจัยด้านความสามารถในการทำงานปัจจุบันพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานปัจจุบันไม่สัมพันธ์กับกลุ่มที่มีและไม่มีการทำงานขณะป่วย

$OR = 0.90$ (95% CI = 0.76, 1.06) ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสวีเดน พบว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการทำงานที่ไม่ดีสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยมากขึ้น 2.31 เท่า (95% CI = 1.66, 3.20) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำงานที่ต่างกัน โดยการวิจัยดังกล่าวใช้เครื่องมือในการประเมินความสามารถในการทำงานของ work ability index (ten items) การใช้เครื่องมือในการประเมินที่แตกต่างกันจึงอาจทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านความสมดุลชีวิตการทำงาน จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี สัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 0.30 เท่า (95% CI = 0.17, 0.53) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ในประเทศออสเตรเลียพบว่ากลุ่มที่มีความสมดุลชีวิตการทำงานสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วย 0.24 เท่า (95% CI = 0.07, 0.91) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีสมดุลชีวิตการทำงาน (9) เนื่องจากในกลุ่มแพทย์ที่มีสมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดีจะสามารถวางแผนบริหารจัดการทั้งการทำงาน การเรียน การดูแลผู้ป่วยได้ดี สามารถจัดเวลางานและชีวิตส่วนตัวได้สมดุล จัดลำดับงานก่อนหลัง วางแผนทำงานระยะยาวและระยะสั้นอย่างเป็นระบบ นอกจากนั้นนอกเวลางานจะสามารถบริหารเวลาสำหรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือพัฒนาตนเองได้เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนหรือการทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลาย หลังจากมีการจัดระบบชีวิตและการทำงานได้ดี เมื่อแพทย์ประจำบ้านมีอาการป่วยที่จำเป็นต้องหยุดงานทำให้ผลกระทบที่เกิด

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
แพทย์ประจำบ้าน		
ชั้นปี 1	1.00	1.00
ชั้นปี 2	3.32 (1.69, 6.54)	3.48 (1.72, 7.05) *
ชั้นปี 3	1.75 (0.95, 3.22)	1.80 (0.95, 3.41)
ชั้นปี 4, 5	3.71 (0.94, 14.67)	2.91 (0.69, 12.32)
สมดุลการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี		
ไม่มีสมดุลการทำงานและใช้ชีวิตที่ดี	1.00	1.00
มีสมดุลการทำงานและใช้ชีวิตที่ดี	0.30 (0.17, 0.53)	0.30 (0.17, 0.54) *

OR; odds ratio, 95% CI; 95% confidence interval, *มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตามมาไม่มาก เนื่องจากการหยุดงานที่ระยะเวลาไม่นานนั้น ไม่กระทบกับงานระยะยาวที่วางแผนไว้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีเพียงผลกระทบระยะสั้น เนื่องจากภาระงานที่ตนเคยรับผิดชอบถูกส่งต่อไปยังเพื่อนร่วมงานในปริมาณจำกัด ที่ไม่สามารถยกเลิกได้ในระยะเวลานั้น เช่น ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใน หรือตรวจผู้ป่วยนอกแทน เมื่อผลกระทบที่ตามมาจำกัด แพทย์ประจำบ้านที่ป่วยจนต้องหยุดงานจึงกลัวที่จะตัดสินใจหยุดงาน

จุดแข็ง

1. จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทยที่ศึกษาการทำงานขณะป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน การศึกษานี้จึงทำให้ทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการทำงานขณะป่วยเพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการป้องกันต่อไป

2. การศึกษาวิจัยนี้ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง กลุ่มประชากรที่ศึกษาสามารถเข้าถึงแบบสอบถามผ่านทาง QR code และตัวชี้

แหล่งในอินเทอร์เน็ต (URL) สำหรับการเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ เป็นวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่ายสำหรับกลุ่มประชากรที่ศึกษาเนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่คุ้นเคยกับระบบอิเล็กทรอนิกส์เป็นอย่างดี

ข้อจำกัด

1. งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จำนวน 1 แห่ง หากนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปขยายผลเพื่อประโยชน์ของแพทยศาสตร์ศึกษาอาจต้องทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่อยู่ต่างโรงพยาบาล หรือต่างสังกัด อาจมีขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันออกไป

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการตอบแบบสอบถามค่อนข้างต่ำอยู่ที่ร้อยละ 47.7 โดยมีภาควิชาที่ตอบกลับน้อยที่สุดคือศัลยศาสตร์ ซึ่งอาจมีผลต่อความเป็นตัวแทน (representativeness) ซึ่งอาจมีปัจจัยบางอย่างที่ส่งผลต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้

3. การทำงานขณะป่วยไม่มีเกณฑ์ประเมินที่

ชัดเจน มีการแนะนำการประเมินการทำงานขณะป่วยไว้จำนวนมาก มีการใช้คำถามที่สอบถามแตกต่างกันและย้อนถามกลับไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ต้องทำอย่างระมัดระวัง ผู้วิจัยจึงเลือกการสอบถามแบบตรงไปตรงมา ชัดเจน และย้อนถามกลับไปในช่วงเวลา 2 เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นการลด recall bias ให้น้อยที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

สรุป

ความชุกของการทำงานขณะป่วยในแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านพบได้บ่อย ดังนั้นการส่งเสริมให้มีสมรรถภาพการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี น่าจะช่วยลดการทำงานขณะป่วยได้ กลุ่มที่ควรให้ความสนใจในการแก้ปัญหานี้หรือศึกษาปัญหานี้เพิ่มเติมคือ กลุ่มแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีสมรรถภาพการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี มีโอกาสเกิดการทำงานขณะป่วยน้อยลง เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน สนับสนุนการมีสมรรถภาพการทำงานที่ดี โดยจัดภาระงานให้เหมาะสม สร้างเสริมสุขภาพ การปรับตัวชีวิตการทำงานให้แก่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน
2. ผลการวิจัยพบว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 มีการทำงานขณะป่วยมากกว่าชั้นปีที่ 1 หน่วยงานที่ดูแลแพทย์ประจำบ้านควรจัดให้มีทีมให้คำปรึกษา แนะนำการปรับตัวให้กับแพทย์ประจำบ้าน และอาจจัดให้มีกิจกรรมการแนะนำจากแพทย์ประจำบ้านรุ่นพี่ ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือกับแพทย์ประจำบ้านช่วงเปลี่ยนชั้นปี
3. ผลการวิจัยพบว่า เหตุผลของการทำงาน

ขณะป่วย ส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากอาการที่เป็นยังไม่รุนแรงพอจะทำงานได้ ซึ่งผู้ดูแลควรสร้างความตระหนักให้กับแพทย์ประจำบ้าน ในประเด็นเรื่องโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อผู้อื่น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แม้การติดเชื้อมีอาการไม่รุนแรง มาทำงานได้ แต่การติดเชื้อมีความเสี่ยงแพร่เชื้อสู่เพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย แม้จะมีการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านหลากหลายสาขาวิชา ความชุกของการทำงานขณะป่วยในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน หากหาความชุกการทำงานขณะป่วยในแพทย์ประจำบ้านจากหลายโรงพยาบาล ความชุกที่ได้ อาจเป็นตัวแทนของประเทศไทยได้ดีกว่าข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียวและสามารถเก็บข้อมูลในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่นจะทำให้เห็นภาพรวมความชุกของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยมากขึ้น
2. การศึกษาวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์รองคือการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขณะป่วย การประเมินปัจจัยต่าง ๆ แต่ละปัจจัยมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายของวิจัยนี้คือแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีระยะเวลาไม่มาก หากใช้แบบสอบถามแยกเพื่อประเมินแต่ละปัจจัย จะทำให้แบบสอบถามนี้ยาวมากเกินไป ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เต็มใจตอบแบบสอบถามหรือเริ่มทำแต่หยุดไปก่อนจะตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ จึงมีการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยต่าง ๆ ขึ้นในการศึกษานี้ ซึ่งอาจประเมินปัจจัยดังกล่าวแตกต่างไปจากการใช้วิธีมาตรฐาน หากสามารถใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินปัจจัย

ต่าง ๆ จะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น แต่ควรจะหาวิธีป้องกันผู้ตอบแบบสอบถามลดลงจากเดิมด้วย

3. การศึกษาในครั้งนี้ ไม่ได้กล่าวถึงการประเมินผลของประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงหากมีการทำงานขณะป่วย หากการศึกษาวิจัยในอนาคตมีการศึกษาประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง จะสามารถทราบผลกระทบที่อาจเกิดหลังการทำงานขณะป่วยได้ชัดเจนขึ้น

4. เหตุผลของการทำงานขณะป่วย เหตุผลหนึ่งเกิดจากแพทย์ประจำบ้านคิดว่าผู้ที่ร่วมงานกับตนจะมองตนในทางไม่ดี เช่น กลัวว่าอาจารย์หรือผู้ร่วมงานจะมองไม่ดี กลัวภาระงานของเพื่อนมากขึ้น กลัวผู้ป่วยจะมองไม่ดี หากมีการสอบถามความคิดเห็นจากบุคคลอื่นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งการป่วยแล้วไม่มาทำงาน หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการมาทำงานขณะป่วย อาจทำให้ทราบความคิดเห็นของบุคลากรที่ทำงานร่วมกัน อาจส่งผลให้การทำงานขณะป่วยลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ดำเนินการประสานงาน ในการเก็บและรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณคณาจารย์ที่ให้คำแนะนำ แก้ไข จนทำให้บทความสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย การประพันธ์หรือการตีพิมพ์บทความนี้

ทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav.* 2010;31:519-42.
2. Navarro A, Salas-Nicas S, Moncada S, Llorens C, Molinero-Ruiz E. Prevalence, associated factors and reasons for sickness presenteeism: a cross-sectional nationally representative study of salaried workers in Spain, 2016. *BMJ Open.* 2018;8:e021212.
3. Widera E, Chang A, Chen HL. Presenteeism: a public health hazard. *J Gen Intern Med.* 2010; 25:1244-7.
4. Mekonnen TH, Tefera MA, Melsew YA. Sick at work: prevalence and determinants among healthcare workers, western Ethiopia: an institution based cross-sectional study. *Ann Occup Environ Med.* 2018;30:2.
5. De Beer LT. The effect of presenteeism-related health conditions on employee work engagement levels: A comparison between groups. *SA Journal of Human Resource Management/ SA Tydskrif vir Menslikehulpbronbestuur,* 2014;12, Art. #640, 8 pages [Internet]. (cited 2020 February 9). Available from: <http://dx.doi.org/10.4102/sajhrm.v12i1.640>
6. Sanderson K, Cocker F. Presenteeism—implications and health risks. *Aust Fam Physician.* 2013;42:172-5.
7. d'Errico A, Ardito C, Leombruni R. Work organization, exposure to workplace hazards and sickness presenteeism in the European employed population. *Am J Ind Med.* 2016;59: 57-72.
8. Demerouti E, Le Blanc PM, Bakker AB, Schaufeli WB, Hox J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International.* 2009;14:50-68.
9. Pit SW, Hansen V. The relationship between lifestyle, occupational health, and work-related factors with presenteeism amongst

- general practitioners. *Arch Environ Occup Health*. 2016;71:49-56.
10. Tan PC, Robinson G, Jayathissa S, Weatherall M. Coming to work sick: a survey of hospital doctors in New Zealand. *N Z Med J*. 2014; 127:23-35.
 11. Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *Am J Med Qual*. 2004;19:56-66.
 12. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 1996;41:2-17. (In Thai)
 13. Hosmer D W, Jovanovic B, Lemeshow S. Best subsets logistic regression. *Biometrics*. 1989; 45:1265-70.
 14. Rantanen I, Tuominen R. Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84:225-30.
 15. Janssens H, Clays E, Kittel F, De Bacquer D, Casini A, Braeckman L. The association between body mass index class, sickness absence, and presenteeism. *J Occup Environ Med*. 2012;54: 604-9.
 16. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157-63.
 17. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment [Internet]. Sydney: Health Communications Australia; 2000. [cited 2019 December 15] Available from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206936/0957708211_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 18. Jena AB, Baldwin DC, Jr., Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM. Presenteeism among resident physicians. *JAMA*. 2010;304:1166-8.
 19. Dellve L, Hadzibajramovic E, Ahlborg G, Jr. Work attendance among healthcare workers: prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. *J Adv Nurs*. 2011;67:1918-29.

The prevalence and related factors of presenteeism among medical residents and interns in a University Hospital

Surawattanasakul V, Rattananupong T and Sithisarankul P

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Objectives This study aims to examine the prevalence and related factors of presenteeism among residents and interns in a University Hospital.

Methods A cross-sectional survey was done by a self-administered electronic questionnaire. The data of prevalence were presented as percentage. Multiple logistic regression was used to determine crude and adjusted odds ratios between human factors, occupational factors, and physical and mental health factors with presenteeism.

Results 47.7% of medical residents and interns (250 people) participated in this study, and revealed that the prevalence of presenteeism among residents and interns was 58.6% (95% CI = 52.2, 64.7). Associated factors of presenteeism included the year of residency training. The second-year residents were 3.48 times more likely to be presenteeism (95% CI = 1.72, 7.05) compared to the first-year residents. Work-life balance was also contributed to presenteesim. Those with satisfactory work-life balance were 0.30 more likely to be presenteeism (95% CI = 0.17, 0.54) compared to those with no work-life balance.

Conclusions This study revealed that the prevalence of presenteeism among residents and interns was high. Promoting work-life balance may reduce presenteeism. The second-year residents should be focused for presenteeism reduction or further research. **Chiang Mai Medical Journal 2020;59(2):81-97.**

Keywords: prevalence, presenteeism, medical residents

