

สาเหตุการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทย ปี พ.ศ. 2535 ถึง 2544



นางสาวนพวรรณ ผลบุญ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

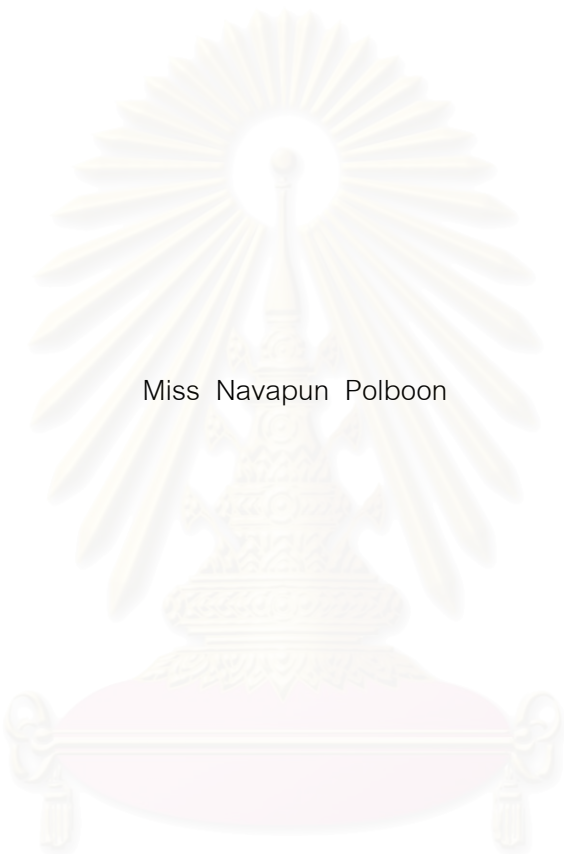
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2054-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CAUSES OF DEATH AND HEALTH HAZARDS TO THAI PHYSICIANS 1992 TO 2001



Miss Navapun Polboon

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Occupational Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2054-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ สาเหตุตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยปี พ.ศ.2535 ถึง 2544
โดย นางสาวนพวรรณ ผลบุญ
สาขาวิชา อาชีวเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิรินทร์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นายแพทย์อานนท์ วรียงยง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูลย์ ไฉ่หิ์สุนทร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิรินทร์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์อานนท์ วรียงยง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นวนพรรณ ผลบุญ : สาเหตุตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยปี พ.ศ.2535 ถึง 2544

(Causes of Death and Health Hazards to Thai Physicians 1992 to 2001)

อ. ที่ปรึกษา : รศ. นพ. พรชัย สิทธิศรีธนย์กุล, อ. ที่ปรึกษาร่วม : นพ. อานนท์ วรียงยง

81 หน้า. ISBN 974-17-2054-8

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทย ปี พ.ศ. 2535 ถึง ปี พ.ศ. 2544 โดยแยกตาม อายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต จำนวน 349 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยใช้แบบสำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน 2545 ถึง มีนาคม 2546

ผลการศึกษาพบว่า เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 262 ราย จาก 349 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.1 พบผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นคู่สมรสแพทย์ผู้เสียชีวิต แพทย์ผู้เสียชีวิตเป็นแพทย์ชาย 225 ราย แพทย์หญิง 37 ราย อายุตายเฉลี่ยของแพทย์ชาย และแพทย์หญิงคือ 62.09 ปี และ 55.38 ปี อายุตายเฉลี่ย ของแพทย์ไทย 61.15 ปี สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย 3 อันดับแรกเป็นดังนี้ อันดับหนึ่งโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.1 อันดับสองคือโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 28.2 อันดับสามคือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุร้อยละ 12.6 พิจารณาการเสียชีวิตจากมะเร็ง 3 อันดับแรก ดังนี้ อันดับหนึ่งคือ มะเร็งตับร้อยละ 21.7 รองลงมาคือมะเร็งปอดร้อยละ 17.4 และมะเร็งทางเดินอาหาร ร้อยละ 17.4

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากมะเร็ง และโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการใช้ยาคลายเครียดมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าการไม่ใช้ยา แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกลุ่มสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป สัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาขาอื่นๆ และพบว่าสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาขาอื่น ๆ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาคกลางสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ น้อยกว่าภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการรวบรวมฐานข้อมูลการตายของแพทย์ไทยเป็นครั้งแรก พบว่าฐานข้อมูลจากแพทย์สภายังมีความบกพร่อง การศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบปัญหาเบื้องต้น และสามารถดำเนินการเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต และเป็นการนำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

สาขาวิชา อาชีวเวชศาสตร์

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่ออนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม.....

4475226530 : MAJOR OCCUPATIONAL MEDICINE

KEY WORD: THAI PHYSICIANS/ HEALTH HAZARDS/ CAUSES OF DEATH

NAVAPUN POLBOON : CAUSES OF DEATH AND HEALTH HAZARDS TO THAI PHYSICIANS 1992 TO 2001 :THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. PORNCHAI SITHISARANKUL MD , MPH. DrPH. THESIS COADVISOR : ARNOND VORAYINGYONG MD., 81 pp. ISBN 974-17-2054-8

The purposes of descriptive study was to explore causes of death and the factors related to health of Thai physicians died during 1992 and 2001. These factors are age, gender, region, specialty, and life style. Cases were 349 physicians died during the period and their close relatives were interviewed by the author using the questionnaire. The study was conducted during September 2002 and March 2003.

The author could obtain data from 262 out of 349 cases (75.1%). The majority of informants were female and spouse of cases. Cases were 225 male and 37 female physicians. Their average age at death were 62.09 and 55.38 years, respectively, with an overall average of 61.15 years. Three leading causes of death were cancer (35.1%), cardiovascular disease (28.2%), and accident (12.6%). Top three among cancer were hepatic (21.7%), lung (17.4%), and gastrointestinal (17.4%).

Analyses of the factors revealed that smoking related to cancer and cardiovascular deaths, ageing related to cancer deaths, and use of anxiolytics related to non cancer deaths . Being general practitioners were related to accident and non cancer deaths compared to other specialties. Being physicians in the North and North Eastern regions were related to accident, but in the Central region were related to non accident compared to other regions.

This research is the first study to explore causes of death of Thai Physicians. The study reveals several defects in Thai Medical Council's registry that need to be corrected. The study also reveals basic characteristics of causes of death and some related factors that need more researches, surveillances, and interventions.

Department Preventive and Social Medicine
 Field of study Occupational Medicine
 Academic year 2002

Student's signature.....
 Advisor's signature.....
 Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากศาสตราจารย์นายแพทย์ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศรีธนย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ร่วม รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคณะกรรมการโครงการวิจัย สุขภาพของแพทย์ไทย แพทยสภา ผู้ช่วยศาสตราจารย์เชิดลาภ วสุวัต ที่ได้กรุณาชี้แนะในการแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายสถิติของแพทยสภา ที่ช่วยค้นหาฐานข้อมูลของแพทย์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานบริหารการทะเบียน วังไชยาและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการค้นหาฐานข้อมูล

ขอขอบพระคุณฝ่ายขายข้อมูล ของการสื่อสารแห่งประเทศไทยที่ช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการติดตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เป็นไปด้วยความสะดวก และได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

ขอขอบพระคุณทีมงานวิจัย ภาวะสุขภาพจิตของแพทย์ไทยโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ พตท. เซาว์น ผลบุญ นายธนพล ไตอุตชนม์ นางวรรณิ์ เจนรักสุขุม เพื่อนและพี่ๆ นิสิตปริญญาโทสาขาเวชศาสตร์ชุมชน 4 ท่าน ปริญญาเอกสาขาเวชศาสตร์ชุมชน 2 ท่าน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยประสานงาน และให้การดำเนินการเก็บ ข้อมูลนี้เป็นไปด้วยความสะดวกเรียบร้อย สมบูรณ์

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จไปไม่ได้ถ้าขาดความร่วมมือ สนับสนุนการให้ข้อมูลจากญาติของ แพทย์ผู้เสียชีวิตทุกท่าน จึงขอขอบพระคุณญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และ คอยติดตามความคืบหน้าของงานวิจัยนี้ เป็นอย่างดี

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จึงขอขอบ พระคุณมา ณ โอกาสนี้

นพพรณ ผลบุญ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฏ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ตัวแปร.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	7
คำนิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความแตกต่างของสาเหตุการตาย กับรูปแบบการตาย.....	10
อายุขัย อายุคาด อายุตาย.....	11
องค์การแพทยสภากับระบบการติดตามข้อมูล.....	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	22
รูปแบบการวิจัย.....	22
ประชากรและตัวอย่าง.....	22
ระยะเวลาดำเนินการวิจัย.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
การรวบรวมข้อมูล.....	23
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	24
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	25
แหล่งข้อมูล.....	26
ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....	27
ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตกับรูปแบบการดำเนินชีวิต.....	34
ความสัมพันธ์ของสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุกับปัจจัยต่าง ๆ....	44
5. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปผลการศึกษา.....	53
อภิปรายผลการศึกษา.....	57
ปัญหาและอุปสรรค.....	59
ข้อเสนอแนะ.....	60
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	61
รายการอ้างอิง.....	62
ภาคผนวก.....	65
ข้อมูลสาเหตุการตายของแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ.....	66
แบบสำรวจ.....	77
ประวัติผู้วิจัย.....	81

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

2.1 การเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของแพทย์ตาย (ระหว่าง พ.ศ. 2510 – 2527).....12
 กับอายุคาดเฉลี่ย ของประชากรเมื่อแรกเกิด.....

2.2 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยเมื่อตายของแพทย์ไทย กับประชากรทั่วไป.....14
 (ที่ตายเมื่ออายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) ระหว่าง พ.ศ. 2528 – 2531.....

2.3 แสดงผลสำรวจทะเบียนแพทย์ก่อนและหลังมีระบบเครือข่าย.....15
 การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์.....

2.4 แสดงช่วงอายุเฉลี่ยที่ตายของกลุ่มประชากรแพทย์จำแนกตามเพศ.....16

4.1 จำนวน ร้อยละของการเปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์.....26
 ระหว่างข้อมูลที่มีบันทึกของแพทยสภา ทะเบียนราษฎร กับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ.....

4.2 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....27

4.3 จำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยแยกตาม อายุ และ เพศ.....27

4.4 จำนวน ร้อยละของปีที่แพทย์เสียชีวิต.....29

4.5 สถานที่เสียชีวิต.....30

4.6 จำนวนร้อยละของภูมิลำเนาของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....30

4.7 สถานที่ทำงานครั้งสุดท้ายของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....31

4.8 จำนวนและร้อยละของการมีประกันชีวิต ของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....31

4.9 จำนวนและร้อยละของสถาบันการศึกษาที่จบแพทย์.....32

4.10 จำนวน ร้อยละ ของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง.....33

4.11 จำนวน ร้อยละของการบริโภคอาหาร.....34

4.12 จำนวน ร้อยละของการออกกำลังกาย.....34

4.13 จำนวน ร้อยละของการรับประทานยานอนหลับหรือยาคลายเครียดของแพทย์.....35

4.14 จำนวน ร้อยละ ของสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทย.....35

4.15 จำนวน ร้อยละสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ชาย.....36

4.16 จำนวน ร้อยละสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์หญิง.....36

4.17 สาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ.....37

4.18 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งของแพทย์ไทย.....40

4.19 จำนวนร้อยละของระยะที่พบมะเร็งครั้งแรก.....41

4.20 จำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบมะเร็ง.....42

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่	
4.21	จำนวน ร้อยละของสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด.....42
4.22	จำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบโรคหัวใจ.....43
4.23	สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ.....44
4.24	ความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ.....44 ที่ไม่ใช่มะเร็ง กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ.
4.25	ความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ.....45 ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.26	จำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างช่วงอายุกับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง.....45 เทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง.....
4.27	ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับ.....46 กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับ กับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.28	ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับ.....46 กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับ..... กับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.29	ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป.....47 กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับ..... กลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.30	ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขาบริหาร กับ.....48 สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับ..... กับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.31	ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขารังสี พยาธิวิทยา.....48 นิติเวช วิสัญญี กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง..... โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
4.32	ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขา กุมารเวชกรรม.....49 อายุรกรรม จิตเวช ผิวหนัง กายภาพ กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับ..... กับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับ..... กับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่

- 4.33 ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขา ศัลยกรรม.....50
 ศัลยกรรมกระดูก สูตินารีเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก กับสาเหตุการเสียชีวิตจาก.....
 โรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ.....
 และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
- 4.34 ความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุ.....51
 การเสียชีวิตจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ.....
 และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ.....
- 4.35 ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็ง.....51
 เทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับ.....
 กลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ
- 4.36 ความสัมพันธ์ของการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียดกับสาเหตุการเสียชีวิตจาก.....52
 มะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับ.....
 กลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ.....
- 4.37 ความสัมพันธ์ของการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบโรคมะเร็งกับระยะของ.....52
 โรคมะเร็งที่พบครั้งแรก.....

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่	
4.1	กราฟแสดงช่วงอายุของแพทย์ผู้เสียชีวิต.....28
4.2	แผนภูมิแสดงสัดส่วนของจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตที่เก็บข้อมูลกับ.....29 แพทย์ที่เสียชีวิตในแต่ละปีตั้งแต่ พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2544.....
4.3	แผนภูมิกราฟแสดงสาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละช่วงอายุ.....38



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and rationale)

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

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

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่ามนุษย์ทุกคน ต้องการการอยู่รอด เพราะฉะนั้น จะขาดปัจจัย 4 ข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้

มีคำสุภาษิตกล่าวไว้ว่า “ การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ ”

การดำเนินชีวิตของคนยุคปัจจุบันมีความยุ่งยากมาก ต้องเหนื่อยทั้งกาย ใจ เพื่อความอยู่รอดและปลอดภัย 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 เมื่อเราจะแก้ไขให้ถูกก็ ต้องหาเหตุที่ทำให้เกิดให้พบ เช่น แพทย์ศึกษาหาสาเหตุของการเกิดโรค ดำเนินการทดลองทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้ผลวิเคราะห์โรคที่ถูกต้องที่สุด ดังคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เกี่ยวกับเหตุแห่งทุกข์ และการดับทุกข์ ดังนี้

1. ทุกข์ คือ ความรู้สึกไม่สบายกายหรือ ไม่สบายใจ ทุกข์ในอริยสัจ 4 คือ ความทุกข์ทางจิตใจ และความทุกข์ต่าง ๆทางร่างกาย 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 ปรรอณา การมีสุขภาพใจที่ดี สุขภาพกายที่ดีก็จะเป็นผลตามมา ถ้าจิตใจอ่อนแอ กังวล เครียด ไม่มีความสุข แล้วผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเกิดโรคร้ายขึ้น ระบบต่าง ๆ ของร่างกายอาจแปรปรวน เป็นเหตุของโรคร้ายแรง โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายไม่ทุเลา จนกระทั่งบางรายคิดฆ่าตัวตาย ปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ อย่างไม่มีสติ หรือสมาธิจะเกิดข้อผิดพลาด หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในกลุ่มอาชีพทางสังคมหลาย ๆ อาชีพ ที่น่าศึกษา ในที่นี้อาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความรับผิดชอบสูง และเป็นที่น่าเชื่อถือเคารพยกย่องในสังคม จะกล่าวถึงในกลุ่มอาชีพแพทย์

อาชีพแพทย์กับสังคมไทย

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แพทย์เป็นอาชีพที่สังคมไทยยอมรับนับถือ และเป็นอาชีพที่มีเกียรติเป็นที่พึ่งและที่หวังของสังคมมาทุกสมัย โดยเฉพาะการดูแลรักษาสุขภาพทั้ง ร่างกายและภาวะจิตใจ แพทย์มักจะทุ่มเทกับงานมาก ความใส่ใจในด้านการดูแลสุขภาพตนเองจึงน้อยลง ดังจะเห็นได้ว่า ก่อนศตวรรษที่ 19 แพทย์อายุน้อยเสียชีวิตไปเป็นจำนวนมาก เนื่องจากทุ่มเทกับการทำงาน แต่เมื่อเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการเฝ้าระวังและดูแลทุกข์สุขกันมากขึ้นในกลุ่มแพทย์ ทำให้อัตราการตายลดลงได้บ้าง¹ การที่แพทย์ปฏิบัติงานอย่างหักโหม ก็เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายทางสังคม และจุนเจือครอบครัว จึงเป็นเหตุให้สุขภาพทรุดโทรม แพทย์บางท่านปรับให้อยู่ในสมดุลงได้ก็จะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว และสร้างศักยภาพให้กับวิชาชีพแพทย์ได้ แต่ถ้าแพทย์บริหารจัดการแล้วล้มเหลว ก็ส่งผลกระทบให้การทำงานของตนเองและชีวิตครอบครัว

อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อสิ่งคุกคามจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน

ได้มีการศึกษาวิจัยมาบ้างจากต่างประเทศเกี่ยวกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ พบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ (health hazards) หลากหลายประเภท โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางบางสาขามีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพมากกว่าแพทย์สาขาอื่น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการประกอบอาชีพมากขึ้น^{2,3} อาทิเช่น ศัลยแพทย์ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้ออันเนื่องมาจากเครื่องมือและของมีคมขณะทำการผ่าตัด วัสดุญี แพทย์ซึ่งสัมผัสยาสลบหลายประเภท รังสีแพทย์ สัมผัสกับรังสีต่างๆ โดยเฉพาะงานรังสีรักษา พยาธิแพทย์ซึ่งต้องสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมและย้อมสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น นอกจากนี้ สิ่งคุกคามภายนอกที่ชัดเจนเหล่านี้แล้ว หน้าที่การงานของแพทย์และความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยที่สูง และการทำงานหักโหมนอกเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งเศรษฐกิจที่รัดกุม ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้าแพทย์ท่านใดขาดการแก้ปัญหาที่ดี หรือบริหารจัดการกับสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ ก็พบว่าเป็นภาวะที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และพบแพทย์หญิงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าเพศชาย อีกทั้งยังพบมากกว่าประชากรทั่วไป³

ความเครียดกับอาชีพแพทย์

ความเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ในลักษณะของการตึง เค้น ตึง ร็ง อึดอัด หนัก กดดัน หรือ บีบคั้น เป็นต้น ความเครียดย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สาเหตุมีหลายประการ ที่สำคัญคือร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำงานนานและทำงานหนัก อยู่ในสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ผลต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้เกิดการอ่อนล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ แล้วเกิด การเจ็บไข้ได้ป่วยได้ง่าย

ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะจากการทำงาน ทำให้แพทย์ขาดความสนใจและไม่ให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง การรับประทานยาเองก่อนได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป⁴ เนื่องจากความละเลยหรือไม่มีเวลาเพื่อดูแลสุขภาพของตัวเอง ทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องแม่นยำ จากการรักษาตนเองที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ผลการรักษาที่ไม่ดีหรือรักษาไม่ทันกาลในกรณีโรคร้ายแรง อีกกรณีหนึ่งที่แพทย์ต้องทำงานที่รับผิดชอบนอกเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ แล้วต้องขับรถก็มีอุบัติเหตุที่ประสพอุบัติเหตุค่อนข้างสูง⁵ การที่แพทย์เสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมไปอย่างมากมาย

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของแพทย์ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบในด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยในด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งในอดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่มีผู้ใดในประเทศไทยให้ความสนใจหรือศึกษากันมาก่อน การทำงานนอกเวลาทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ การปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพ หรือแม้กระทั่งตัวแพทย์เองยังให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองน้อย ดังเห็นได้จาก การตรวจสุขภาพประจำปีที่ทุกคนควรตรวจ กลุ่มแพทย์กลับเป็นกลุ่มที่ดูแลสุขภาพตัวเองน้อย ทั้งๆที่แพทย์ควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพ ดังข้อมูลที่น่าสนใจจากต่างประเทศอันได้แก่ อุบัติการณ์ที่แพทย์ประสบอุบัติเหตุจราจรและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{2,5} อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน^{2,3,5,6} เป็นต้น

การผลิตแพทย์แต่ละปีรัฐบาลต้องใช้งบประมาณที่สูง ดังนั้นแพทย์ที่สำเร็จการศึกษามาแล้ว ถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่ามากแก่สังคม และเมื่อแพทย์นั้นมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไป การลงทุนของรัฐบาลจึงไม่คุ้มค่า หรือเป็นการลงทุนที่เกิดประโยชน์น้อย ดังนั้นเราจึงหันมามองและกระตุ้นเตือนให้สังคมตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของแพทย์ เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนและการพัฒนาวิทยาการ การรักษาพยาบาลต่อผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี ผู้นำด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี คำว่า สุขภาพดีถว้นหน้าจะเกิดกับสังคมไทยได้อย่างไร ถ้าผู้นำทางด้านสุขภาพดังเช่นแพทย์บางส่วนยังขาดการดูแลสุขภาพที่ดี แพทย์บางคนมีการจัดการกับความเครียดของตนเอง บางคนเลือกวิธีที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ทำให้ยิ่งก่อผลเสียต่อสุขภาพ ขาดสมรรถนะในการดูแล รักษา ป้องกัน ให้การฟื้นฟู และถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว แพทย์จะไม่สามารถที่ให้ความรู้หรือเป็นแบบอย่างที่ดีกับผู้ป่วยได้^{7,8} ทั้งๆที่แพทย์เป็นผู้นำที่ใกล้ชิดกับกลไกการส่งเสริมสุขภาพ รักษาและป้องกันโรคมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป แพทย์ไทยทุกวันนี้ส่วนหนึ่งยังขาดการดูแลสุขภาพที่ดี จากหลายรายงานที่ศึกษาอัตราการตายของแพทย์ และอายุขัยเฉลี่ยของแพทย์ที่มีการศึกษาแล้วในหลายประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดสนใจศึกษามาก่อน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ ซึ่งการวิจัยนี้มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของแพทย์ไทย ทั้งยังเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป และยังเป็นแบบอย่างของการทำวิจัยลักษณะเดียวกันในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

คำถามการวิจัย (Research questions)

คำถามหลัก (Primary research question)

สาเหตุการตายของแพทย์ไทยมีอะไรบ้าง

คำถามรอง (Secondary research question)

1. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยในด้านการประกอบอาชีพเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับอัตราตายและสุขภาพของแพทย์ไทยอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาสาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทยโดยแยกตาม อายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. ศึกษาสาเหตุการตายของแพทย์ไทย
2. ศึกษาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทย
3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราตายของแพทย์ไทย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. สภาพแวดล้อมของแพทย์แต่ละสาขาเฉพาะทางสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์
2. ภูมิภาคที่อาศัยสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์
3. สภาวะทางจิตสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit and application)

โครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของแพทย์นี้ นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และไม่เคยทำมาก่อน เนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนของทะเบียนแพทย์ ทั่วทั้งประเทศ การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มากมายพอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

1. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเองและจัดส่งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทย์สภา
2. นำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไปและเป็นแบบอย่างต่อการทำวิจัยในสาขาอาชีพอื่นๆ เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคล ที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือของประชาชนมากที่สุด ถ้าทำให้แพทย์เกิดศรัทธากับแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ แพทย์ก็จะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นจริงได้ และเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติตาม
3. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่างประชากรที่อยู่ในชนชั้นกลาง อาศัยอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหารการทำวิจัย และการให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้
4. โครงการรณรงค์เสริมสร้างสุขภาพของแพทย์นี้ดำเนินการ โดย ศ.น.พ. ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของแพทย์สภา นับเป็นโอกาสอันดีที่แพทย์สภาซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับสมาชิก ให้มีสุขภาพครบสัมฤทธิ์ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และสิ่งที่จะเกิดขึ้นย่อมเป็นผลดีกลับสู่ประชาชนได้โดยตรง อีกทั้งยังสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อสมาชิกแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมั่นคงอยู่ควบคู่ไปกับสังคมไทยต่อไป
5. เป็นจุดกระตุ้นให้แพทย์หันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น
6. เพื่อทราบข้อมูลและเก็บเป็นฐานข้อมูลการตายของแพทย์ไทยจากอดีตจนถึง

ปัจจุบัน

ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว การใช้เวลา ชั่วโมงการทำงาน/ สัปดาห์ ความเร็วในการขับรถ รูปแบบการดำเนินชีวิต จำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพก่อนพบโรค ระยะของการเป็นมะเร็งที่พบครั้งแรก ภาวะทางจิตเวช
2. ปัจจัยภายนอก สิ่งแวดล้อม คือ การประกอบอาชีพเฉพาะทาง ภูมิภาคที่อาศัย โรงพยาบาลที่ทำงาน รัฐบาล เอกชน ธุรกิจ อื่นๆ

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 พิชัยโลก 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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- โรคประจำตัว
- การใช้ยา
- ชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์
- ความเร็วในการขับรถ
- รูปแบบการดำเนินชีวิต
- จำนวนครั้งของการตรวจสุขภาพก่อนพบโรค
- ระยะของการเป็นมะเร็งที่พบครั้งแรก
- ภาวะทางจิตเวช

สาเหตุการตายของแพทย์ไทย

ปัจจัยภายนอก สิ่งแวดล้อม

- การประกอบอาชีพเฉพาะทาง
- ภูมิภาคที่อาศัย
- โรงพยาบาลที่ทำงาน รัฐบาล เอกชน คลินิก
ธุรกิจ อื่นๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

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

ความแตกต่างกันของรูปแบบการตายกับสาเหตุการตาย³²

สาเหตุการตาย จะบ่งบอกเหตุต้นกำเนิดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนนำไปสู่ความตาย

รูปแบบการตาย คือการบ่งบอกว่าอวัยวะใดที่สำคัญหยุดทำงานไปก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ประเทศไทยมีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการตายและจัดทำสถิติการตายมาเป็นระยะเวลายาวนาน แต่ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ข้อมูลสาเหตุการตายเชื่อถือได้น้อยสาเหตุการตายไม่ชัดเจนมากถึงร้อยละ 40 และตายในโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 30 ถึงแม้ว่าแพทย์เป็นผู้รับรองสาเหตุการตายก็ยังไม่ตรงตามสาเหตุการตายที่แท้จริง เพราะแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้าใจว่ารูปแบบการตาย 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 ของรายงานในมรณบัตร สัดส่วนเพศและอายุของผู้เสียชีวิตในรายงานมรณบัตรกับที่ศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อยในกลุ่มเด็กปฐมวัย และวัยสูงอายุ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 25-44 ปี และกว่าครึ่งเป็นญาติสายตรง คือ บุตรหรือคู่สมรสของผู้เสียชีวิต ร้อยละ 65.7 เสียชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุร้อยละ 24.7 เสียชีวิตในสถานพยาบาล ผู้ให้สาเหตุการตายส่วนใหญ่คือญาติหรือผู้แจ้งตาย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเสียชีวิตที่บ้านแต่คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยเข้ารักษาในสถานพยาบาลมาก่อน

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

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

อายุขัย อายุคาด 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 อายุคาดเป็นตัวเลขที่นักสาธารณสุขพยายามสร้างขึ้นมาเพื่อเปรียบเทียบความยืนยาวของชีวิต โดยเฉลี่ยของชนกลุ่มหนึ่ง 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 ก็จะเป็นอายุตายเฉลี่ยของคน

หรือสิ่งมีชีวิตในกลุ่มนั้น 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 เทียบแพทย์กับคนทั่วไป ต้องดูจาก

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)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยเมื่อตายของแพทย์ไทย กับประชากรทั่วไป (ที่ตายเมื่ออายุ ตั้งแต่ 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

องค์กรแพทยสภาที่ระบบการติดตามข้อมูล

แม้องค์กรแพทยสภาจะตั้งมานานเกินสามทศวรรษแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากไม่มีระบบการติดตาม ติดต่อกับสมาชิกแพทย์ได้ตลอดช่วงชีวิตของสมาชิกที่ได้ทำเวชปฏิบัติ และไม่มีระบบการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีส่วนทำให้แพทยสภาไม่มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของสมาชิกแพทย์ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะได้ชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบัน รวมถึงการรวบรวมสถิติการตายของแพทย์ได้อย่างครบถ้วน เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 เริ่มจัดตั้งให้มีศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ภายใต้การกำกับของแพทยสภา จึงได้เริ่มมีการสำรวจทะเบียนแพทย์ขึ้น ซึ่งได้รับการตอบกลับมาเพียงร้อยละ 60 (ตารางที่ 2.3) ด้วยการพัฒนาระบบการติดตามและกระแสรายการต้นตอเรื่องการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ 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 และคาดว่าอาจจะมีมากกว่านี้จากการที่มีจำนวนจดหมายที่ตีกลับอีกจำนวน 84 ฉบับ จากบันทึกข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเสียชีวิตของแพทย์นั้น ระบุสาเหตุการตายได้เพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้น ทั้งหมดจะทราบเพศ แต่สามารถบันทึกอายุที่เสียชีวิตแน่นอนได้น้อย (ได้เพียงร้อยละ 45.5) โดยค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 55.4 และ 53.1 ปี ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.0 ปี ดังแสดงตารางแฉงตามช่วงอายุในตารางที่ 2.4 เมื่อเทียบกับอายุขัยของประชากรไทยของเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ 70 และ 75 ปี ตามลำดับ (หมายเหตุ ไม่มีค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของประชากรไทย จากแหล่งข้อมูลประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถิติประชากรของสำนักงานวิจัยแห่งชาติ) จะเห็นได้ว่าอายุเฉลี่ยที่ตายของกลุ่มประชากรแพทย์ต่ำกว่าอายุขัยของประชากรทั่วไป และที่น่าสังเกตคือ แพทย์ผู้หญิงมีแนวโน้มที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่ากลุ่มแพทย์ผู้ชาย 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%)
พำนักอยู่ต่างประเทศ	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 ๕๐ปี

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 เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ และ วิสัญญีแพทย์ชายมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV และ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Carpenter และคณะ³ ได้ทำการสำรวจประชากรแพทย์ในประเทศอังกฤษและแคว้นเวลส์ และเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในช่วงปี พ.ศ. 2505-2535 พบว่าโดยทั่วไปเมื่อพิจารณาโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และ บางส่วนของโรคเบาหวาน จะพบว่าอัตราตายของแพทย์จากโรคดังกล่าวน้อยกว่าประชากรทั่วไป

และแพทย์ชาวยุโรปจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจาก อุบัติเหตุจากสารพิษ ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งบางชนิดมีนัยสำคัญ ส่วนโรคอื่น ๆ ยังไม่มีความแตกต่างชัดเจนนัก ส่วนแพทย์หญิงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ พบการฆ่าตัวตาย และอัตราการเกิดโรคตับแข็งในวิสัญญีแพทย์ มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้

Gross CP และคณะ⁴ ได้ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังโรคของตัวแพทย์เอง พบว่าแพทย์เป็นจำนวนมากไม่มีระบบการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของตนเอง และการขาดระบบการเฝ้าระวังสุขภาพของแพทย์เองนั้นสัมพันธ์กับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และอาจสัมพันธ์กับการแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันเฝ้าระวังโรค

Frank E. และคณะ⁵ ได้สำรวจสาเหตุการตายของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตในวัยชรา นั้น แพทย์ผิวขาวอายุเฉลี่ย 73.0 ปี และ 68.7 ปี ในกลุ่มแพทย์ชาวผิวดำ พบว่ามากกว่ากลุ่มนักกฎหมาย, ทนายความ (72.3 และ 62.0) และจากการสำรวจพบว่า 10 อันดับของสาเหตุการตายนั้นไม่แตกต่างกันกับประชากรทั่วไป แต่พบสูงขึ้นในการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ การเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ แต่โรคถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ หรือโรคตับนั้น พบน้อย

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

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

Frank E และคณะ¹⁰ รายงานว่าส่วนใหญ่แพทย์ผู้หญิงจะทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ประมาณ 21% และจะทำ mammogram ก็ต่อเมื่อเป็นประวัติ มะเร็งเต้านมแล้วเท่านั้น ซึ่งอาจจะสายเกินไป กลุ่มแพทย์ที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจ เต้านมมักเป็นสูติ-นารีแพทย์และแพทย์ผู้ดูแลสุขภาพพื้นฐาน ในรายงานฉบับนี้ยังแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มแพทย์ผู้หญิงอย่างจริงจัง

Carmargo CA และคณะ¹¹ ได้ศึกษาในแพทย์ชาย 22071 คน ในสหรัฐอเมริกาที่เป็น สมาชิกของ Physicians' Health Study ไม่มีประวัติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจขาด เลือด และไม่มีประวัติเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก โดยได้ศึกษาติดตามไปข้างหน้าพบว่าแพทย์ เสียชีวิตระหว่างการศึกษาคือ 1206 ราย เปรียบเทียบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามปริมาณ มากน้อย พบว่า แพทย์ผู้ชายที่ดื่มเหล้ามากจะมีโอกาสเสี่ยงและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม และมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

Harrison D. และคณะ¹² ได้ศึกษาแพทย์ชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบกับ กลุ่มอาชีพอื่น ๆ โดยดูอัตราการเข้า-ออกจากการนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มแพทย์จะมีความ เสี่ยงสูงที่เป็นโรคตับแข็งโดยเฉพาะเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป

Frank E และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาอัตราการใช้ชีวิตตามเสริม ในแพทย์หญิงที่มีอายุ ระหว่าง 30 – 70 ปี ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์หญิงที่มีความใส่ใจด้านสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน พบว่ามีอัตราการรับประทานวิตามินเสริม อย่าง น้อยเท่ากันกับกลุ่มผู้หญิงในประชากรทั่วไป และพบว่าจะรับประทานผัก ผลไม้ มากกว่ากลุ่มที่ ไม่รับประทานวิตามิน

Christen WG และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาการเกิดต่อกระดูกในแพทย์ชายของประเทศ สหรัฐอเมริกา เมื่อปรับความแตกต่างด้านอายุ ระหว่างแพทย์ชายที่เป็น และไม่เป็นต่อกระดูก แล้วนั้น พบว่าการเกิดต่อกระดูกไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

O ' Donnell CJ และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความดันโลหิตที่สูงโดยเฉพาะ ความดันโลหิต systolic ในแพทย์ชายประเทศสหรัฐอเมริกา กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือ เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก พบว่าความ ดันโลหิตที่สูงมีผลต่อการเกิดโรคและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมาก

Hebert PR และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาพบว่า แพทย์ชายที่มีส่วนสูง มีความสัมพันธ์หรือเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนมะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด ผลยังไม่ชัดเจนนัก

Lindeman และคณะ¹⁷ ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์ วิศวกร และครู โดยศึกษา รายงานการวินิจฉัยโรคจากการนอนโรงพยาบาลในประเทศฟินแลนด์ พบว่ากลุ่มแพทย์เกิดภาวะ

ซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะแพทย์ผู้หญิงมากกว่าแพทย์ผู้ชาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีการใช้ยานอนหลับกลุ่มบาร์บิทูเรต เป็นวิธีการหลักที่ใช้ฆ่าตัวตาย และอาจจะเป็นไปได้ว่าแพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา หรือถูกมองข้ามไป

Lindeman S และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของแพทย์ในประเทศฟินแลนด์ มีหลายรายงานจากหลายประเทศพบว่า แพทย์มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพอื่นๆ และสูงกว่าประชากรทั่วไป ส่วนการศึกษานี้ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ชายและแพทย์หญิง พบอัตราการฆ่าตัวตายไม่ต่างกันอย่างชัดเจน แต่เคยมีการสำรวจพบว่า แพทย์หญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงอาชีพอื่นๆ และประชากรทั่วไป

Grellner W. และคณะ¹⁹ ได้ศึกษาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ในแพทย์ พยาบาล ฆาตกร นักเคมี นักชีวภาพ ซึ่งมีการพิจารณาถึงวิธีการฆ่าตัวตายพบว่า วิธีการฆ่าตัวตายมีตั้งแต่กินยา ฉีดยา เขว่นคอ พิษไซยาไนด์ กระโดดตึก ยิงตัวตาย จมน้ำ และตกลงรถไฟ โดยศึกษาเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า การฆ่าตัวตายโดยการฉีดยาเข้าเส้นพบมากในวิสัญญีแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจจะเป็นเนื่องจาก ความรู้สูง มีการรู้จักยาและวิธีการ

Hawton K และคณะ²⁰ ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแพทย์ ในประเทศอังกฤษ และแคว้นเวลส์ เมื่อพิจารณาในเรื่อง เพศ ความอาวุโส และสาขาเฉพาะทาง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์หญิงสูงกว่าประชากรทั่วไป ในขณะที่ในกลุ่มแพทย์ชายจะน้อยกว่าประชากรทั่วไป และสัดส่วนของอัตราการตายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญในแพทย์หญิงและชาย และมีความแตกต่างกันในแต่ละสาขาเฉพาะทาง เช่น วิสัญญี เวชศาสตร์ชุมชน เวชปฏิบัติทั่วไป และจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับ ในโรงพยาบาลทั่วไป

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

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

Innos K. และคณะ²³ ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง และสาเหตุที่สัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคมะเร็ง ทั้งแพทย์หญิงและชาย ในประเทศอิสโตเนีย พบว่า การเกิดโรคมะเร็งและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้น ไม่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้าน การประกอบอาชีพแพทย์ แต่

อย่างไรก็ตาม จะมีอัตราการเกิดมะเร็งและอัตราการตายจากโรคมะเร็งเหมือนกับกลุ่มอาชีพระดับสูงในประเทศอื่นๆ

Rafnsson V, Gunnarsdottir HK.²⁴ ได้ศึกษาสาเหตุการตายและอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในกลุ่มแพทย์ และผู้พิพากษา ในประเทศไอซ์แลนด์ พบว่าอัตราตายและอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในแพทย์ชายต่ำกว่าใน ประชากรทั่วไปเพศชายและผู้พิพากษาที่เป็นเพศชาย แต่แพทย์จะพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า จากการฆ่าตัวตาย โดยการใช้อายหรือสารต่างๆ

Kaetsu A และคณะ²⁵ ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และรูปแบบการดำเนินชีวิตในกลุ่มแพทย์ เมือง ฟุกุโอกะ ประเทศญี่ปุ่น พบว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จะนอนเร็ว ไม่เครียด รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ และดื่มกาแฟน้อย ในขณะที่กลุ่มสูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปดังนี้ เพิ่มน้ำหนักมวลรวม และเริ่มระวังภาวะเครียด มีความเครียด เหตุผลที่สูบบุหรี่เนื่องจากการควบคุมภาวะเครียดได้ทางหนึ่ง และจุดนี้ควรจะมีการตรวจภาวะสุขภาพจิตของแพทย์เพื่อช่วยให้แพทย์หยุดบุหรี่ได้

Doll R และคณะ²⁶ ศึกษาในแพทย์ชายพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ ถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์อัตราการตายของแพทย์ชาย มากกว่ากลุ่มไม่สูบบถึง 2 เท่า และผู้ที่หยุดบุหรี่ได้ก่อนอายุ 35 ปี ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะเท่ากับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ถ้าหยุดสูบบุหรี่หลังระยะเวลาดังกล่าว ก็ยังพบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแต่พบว่าน้อยกว่ากลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง

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

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

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

Elin O. และคณะ³⁰ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วยของแพทย์ Norwegian พบว่า แพทย์ส่วนมากรักษาตนเองยามเจ็บป่วย นอกจากนั้นอาจมีการปรึกษาเพื่อนแพทย์ด้วยกันโดยไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ

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}



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา (Target population) คือ ญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ประชากรตัวอย่าง (Sample) คือ จำนวนญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิตในระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling techniques) จำนวนญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิตในระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 ที่ทราบที่อยู่ทั้งหมด

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือนกันยายน 2545 - มีนาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสำรวจการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทย โดยการสัมภาษณ์ ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต 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 ซีวจิต 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 ของที่มงานการทำวิจัยเรื่องสุขภาพของแพทย์ไทย 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 ยังขาดโทรศัพท์ สำหรับติดต่อกับญาติ
3. ติดต่อกับทางฝ่ายขายข้อมูล การสื่อสารแห่งประเทศไทย เพื่อค้นที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์โดยทีมงานของ การสื่อสารแห่งประเทศไทยช่วยกันค้นข้อมูล ทำให้ข้อมูลสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทั้งที่อยู่ที่เพิ่มขึ้นและเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อกับญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยตรง
4. ติดต่อผู้อำนวยการสำนักบริหารการทะเบียน วังไชยา ดุสิต กรุงเทพฯ เพื่อขอข้อมูลจากใบมรณบัตร และได้รับข้อมูลกลับมา ประมาณ 3 สัปดาห์
5. เดินทางเก็บข้อมูลในกรุงเทพฯ ปริมาณ และต่างจังหวัด เป็นจำนวน 20 คน

เพื่อทำ pilot และได้ทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ เสนอต่อที่ประชุมที่แพทยสภา

6. ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อกับญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิตเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล และเป็นกรเช็ความถูกต้องของที่อยู่ จากนั้นจึงเดินทางไปสัมภาษณ์ตามวัน เวลาที่นัดหมาย

7. ประวัติของแพทย์ผู้เสียชีวิตบางส่วนนอกจากได้รับจากการสัมภาษณ์ และ ใบมรณบัตรแล้ว ยังค้นเพิ่มเติมจากหนังสือรุ่นของสมาคมศิษย์เก่าของสถาบันการศึกษา และหนังสืออนุสรณ์วันพระราชทานเพลิงศพ หรือวันฌาปนกิจ

8. ดำเนินการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลที่แพทย์ผู้เสียชีวิตมีประวัติการรักษาครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต 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

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 การรับประทานอาหาร มังสวิรัติ 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 จำนวนทั้งหมดที่ทำการศึกษา คือแพทย์ไทยที่เสียชีวิตตั้งแต่ 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 จำนวน 349 ราย ติดตามเก็บข้อมูลโดยดำเนินการสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต ได้จำนวน 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.1 นอกจากการสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิตแล้ว ยังค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากใบมรณบัตรและใบบันทึกทางการแพทย์

ตารางที่ 4.1 จำนวน 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 แสดงว่า 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 ส่วนข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุไว้ในใบมรณะบัตร 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 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต

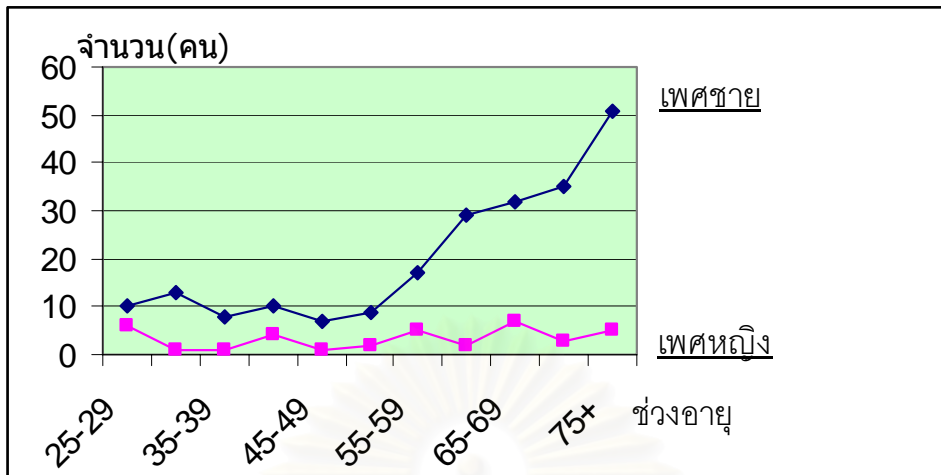
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
ข. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตาย		
เพศ		
ชาย	225	85.9
หญิง	37	14.1
รวม	262	100.0
อายุ(ปี)		
ชาย	225	62.09
หญิง	37	55.38
รวม	262	100.0

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

ตารางที่ 4.3 จำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตโดยแยกตาม 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 แสดงว่าแพทย์ผู้เสียชีวิตเป็นชาย 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

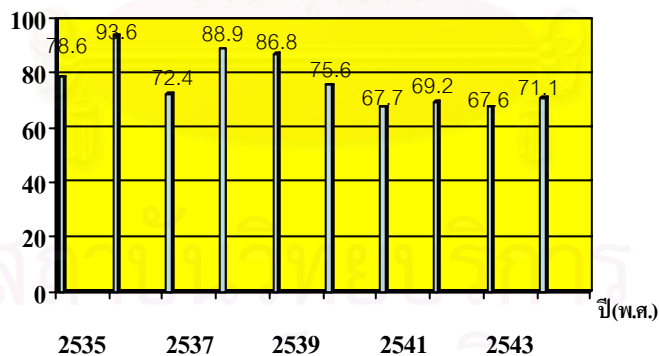
จากตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.1 แสดงว่า จำนวนแพทย์ชายเสียชีวิต มากกว่าแพทย์หญิง โดยเฉพาะ ยิ่งช่วงอายุสูงขึ้นจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตจะมากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ชายพบเสียชีวิตมากที่สุดที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี พบ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของแพทย์ชายทั้งหมดที่เสียชีวิต จำนวน 225 ราย ส่วนแพทย์หญิง จำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตในแต่ละช่วงอายุไม่ต่างกันมาก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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละของปีที่แพทย์เสียชีวิต

ปีที่เสียชีวิต(พ.ศ.)	จำนวนการเก็บข้อมูล	จำนวนทั้งหมดที่ศึกษา	ร้อยละ
2535	11	14	78.6
2536	15	16	93.6
2537	21	29	72.4
2538	24	27	88.9
2539	33	38	86.8
2540	34	45	75.6
2541	42	62	67.7
2542	27	39	69.2
2543	23	34	67.6
2544	32	45	71.1
รวม	262	349	75.1

แผนภูมิกราฟที่ 4.2 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตที่เก็บข้อมูล
กับแพทย์ที่เสียชีวิตในแต่ละปีตั้งแต่ พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2544



ตารางที่ 4.4 และรูป 4.2 แสดงว่าสัดส่วนของการติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของแพทย์ในแต่ละปี พบมากกว่าร้อยละ 60 สัดส่วนที่พบมากที่สุดในปี 2536 ปีที่แพทย์เสียชีวิตมากที่สุดคือ 2541 ทำให้เก็บข้อมูลได้มากที่สุดแต่สัดส่วนของแพทย์ที่เก็บข้อมูลในปี 2541 คือ ร้อยละ 67.7

ตารางที่ 4.5 แสดงสถานที่เสียชีวิต

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

ตารางที่ 4.5 แสดงว่า แพทย์ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล (ทั้งรัฐบาล 153 ราย และ เอกชน 30 ราย) 183 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.8 รองลงมาเสียชีวิตที่บ้าน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 เสียชีวิตที่ถนน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 และสถานที่อื่นๆ 13 ราย ดังนี้ เสียชีวิตที่บ้านพักแพทย์ 5 ราย แม่น้ำ 2 ราย ทะเล 1 ราย ตึกกำลังก่อสร้าง 1 ราย ระหว่างปฏิบัติภารกิจที่ นราธิวาส 1 ราย โรงแรม 1 ราย วัด 1 ราย สอ.บางพลัด 1 ราย

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละของภูมิภาคของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ภูมิภาค	จำนวน (n=262)	ร้อยละ
กลาง	168	64.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	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 สถานที่ทำงานครั้งสุดท้ายของแพทย์ผู้เสียชีวิต

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 รองลงมาคือคลินิกส่วนตัว 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 และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เป็นต้น 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.0

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการมีประกันชีวิต 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 รายคิดเป็นร้อยละ 4.7

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของสถาบันการศึกษาที่จบแพทย์

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=258)	ร้อยละ
สถาบันที่จบ		
ศิริราช	136	52.7
จุฬา	69	26.7
ขอนแก่น	10	3.9
เชียงใหม่	10	3.9
รามมา	8	3.1
รร.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 โรงพยาบาลรามมา 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 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 คิดเป็นร้อยละ 9.8 สูตินารีเวช 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 และกุมารเวชกรรม 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนด้านอื่นๆ พบเพียงจำนวนเล็กน้อย ตามตารางที่ 4.10 และไม่พบแพทย์หญิงในกลุ่มศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก ด้านบริหาร พยาธิวิทยาและกายภาพบำบัด แต่พบในกลุ่มกุมารเวชกรรมใกล้เคียงกับแพทย์ชาย

ตารางที่ 4.11 จำนวน ร้อยละของการบริโภคอาหารของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

	มังสวิรัตติ	เจ	สุกดิบ	บุนหรี	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 แสดงว่าแพทย์ส่วนมากรับประทานอาหารทั่ว ๆ ไป 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 ดื่มนอกพบ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 (หมายเหตุ: การจัดลำดับการบริโภคมากน้อย คิดจากเปอร์เซ็นต์ การบริโภค ตลอดช่วงที่มีชีวิตอยู่)

ตารางที่4.12 จำนวน 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 จำนวน ร้อยละของการรับประทานยานอนหลับหรือยาคลายเครียดของแพทย์

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

จากตารางที่ 4.12 และ 4.13 แสดงว่าแพทย์ส่วนมากจะออกกำลังกาย 162 ราย คิดเป็น ร้อยละ 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 คิดเป็นร้อยละ 12.2 ส่วนมากจะไม่มีประวัติการใช้ยานอนหลับ หรือยาคลายเครียดเป็นประจำ อธิบายได้ว่าข้อมูลประวัติการใช้ยากลุ่มนี้ อาจมีสาเหตุจากความเครียดทำให้มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ แพทย์บางรายมีโรคประจำตัวคือ Parkinson จึงมี ยาทางด้านจิตเวชใช้เป็นประจำ บางรายใช้ยานอนหลับเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดจากโรค หรือ บางรายการใช้ยานอนหลับจะสันนิษฐานภาวะทางจิตเวช ที่ญาติผู้ใกล้ชิดไม่ทราบมาก่อน

ตารางที่ 4.14 จำนวน 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 จำนวน 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

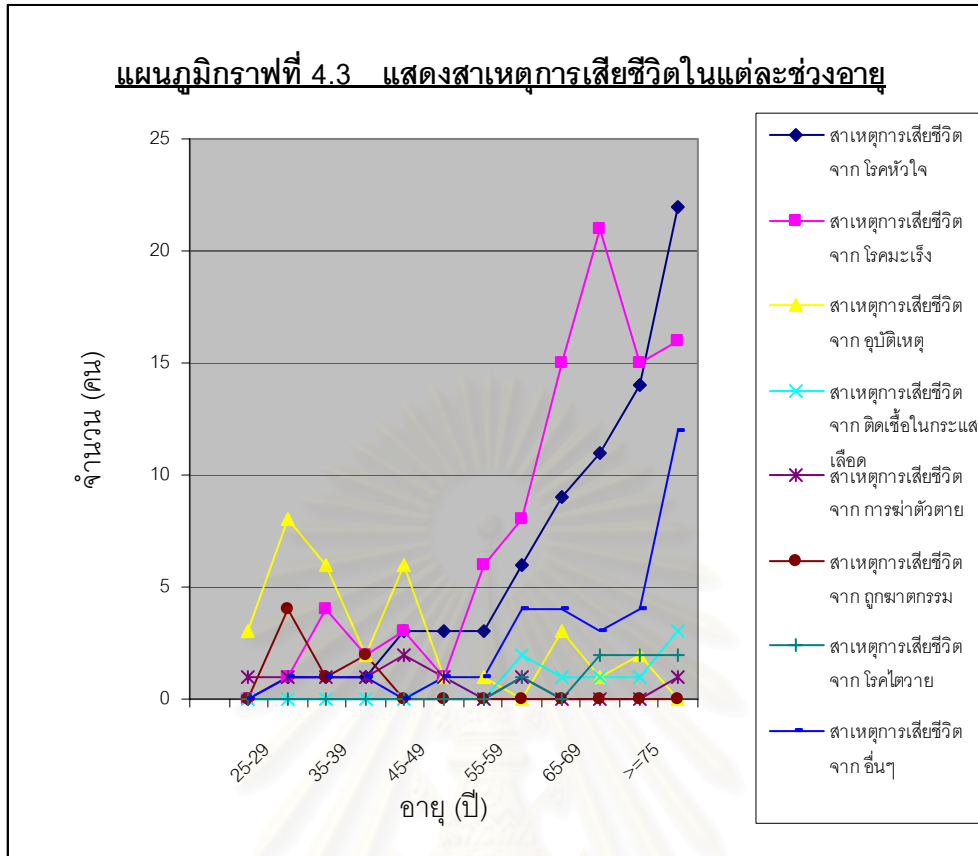
ตารางที่ 4.16 จำนวน ร้อยละ ของสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์หญิง

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 สาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	สาเหตุการเสียชีวิต								รวม
	หัวใจ	มะเร็ง	อุบัติเหตุ	ติดเชื ใน กระแส เลือด	ฆ่า ตัวตาย	ถูก ฆาตกรรม	ไตวาย	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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จากตารางที่ 4.14, 4.15, 4.16, 4.17 และรูปที่ 4.3 แสดงว่า สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็ง 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อันดับสองคือโรคหัวใจ 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.2 ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.3 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ ทั้งโรคมะเร็งและโรคหัวใจพบมากเมื่ออายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อันดับสามคืออุบัติเหตุ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 พบภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 12 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 และพบว่าเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถยนต์ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในจำนวนนี้ค่าเฉลี่ยของความเร็วที่ขับ เท่ากับ 105 กิโลเมตร/ชั่วโมง และพบว่าส่วนมากทำงานวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

อันดับที่สี่คือ ติดเชื้อในกระแสเลือดและฆ่าตัวตาย โดยติดเชื้อในกระแสเลือด 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 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 ฆ่าตัวตายโดยวิธีการผูกคอก 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 เมื่อพิจารณาทั้งแพทย์ชายและแพทย์หญิงพบว่าเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุดแพทย์ชาย 76 ราย และแพทย์หญิง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.8 และ 43.2 ของแต่ละเพศ ตามลำดับ รองลงมาคือโรคหัวใจ 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 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของแพทย์ไทย

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งตับ	19	25.0	1	6.3	20	21.7
มะเร็งปอด	13	17.1	3	18.8	16	17.4
มะเร็งทางเดินอาหาร	13	17.1	3	18.8	16	17.4
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	7	9.2	4	25.0	11	12.0
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	5.3	1	6.3	5	5.4
มะเร็งต่อมลูกหมาก	5	6.6	0	0.0	5	5.4
มะเร็งโพรงจมูก	3	3.9	1	6.3	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	6.3	2	2.2
มะเร็งมดลูก	0	0.0	1	6.3	1	1.1
มะเร็งเต้านม	0	0.0	1	6.3	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 สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่พบมากที่สุด ใน แพทย์ชายคือมะเร็งตับ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบมากใน

สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และศัลยกรรมสาขาละ 4 ราย สาขาอายุรกรรม และบริหารสาขาละ 3 ราย รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุละ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มะเร็งปอดพบมากที่สุดในแพทย์กลุ่มบริหาร 4 ราย รองลงมาคือ ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก 2 ราย อันดับที่ดี คือมะเร็งเม็ดเลือดขาว 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.2 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง เมื่อพิจารณาแพทย์หญิง จากตารางที่ 4.18 แสดงว่า แพทย์หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบในช่วงอายุ 25-29 ปี 1 ราย 40-44 ปี 1 ราย 60-69 ปี 2 ราย ประกอบเวชปฏิบัติทั่วไป 2 ราย ผิวน้ำ 1 ราย และ โสถ ศอ นาสิก 1 ราย รองลงมาคือมะเร็งปอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 และมะเร็งทางเดินอาหาร 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ส่วนมะเร็งมดลูก และมะเร็งเต้านมพบสาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของระยะของโรคมะเร็งที่พบครั้งแรก

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 จำนวน 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 และการที่เป็นเช่นนี้ ทำให้ผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิต ไม่สามารถให้คำตอบในส่วนนี้ได้

ตารางที่ 4.21 จำนวน ร้อยละของสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุการตาย	จำนวน (n=74)	ร้อยละ
Congestive heart failure	18	24.3
Myocardial infarction	17	23.0
Cerebrovascular 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 จำนวน 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 สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น 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
สำลักอาหารเข้าหลอดลม	1	3.3
เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ	1	3.3
สมองเสื่อม	1	3.3
แพ้ยาล	1	3.3
โรคชรา	1	3.3
เนื้องอกต่อมใต้สมอง	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 ความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ

สาเหตุการ เสียชีวิต	เพศผู้เสียชีวิต		รวม (n=262)	p-value
	ชาย (n=225)	หญิง (n=37)		
มะเร็ง	ใช่	76	16	0.264
	ไม่ใช่	149	21	
หัวใจ	ใช่	65	9	0.568
	ไม่ใช่	160	28	

ตารางที่ 4.25 ความสัมพันธ์ของเพศ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต	เพศผู้เสียชีวิต		รวม (n=262)	p-value
	ชาย (n=221)	หญิง (n=35)		
อุบัติเหตุ	28	5	33	0.791
สาเหตุอื่นๆ	193	30	223	

จากตาราง 4.24 และ 4.25 แสดงว่า แพทย์หญิงและแพทย์ชายมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุไม่ต่างกัน ในแต่ละเพศ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4.26 จำนวนและความสัมพันธ์ ระหว่างช่วงอายุกับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง

อายุ (ปี)	สาเหตุการเสียชีวิต		รวม
	มะเร็ง	ไม่ใช่มะเร็ง	
20-24	0	4	4
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 = 0.015

ตารางที่ 4.26 แสดงกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.015$) เทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง

ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 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	<0.001
	ไม่ใช่	43	186	229	

จากตารางที่ 4.27 แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าภูมิภาคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างจากภาคอื่นๆ

ตารางที่ 4.28 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาคกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 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	<0.001
	ไม่ใช่	159	70	229	

ตารางที่ 4.28 แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุน้อยกว่าภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างจากภูมิภาคอื่น ๆ

ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ 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	

จากตารางที่ 4.29 แสดงว่า แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.027$) และสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าสาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.022$) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจไม่แตกต่างจากสาขาอื่น ๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.30 ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขาบริหาร กับ สาเหตุ การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และ อุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		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 4.30 พิจารณาแพทย์กลุ่มบริหารแสดงว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคมะเร็ง โรคหัวใจไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคหัวใจ และอุบัติเหตุนั้น ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุตามลำดับ

ตารางที่ 4.31 ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขารังสี พยาธิวิทยา นิติเวช วิชาญญี กับ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจ เทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		รังสี พยาธิวิทยา นิติเวช วิชาญญี (n=17)	สาขาอื่นๆ (n=239)		
มะเร็ง	ใช่	6	83	89	0.962
	ไม่ใช่	11	156	167	
หัวใจ	ใช่	5	68	73	0.933
	ไม่ใช่	12	171	183	
อุบัติเหตุ	ใช่	1	32	33	0.372
	ไม่ใช่	16	207	223	

ตารางที่ 4.31 พิจารณาแพทย์กลุ่มรังสี พยาธิวิทยา นิติเวช วิสัญญีแสดงว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคมะเร็ง โรคหัวใจไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ นั้น ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

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

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง		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 4.32 พิจารณาแพทย์กลุ่มกุมารเวชกรรม อายุรกรรม จิตเวช ผิวหนัง กายภาพ แสดงว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคมะเร็ง โรคหัวใจไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ นั้น ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4.33 ความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง ในสาขา ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก สูติ-นารีเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง		รวม (n=256)	p-value
		ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก 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	

ตารางที่ 4.33 พิจารณาแพทย์กลุ่มศัลยกรรม ศัลยกรรม กระดูก สูติ-นารี จักษุ โสต ศอ นาสิก แสดงว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคมะเร็ง โรคหัวใจไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากไม่ใช่โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ นั้น ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4.34 ความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง 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	

จากตารางที่ 4.34 แสดงว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ มากกว่าการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์ผู้เสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.025 และ 0.038 ตามลำดับ) แต่การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และ ไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ และอุบัติเหตุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ

สาเหตุการเสียชีวิต		เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		รวม (n=261)	p-value
		ดื่ม (n=124)	ไม่ดื่ม (n=137)		
มะเร็ง	ใช่	49	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 แสดงว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ในแพทย์ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกับ แพทย์ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ มะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุตามลำดับ

ตารางที่ 4.36 ความสัมพันธ์ของการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียดกับสาเหตุการเสียชีวิตจาก มะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ มะเร็ง โรคหัวใจเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่หัวใจ

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

ตารางที่ 4.36 แสดงว่าการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าการไม่ใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.043) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ส่วนการใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด กับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจนั้น ไม่แตกต่างกับกลุ่มไม่ใช้ยา เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่โรคหัวใจ

ตารางที่ 4.37 ความสัมพันธ์ของการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนพบโรคมะเร็งกับระยะเวลาของโรคมะเร็งที่พบครั้งแรก

ระยะที่พบ มะเร็งครั้งแรก	การตรวจสุขภาพก่อนพบมะเร็ง		รวม
	เคย	ไม่เคย	
1-3	22	17	39
4	16	15	31
รวม	38	32	70

P-value = 0.69

จากตารางที่ 4.37 แสดงว่า การที่แพทย์ไม่เคยตรวจสุขภาพก่อนพบโรคมะเร็งเลยนั้นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการพบมะเร็งระยะสุดท้ายกับระยะอื่น ๆ

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ศึกษาศาสตร์เหตุการณ์ตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแพทย์ไทย โดยศึกษาจากข้อมูลของแพทย์ที่เสียชีวิตในช่วง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 โดยแยกตามอายุ เพศ ภูมิภาค การประกอบอาชีพเฉพาะทาง รูปแบบการดำเนินชีวิต ศึกษาจากการเก็บข้อมูลในอดีต โดยการสัมภาษณ์ญาติหรือคู่สมรสของแพทย์ผู้เสียชีวิต ใน ระหว่าง 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2544 จำนวน 349 ราย เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.1 โดยสัมภาษณ์คู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดกับแพทย์ผู้เสียชีวิตตามแบบสำรวจข้อมูลที่สร้างขึ้น และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ สามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. แหล่งข้อมูล

จากฐานข้อมูลของแพทยสภา พบข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 ในจำนวนที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตนั้น ศึกษาศาสตร์เหตุการณ์เสียชีวิตของแพทย์ไทยทั่วประเทศ โดยศึกษาศาสตร์เหตุการณ์เสียชีวิตจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิทั้งการเสียชีวิตที่บ้านและในโรงพยาบาล 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 แสดงว่าฐานข้อมูลของแพทยสภา ยังมีความผิดพลาดอยู่ 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 349 รายเก็บข้อมูลได้ 262 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.1 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 โดยเฉพาะยิ่งช่วงอายุสูงขึ้นจำนวนแพทย์ผู้เสียชีวิตจะมากขึ้น สัดส่วนของการติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของแพทย์ในแต่ละปี พบมากกว่าร้อยละ 60 สัดส่วนที่พบมากที่สุดในปี 2536 ปีที่แพทย์เสียชีวิตมากที่สุดคือ 2541 ทำให้เก็บข้อมูลได้มากที่สุดแต่สัดส่วนของแพทย์ที่เก็บข้อมูลในปี 2541 คือ ร้อยละ 67.7

แพทย์ส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลางร้อยละ 64.1 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.4 และภาคเหนือร้อยละ 10.7 แพทย์ที่เสียชีวิตส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลร้อยละ 43.1 รองลงมา มีคลินิกส่วนตัวร้อยละ 13.7 และ โรงเรียนแพทย์ ร้อยละ 13.7 แพทย์ส่วนมากไม่มีประกันชีวิตร้อยละ 63.3 ส่วนแพทย์ที่ทำประกันชีวิตพบ ร้อยละ 32.0 (ในกลุ่มผู้ที่มีประกันชีวิตพบประเภทประกันชีวิตที่ทำกับบริษัทเอกชนร้อยละ 62.2)

สถาบันการศึกษาจบจาก โรงพยาบาลศิริราช (มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล) ร้อยละ 52.7 รองลงมาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร้อยละ 26.7 ส่วนข้อมูลสาขาวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทาง พบว่า แพทย์ที่ประกอบเวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 31.3 รองลงมาคือ ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 16.0 และด้านบริหารร้อยละ 13.3

3. ปัจจัยทางด้านสุขภาพของแพทย์

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

4. สาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา 4 อันดับแรก ดังนี้ อันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็งร้อยละ 35.1 ส่วนมากภูมิลำเนาอยู่ภาคกลางร้อยละ 70.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 12.0 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

อันดับสองคือโรคหัวใจร้อยละ 28.2 ส่วนมากภูมิคุ้มกันอยู่ภาคกลางร้อยละ 70.3 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ ทั้งโรคมะเร็งและโรคหัวใจพบมากเมื่ออายุสูงขึ้นโดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อันดับสามคืออุบัติเหตุร้อยละ 12.6 พบภูมิคุ้มกันอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 52.2 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และส่วนมากเป็นกลุ่มแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชปฏิบัติร้อยละ 42.4 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 25-29 ปี 8 ราย และพบว่าเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถยนต์ร้อยละ 66.7 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในจำนวนนี้ค่าเฉลี่ยของความเร็วที่ขับ เท่ากับ 105 กิโลเมตร/ชั่วโมง และพบว่าส่วนมากทำงานวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของแพทย์ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อันดับที่ดีที่สุดคือ ติดเชื้อในกระแสเลือดและฆ่าตัวตาย ติดเชื้อในกระแสเลือดพบร้อยละ 3.4 พบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบแพทย์ที่มีภูมิคุ้มกันภาคกลาง ส่วนฆ่าตัวตายร้อยละ 3.4 ส่วนมากอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยมากมักมีสาเหตุมาจากความเครียดเรื่องต่าง ๆ และมักไม่ทราบว่ามีภาวะทางจิตเวชผิดปกติหรือไม่ และพบในกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 44.4 ส่วนสาเหตุที่พบน้อยที่สุดคือ การถูกฆาตกรรมร้อยละ 2.7 พบในช่วงอายุ 25-29 ปี มากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงที่เพิ่งจบการศึกษาและเริ่มปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป สาเหตุของการถูกฆาตกรรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องขู้สาว

มะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือมะเร็งตับร้อยละ 21.7 เป็นแพทย์ชาย 19 ราย แพทย์หญิง 1 ราย อันดับสองคือมะเร็งปอดร้อยละ 17.4 และมะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 17.4 อันดับสี่คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 12 สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่พบมากที่สุดในแพทย์ชายคือมะเร็งตับร้อยละ 25 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบมากในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร พบสาเหตุละ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มะเร็งปอดพบมากที่สุดในแพทย์กลุ่มบริหาร อันดับที่ดีที่สุดคือมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 9.2 ของแพทย์ชายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง ในกรณีนี้แพทย์หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุดร้อยละ 25 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็ง พบในช่วงอายุ 25-29 ปี 1 ราย 40-44 ปี 1 ราย 60-69 ปี 2 ราย ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไป 2 ราย รองลงมาคือมะเร็งปอดร้อยละ 18.8 และมะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 18.8 ของแพทย์หญิงที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

แพทย์ส่วนใหญ่มักจะพบโรคมะเร็งมักเป็นในระยะสุดท้ายร้อยละ 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 ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นอันดับสองร้อยละ 23.0 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อันดับสามคือเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ 17.6 พบมากในแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และการตรวจสุขภาพก่อนพบโรคนั้นโดยมากจะเคยรับการตรวจสุขภาพมาบ้างไม่ว่าจะตรวจจำนวนครั้งมากหรือน้อย พบร้อยละ 62.1 ในรายที่มีการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ ตรวจสุขภาพประมาณปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 54.3 ของแพทย์ที่มีการตรวจสุขภาพ

5. ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของรูปแบบการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ของแพทย์ เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ สรุปว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ การใช้อานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง น้อยกว่าการไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

ในกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แพทย์หญิงและแพทย์ชายมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุไม่ต่างกัน เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าภาคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอุบัติเหตุ น้อยกว่าภาคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่ากลุ่มสาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่าสาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และเทียบสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ตามลำดับ ส่วนการประกอบวิชาชีพเวช

กรรมสาขาอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุกับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง ไม่มีความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เปรียบเทียบกับโรคอื่นๆที่ไม่ใช่โรคหัวใจ และไม่มีความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ในเรื่องการตรวจสุขภาพก่อนพบโรคมะเร็งนั้นพบว่าแพทย์ที่ไม่ได้ทำการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะของโรคมะเร็งที่พบครั้งแรก กล่าวคือแพทย์ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพก่อนพบโรคมะเร็งนั้นโอกาสการพบโรคมะเร็งในระยะต่างๆไม่ต่างกัน

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากฐานข้อมูล

ของแพทยสภามีข้อมูลที่สอดคล้องกับการสำรวจครั้งนี้ร้อยละ 40.1 ไม่พบฐานข้อมูลอีก ร้อยละ 43.1 จะเห็นว่าในอดีต แพทยสภาไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีพอ ทำให้ข้อมูลส่วนใหญ่ นั้นผู้วิจัยต้องดำเนินการค้นเพิ่มเติมจากสำนักงานทะเบียนราษฎร พบว่าข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎรตามใบมรณะบัตร มีความสอดคล้องตรงกับการให้สาเหตุการตายร้อยละ 59.5 ซึ่งพบเปอร์เซ็นต์ความถูกต้องนี้มากกว่าในประชากรทั่วไป³² ที่ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ได้ทำการศึกษา พบความสอดคล้องของใบมรณะบัตรกับที่ศึกษา ร้อยละ 25.5

2. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เสียชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ติดตามเก็บข้อมูลได้มาร้อยละ 75.1 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 และภาคเหนือ ที่พบมากภาคกลางส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยที่สูงอายุแล้ว ผลจากการโยกย้ายที่ทำงาน ในที่สุดจะกลับเข้าสู่ส่วนกลางเป็นส่วนมาก และการที่ได้ข้อมูลในส่วนภาคกลางมากกว่านั้นนอกจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น อีกกรณีหนึ่ง เป็นการติดตามเก็บข้อมูลหรือติดต่อได้ง่าย และครอบครัวของแพทย์ หรือญาติบางท่านจะอยู่กรุงเทพมหานคร และพบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ทำประกันชีวิต เนื่องจาก รักราชการมี

สวัสดิการ บางรายเคยทำประกันชีวิตแต่เมื่ออายุเลยวัยที่ทางบริษัทประกันกำหนดจะไม่มี การต่ออายุประกันภัยให้

3. สาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็ง รongลงมา หัวใจและหลอดเลือด ต่างจากการศึกษาของ Frank E และคณะ⁵ ที่พบสาเหตุส่วนใหญ่จากเส้นเลือดในสมองแตกและตีบ การเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย จากการศึกษพบว่ามะเร็งตับ พบมากที่สุดในสาเหตุการตายจากมะเร็ง รongลงมาคือปอดและทางเดินอาหาร ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสอดคล้องกับการศึกษาของ³² จันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ ที่ศึกษาในประชากรทั่วไป แสดงว่าสาเหตุการตายของแพทย์ไทยในกลุ่มมะเร็ง เหมือนกับในประชากรทั่วไป แต่การที่จะสรุปว่าแพทย์จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าประชากรทั่วไปหรือไม่ นั้น ต้องมีการศึกษาเปรียบเทียบต่อไป

ส่วนสาเหตุจากโรคหัวใจ พบสาเหตุของโรคเหมือนกับประชากรทั่วไป ส่วนสาเหตุจากอุบัติเหตุ นั้น พบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ในแพทย์ที่อายุ 20-40 ปี โดยเฉพาะ 25-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงหลังจบการศึกษาออกไปทำงานใช้ทุนในต่างจังหวัด เหตุผลอาจเนื่องมาจาก การทำงานหนัก 12-16 ชั่วโมง/วัน พักผ่อนไม่เพียงพอ และความไม่ชำนาญทางในต่างจังหวัด นั้นๆ ก็เป็นไปได้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย เป็นเพศชายมากกว่าแพทย์หญิง และมีการศึกษาจากงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้เช่นกัน^{17,18,19,20,21} ส่วนมากผลจะแตกต่างจากประชากรทั่วไป แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป การบอกความสัมพันธ์จึงไม่ชัดเจนนัก

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต

พบว่าบุหรี่ยี่ มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งและโรคหัวใจ เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ยี่ อย่างมีสำคัญทางสถิติ คล้ายกับการศึกษาของ Doll R. และคณะ²⁶ อธิบายว่าบุหรี่ยี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง แต่เรายังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม และการควบคุมปัจจัยกวนอื่นๆ เพียงแต่บอกถึงความสัมพันธ์ทางสถิติได้เท่านั้น การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง น้อยกว่าการไม่ใช่อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ซึ่งการรับประทานยานอนหลับ ยาคลายเครียด นั้นใช้เป็นตัวเองชี้ถึงภาวะสุขภาพจิต ถ้าพบว่ามีการใช้ยาส่วนใหญ่ มักจะมาจากปัญหาความเครียดสูง การนอนไม่หลับ ต้องอาศัยยาเหล่านี้ช่วย ซึ่งญาติบางคน จะไม่ทราบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ อาจกล่าวจากผลการศึกษาได้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

มะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวได้ว่าแพทย์ผู้ที่มีความเครียดสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยังพบว่า แพทย์ที่อายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะว่าเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสการป่วยด้วยโรคมะเร็งก็มากขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าภูมิภาคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป อาจเนื่องมาจากสภาพทางภูมิประเทศ และพบว่ามักเป็นกลุ่มอายุน้อย โดยเฉพาะช่วง 25-29 ปี ประสบการณ์การขับรถ ประกอบกับการทำงานหนักวันละ 12-16 ชั่วโมง/วัน พักผ่อนน้อย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคกลางมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ น้อยกว่าภาคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาคอื่น ๆ ดังกล่าวนั้นรวมภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย ดังนั้นภาคกลางจึงเสียชีวิตจากอุบัติเหตุน้อยกว่า แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งน้อยกว่าสาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่า จะไม่มีความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ซึ่งงานวิจัยของ Innos K.²³ เคยศึกษาไว้ว่าไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง ส่วนในงานวิจัยนี้บอกได้ชัดเจนในกลุ่มเวชปฏิบัติทั่วไปว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโอกาสการพบโรคมะเร็งระยะต่าง ๆ ไม่ต่างกันในแพทย์ผู้ที่เคยตรวจสุขภาพก่อนพบโรคมะเร็งเมื่อเทียบกับการไม่ตรวจสุขภาพก่อนพบโรคมะเร็ง แต่การบอกความสัมพันธ์ดังกล่าวผู้วิจัยอธิบายได้แต่เพียงผลที่ได้ในทางสถิติเท่านั้น ควรจะมีการศึกษากันต่อไปให้ได้อธิบายที่แท้จริง โดยอาจมีการศึกษาไปข้างหน้าในกลุ่มแพทย์เหล่านี้ และทำการเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ จึงจะอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้หนักแน่นขึ้น

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความบกพร่องของข้อมูล โดยเฉพาะฐานข้อมูลจากแพทย์สภา ระบบการจัดการข้อมูลในอดีต จะลบข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตแล้ว เพราะฉะนั้น ผู้วิจัยจะไม่มีข้อมูลที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และไม่มีเลขประจำตัวประชาชน มีเพียงแต่รายชื่อของแพทย์ผู้เสียชีวิต และข้อมูลที่ได้จากสำนักงานทะเบียนราษฎรนั้น บางรายชื่อ-นามสกุลตรงกับประชากรทั่วไป การสืบค้นต้อง

ทำมากขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากการสื่อสารแห่งประเทศไทยในการช่วยหาที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อญาติ ดังนั้นงานวิจัยนี้ผู้วิจัยยังขาดฐานข้อมูลที่ดี จำนวนการติดตามจึงมีข้อจำกัด

2. การติดต่อกับหน่วยงานราชการอื่นๆ การตามงานและระบบงานที่เป็นขั้นเป็นตอนในกระบวนการทำให้เกิดความล่าช้า
3. อุปสรรคในการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะในกรณีรายแรก ๆ การไม่ยินยอมให้ความร่วมมือ ของญาติของแพทย์ผู้เสียชีวิต
4. การเดินทางเก็บข้อมูล ระยะทาง ถ้าขาดการประสานงานที่ดี งานวิจัยนี้อาจจะไม่สำเร็จ ในเวลาที่กำหนด
5. จุดด้อยที่สำคัญคือ เรายังไม่มีกลุ่มข้อมูลเปรียบเทียบเพราะฉะนั้นการสรุปผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ ว่าปัจจัยใดมีผลต่อสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยจึงสรุปไม่ได้ บอกได้แต่เพียงความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคที่อธิบายผลทางสถิติเท่านั้น
6. การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยซักถามเรื่องราวในอดีตของแพทย์ผู้เสียชีวิต จากคู่สมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิดนั้น มีอุปสรรคและข้อจำกัดในแง่ของการให้ข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นตัวเลขที่แน่นอน และการให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ แต่ผู้วิจัยก็ได้ข้อมูลในส่วนที่ขาดจากใบมรณบัตร หนังสืองานฌาปนกิจ หรือจากใบบันทึกทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นการรวบรวมเพื่อสร้างฐานข้อมูลการตายของแพทย์ไทยเป็นครั้งแรก และยังไม่มีผู้ใดในประเทศไทยได้มีการศึกษาลักษณะอย่างนี้มาก่อน เพื่อทราบปัญหาเบื้องต้น และสามารถดำเนินการเพื่อศึกษาถึงปัญหา หรือปัจจัยใด ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และ อาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคนั้น และนำแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้อาปรูปใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป รวมทั้งเป็นตัวอย่างสำหรับการทำวิจัยในกลุ่มอาชีพอื่นๆ
2. การศึกษาครั้งนี้ ทำให้แพทย์ไทยตื่นตัวเป็นอย่างมาก ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย แพทย์เป็นแกนนำ การที่แพทย์ตระหนักถึงปัญหาแล้วพยายามแก้ไข นั่นก็แสดงถึงนิมิตหมายที่ดีต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทย
3. เสนอให้มีระบบการติดตามข้อมูลที่ต่อเนื่องของแพทย์สภา และการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติของแพทย์ทุกคน ทั้งที่มีชีวิตและเสียชีวิต ให้บันทึกในระบบที่ค้นหาได้ง่าย เช่น computer
4. การเสริมสร้างศักยภาพให้แพทย์ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเอง และ จัดส่งข้อมูลสุขภาพของตนเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของแพทย์สภา

5. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรม สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นตัวอย่าง ประชากรที่อยู่ในชนชั้นกลาง อายุอยู่ในวัยทำงานจนถึงเกษียณ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีการเฝ้า ระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบในการบริหารการทำ วิจัย และการให้บริการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาสาเหตุการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเปรียบเทียบกับ ประชากรทั่วไป
2. ศึกษาสาเหตุการตายและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ไทยเปรียบเทียบกับสาขา อาชีพ อื่นๆ เช่น ผู้พิพากษา ทนายความ นักธุรกิจ
3. ศึกษาติดตามไปข้างหน้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแพทย์กับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ
4. ศึกษาภาวะความเครียดกับการเกิดโรคมะเร็ง ในแพทย์ไทย เปรียบเทียบกับประชากร ทั่วไป
5. ศึกษาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของแพทย์ในแต่ละสาขาเฉพาะทาง กับภาวะสุขภาพ เช่น สาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม เวชปฏิบัติทั่วไป และ บริหาร เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

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 Epidemiol 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 ชูประภารธรรม, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, วรษา เปาอินทร์, 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: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
35. ทศนีย์ นุชประยูรและเต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
36. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรต์ และ ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น,2543.
37. เชิดลาภ วสุวัต. รู้ใช้สถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: บริษัท ทีทีเอที คอนเน็ค จำกัด, 2545.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ไทยปี พ.ศ. 2535 ถึง 2544

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร์	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
3	โรคชรา	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
4	ฆ่าตัวตาย	สมองถูกทำลายด้วยกระสุน	ฆ่าตัวตาย
5	อุบัติเหตุรถชน	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
7	กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
9	ถูกฆาตกรรม	บาดแผลกระสุนฝังนอคม่านหัวใจ	ถูกฆาตกรรม
10	อุบัติเหตุรถชน	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
11	กินยานอนหลับเกินขนาด	หัวใจวาย	ฆ่าตัวตาย
14	ระบบการหายใจล้มเหลว	หัวใจวาย	เส้นเลือดหัวใจตีบ
15	หัวใจเต้นผิดปกติและล้มเหลว	ติดเชื้ในกระแสเลือด	มะเร็งปอด
16	ฆาตกรรม กรณีผู้หญิงสาว	ถูกฆาตกรรม ของแท็งค์ตีบริเวณศีรษะและใบหน้า	ถูกฆาตกรรม
17	ตีบอึกเสบ	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ตีบววาย
22	โรคไตและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
23	อุบัติเหตุจมน้ำ	ไต่ววาย โรคชรา	จมน้ำ
31	ไต่ววาย	ไต่ววาย	ไต่ววายเรื้อรัง
32	หัวใจวาย, มะเร็งลำไส้ใหญ่, เส้นเลือดสมองตีบ	มะเร็งลำไส้	มะเร็งลำไส้
35	พลัดตกจากตึกกำลังก่อสร้าง	พลัดตกจากที่สูง	ฆ่าตัวตาย
37	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
38	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
39	ยิงตัวตาย	ยิงตัวตาย	ฆ่าตัวตาย
40	ไม่ทราบสาเหตุ	เส้นเลือดใหญ่หัวใจแตก	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
49	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
55	อุบัติเหตุขี่รถชนบักอ็อพ	อุบัติเหตุอื่น ๆ	อุบัติเหตุทางรถยนต์
56	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหัวใจล้มเหลว	มะเร็งต่อมลูกหมาก
58	มะเร็งกระเพาะอาหาร	มะเร็งแพร่กระจายทั่วท้อง	มะเร็งกระเพาะ
59	ไต่ววาย ความดันโลหิตสูง	ไต่ววาย	ไต่ววายเรื้อรัง

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร์	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
60	โรคหัวใจวาย	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
63	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
65	โรคหัวใจ	หัวใจล้มเหลว	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
66	โลหิตล้มเหลว	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ระบบทางเดินอาหาร ย่อยอาหารผิดปกติ
68	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
70	โรคชรา	ภาวะหัวใจล้มเหลว	ปอดติดเชื้อ ไตวาย
71	ตับวาย	ตับวาย	มะเร็งตับ
72	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
73	เส้นเลือดในสมองแตก	ระบบหายใจล้มเหลว	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
74	ภาวะหัวใจล้มเหลว (รถชนราวสะพานก่อนเข้าร.พ.)	โรคมะเร็ง การหายใจล้มเหลว	อุบัติเหตุทางรถยนต์
75	ระบบไหลเวียนโลหิต และการหายใจล้มเหลว	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
78	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
80	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
81	อุบัติเหตุรถยนต์ (ชนต้นไม้)	อุบัติเหตุรถยนต์พลิกคว่ำ	อุบัติเหตุทางรถยนต์
82	ไม่ทราบสาเหตุ	ภาวะน้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ	น้ำท่วมปอด
104	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
113	หัวใจวาย	ฆ่าตัวตาย	ฆ่าตัวตาย
116	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
118	ไม่ทราบสาเหตุ	เนื้องอกชนิดร้ายแรง (มะเร็ง)	มะเร็งลำไส้
119	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
121	ตับแข็ง, มะเร็งทวารหนัก	เลือดออกในกระเพาะ	ตับแข็ง
123	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
127	ไม่ทราบสาเหตุ	การติดเชื้อในกระแสโลหิต ลินหัวใจตีบ	หัวใจเต้นผิดจังหวะ
128	ยิงตัวตาย	ยิงตัวตาย	ฆ่าตัวตาย
133	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกในกระเพาะ	มะเร็งตับ

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
134	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุอื่นๆ	ถูกรถชนขณะเดินข้ามถนน
135	มะเร็งลำไส้ใหญ่	มะเร็งลำไส้	มะเร็งลำไส้
146	ไม่ทราบสาเหตุ	ติดเชื้ในกระแสเลือด	มะเร็งปอด
148	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคชรา	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
153	ไม่ทราบสาเหตุ	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ถุงลมโป่งพอง)	ถุงลมโป่ง
154	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	เส้นเลือดหัวใจตีบ
156	มะเร็งกระเพาะอาหาร	มะเร็งกระเพาะอาหาร	มะเร็งกระเพาะ
157	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกในสมอง	เลือดออกในสมอง
158	โรคหัวใจ	หัวใจวายเฉียบพลัน	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
161	หัวใจวาย	หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว	หัวใจเต้นผิดจังหวะ
163	ไม่ทราบสาเหตุ	หายใจล้มเหลว	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
164	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
165	ไตวาย	ติดเชื้ออย่างรุนแรงในกระแสเลือด	ไตวายเรื้อรัง
167	มะเร็งปอด	หายใจล้มเหลว	มะเร็งปอด
168	ไตวายและหัวใจล้มเหลว	ไตวาย	ไตแข็ง
169	โลหิตเป็นพิษ	โลหิตเป็นพิษ,ติดเชื้อในกระแสเลือด	ติดเชื้อในกระแสเลือด
171	หัวใจวายฉับพลัน	หัวใจวายเฉียบพลัน	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
174	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
176	ไตวายเรื้อรังและติดเชื้อ	ไตวาย	ไตวายเรื้อรัง
177	โรคหัวใจ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
178	เลือดออกในสมอง	เลือดออกในสมอง	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
180	ถูกยิง	ถูกยิง	ถูกฆาตกรรม
184	มะเร็ง	หยุดหายใจกะทันหัน	ติดเชื้อในปอด
185	เฮลิคอปเตอร์ตก	เครื่องบินปีกหมุนตก	เฮลิคอปเตอร์ตก
186	หัวใจล้มเหลว	ระบบหัวใจล้มเหลว	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
187	ไม่ทราบสาเหตุ	ภาวะหัวใจล้มเหลว	มะเร็งปอด
188	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	เส้นเลือดหัวใจตีบ
190	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและชั้นใน	เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากการ
193	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจและหลอดเลือดหัวใจตีบล้มเหลว	โรคติดเชื้อในกระแสเลือด
196	อุบัติเหตุรถยนต์	ศีรษะสมองซ้ำ อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุทางรถยนต์
197	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุบนทางเท้า	อุบัติเหตุทางรถยนต์
198	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
199	หัวใจล้มเหลว	ภาวะหายใจวาย	สมองเสื่อม
205	มะเร็ง	หัวใจวาย	มะเร็งทางเดินน้ำดี และถุงน้ำดี
206	โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองอุดตัน	กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
209	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	โรคชรา	เบาหวาน
212	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
214	ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว	ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว	สำลักอาหารเข้าหลอดลม
215	โรคหัวใจ	ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
220	ผูกคอตาย	ขาดอากาศหายใจจากการผูกคอตาย	ฆ่าตัวตาย
221	มะเร็งต่อมไทรอยด์	หัวใจวาย	มะเร็งต่อมไทรอยด์
222	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เบาหวาน	ไตวายเฉียบพลัน
229	หัวใจล้มเหลว	ความดันสูง,เส้นเลือดหัวใจอุดตัน	เส้นเลือดหัวใจตีบ
230	มะเร็งปอด	มะเร็งปอดระยะสุดท้าย	มะเร็งปอด
231	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจล้มเหลว	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
233	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวายเฉียบพลันนำท่วมปอด	มะเร็งกล่องเสียง
234	ไม่ทราบสาเหตุ	การหายใจล้มเหลว	มะเร็งลำไส้
235	ไม่ทราบสาเหตุ	ปอดติดเชื้อ(ปอดอักเสบ)	ปอดติดเชื้อ
236	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	มะเร็งปอด
237	หัวใจล้มเหลว	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	หัวใจเต้นผิดจังหวะ

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
238	มะเร็ง	มะเร็งต่อมลูกหมาก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
239	มะเร็งปอด	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมและปอด	มะเร็งปอด
240	หัวใจล้มเหลว	หัวใจวาย	เส้นเลือดหัวใจตีบ
241	มะเร็ง	มะเร็งตับระยะลุกลาม	มะเร็งตับ
243	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุทางรถยนต์
244	ชวยเด็กตกน้ำ	ระบบหายใจล้มเหลว จมน้ำ	จมน้ำ
246	หัวใจวาย	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากเส้นเลือดหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
249	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	ภาวะการหายใจล้มเหลว	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
250	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
252	หัวใจล้มเหลว	ระบบหายใจล้มเหลว	มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ
254	หัวใจวาย	ปอดติดเชื้อ(ปอดอักเสบ)	พาร์กินสัน
255	อุบัติเหตุรถยนต์	หัวใจล้มเหลว, ได้รับการกระแทกอย่างแรง	อุบัติเหตุทางรถยนต์
258	สมองฝ่อ	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
259	มะเร็งไต	มะเร็งที่ไตระยะแพร่กระจาย	มะเร็งที่ไตระยะแพร่กระจาย
260	มะเร็งเต้านม	มะเร็งเต้านม	มะเร็งเต้านม
262	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
263	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
265	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
268	ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว, มะเร็งลำไส้	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	มะเร็งลำไส้
271	หัวใจล้มเหลว	การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ฆ่าตัวตายโดยการฉีดยาเข้าเส้น
272	มะเร็งต่อมไทรอยด์	ระบบหัวใจล้มเหลว	มะเร็งต่อมไทรอยด์
273	หัวใจวาย	โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน	เส้นเลือดหัวใจตีบ
274	เส้นเลือดในสมองอุดตัน	สมองบวม	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
275	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคชรา	พาร์กินสัน
276	ไม่ทราบสาเหตุ	เส้นในสมองอุดตัน, กล้ามเนื้อสมองบริเวณ	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
277	ไม่ทราบสาเหตุ	ป่วยและโรคชรา	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
278	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคมะเร็งปอด	มะเร็งปอด
280	กล้ามเนื้อหัวใจวาย	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
282	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	เส้นเลือดหัวใจตีบ
286	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
287	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งต่อมลูกหมาก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
288	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
289	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งที่ต่อมลูกหมาก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
290	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งหลอดลมปอด	มะเร็งหลอดลมปอด
291	ไม่ทราบสาเหตุ	การทำงานของหัวใจล้มเหลว	วณโรคปอด
294	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจล้มเหลว	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
295	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
297	โรคตับ	เสียชีวิตจำนวนมากจากทางเดินอาหาร	มะเร็งตับ
298	หัวใจล้มเหลว	หัวใจล้มเหลว	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
300	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจล้มเหลว	มะเร็งปอด
301	ไม่ทราบสาเหตุ	ไตวายเรื้อรัง,การหายใจล้มเหลว	ปอดติดเชื้อ
302	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งลำไส้ใหญ่	มะเร็งลำไส้
304	โรคหัวใจ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
306	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบการหายใจและโลหิตล้มเหลว	ตับแข็ง
310	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
311	ไม่ทราบสาเหตุ	วณโรค ติดเชื้อราในปอด	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
314	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจล้มเหลว	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
316	ฆาตกรรม	ถูกกระแทกด้วยของแข็งไม่มีคม	ถูกฆาตกรรม
317	มะเร็งเม็ดเลือด	โรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
320	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย	มะเร็งระยะแพร่กระจายไม่ทราบจุดเกิด

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
325	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งทางเดินน้ำดีและถุงน้ำดี	มะเร็งทางเดินน้ำดี และถุงน้ำดี
327	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหัวใจและหายใจล้มเหลว	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
330	ไม่ทราบสาเหตุ	ติดเชื้ในกระแสเลือดรุนแรง	มะเร็งลำไส้
331	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย	มะเร็งลำไส้
335	ไม่ทราบสาเหตุ	เส้นโลหิตแตกในสมอง	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
338	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคเบาหวาน ความดันสูง	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
339	ไม่ทราบสาเหตุ	ภาวะมะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
340	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	เส้นเลือดหัวใจตีบ
341	ไม่ทราบสาเหตุ	ปอดติดเชื้อ(ปอดอักเสบ)	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
343	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
344	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	เส้นเลือดหัวใจตีบ
346	มะเร็งตับ	การทำงานของตับล้มเหลว	ตับแข็ง
347	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้าย	มะเร็งตับอ่อน
349	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุทางรถยนต์
352	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งเม็ดเลือดขาวความดันตาหัวใจหยุดเต้น	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
353	มะเร็งคอ	ปอดติดเชื้อ(ปอดอักเสบ)	มะเร็งโพรงจมูก
354	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
355	มะเร็งหลอดไต	มะเร็งกรวยไต	มะเร็งกรวยไต ไต
360	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งตับ ตับแข็ง	มะเร็งตับ
363	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งมดลูก	มะเร็งมดลูก
364	ไม่ทราบสาเหตุ	ไม่พบฐานข้อมูล	มะเร็งเม็ดโลหิตขาว
367	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งต่อมลูกหมากแพร่ไปกระดูก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
368	ถูกอาวุธปืนตาย	ถูกยิงเสียชีวิต	ถูกฆาตกรรม
369	ใช้อาวุธปืนยิงตัวตาย	ยิงตัวเอง	ฆ่าตัวตาย
371	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย	มะเร็งลำไส้

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
373	ไม่ทราบสาเหตุ	การทำงานของหลายอวัยวะล้มเหลว	มะเร็งตับ
374	ไม่ทราบสาเหตุ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตี	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
376	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคชรา	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
379	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคหัวใจโต,เบาหวาน,ความดันสูง	หัวใจโต
380	ไม่ทราบสาเหตุ	ปอดติดเชื้อ(ปอดอักเสบ)	ติดเชื้อที่ปอด
381	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคเชื้อราที่ฉวยโอกาส	มะเร็งลำไส้
382	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหัวใจล้มเหลว มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
383	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
384	ไม่ทราบสาเหตุ	เส้นเลือดหัวใจตีบ	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
386	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกในสมอง	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
387	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งสมอง	มะเร็งโพรงจมูก
389	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	ปอดติดเชื้อ
390	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคหัวใจวาย	มะเร็งปอด
391	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
394	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจหยุดทำงาน	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
395	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคตับแข็ง	ตับแข็ง
396	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ถุงลมโป่ง
397	ไม่ทราบสาเหตุ	ภาวะหัวใจล้มเหลว	มะเร็งลำไส้
399	ไม่ทราบสาเหตุ	ติดเชื้อในกระแสเลือด	เอช ไอ วี
400	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งลำไส้ใหญ่	มะเร็งลำไส้
405	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
406	ไม่ทราบสาเหตุ	หลอดเลือดอักเสบ	L-E like
408	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งระยะสุดท้าย	มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ
409	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
410	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจล้มเหลว	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร์	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
413	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
417	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
418	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ลิ้นหัวใจรั่ว
420	ไม่ทราบสาเหตุ	ปอดอักเสบติดเชื้อไวรัส	แพ้ยารักษาสิ่ว
421	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
422	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งโพรงจมูก	มะเร็งโพรงจมูก
430	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจล้มเหลว	ถุงลมโป่งพองติดเชื้อในกระแสเลือด
432	มะเร็งตับ	มะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจาย	มะเร็งตับอ่อน
434	ไม่ทราบสาเหตุ	เลือดออกในสมอง	เส้นเลือดสมองแตก หรือ ตีบ
435	ไม่ทราบสาเหตุ	อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	อุบัติเหตุทางรถยนต์
438	ไตวายเฉียบพลัน	ติดเชื้อในกระแสเลือด	ไตวายเรื้อรัง
440	มะเร็งเม็ดเลือด	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
444	มะเร็งในกล่องเสียง	กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	เบาหวาน
445	มะเร็งตับ	กลุ่มโรคอื่นๆ ที่เหลือ	มะเร็งตับ
446	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	ภาวะการหายใจล้มเหลว	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
449	เส้นเลือดในสมองแตก	เลือดออกในสมอง	เส้นเลือดแดงใหญ่ใกล้หัวใจแตก
451	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคของระบบเลือด	ติดเชื้อในกระแสเลือด
452	ไม่ทราบสาเหตุ	ตับและไตวาย,หัวใจล้มเหลว	มะเร็งตับ
454	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจล้มเหลว	มะเร็งตับ
457	มะเร็งไต	เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	มะเร็งตับ
458	ไม่ทราบสาเหตุ	เนื้องอกในสมองที่กระจายมาจากไต	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
460	ไม่ทราบสาเหตุ	ไตวาย	ตับวาย
461	เลือดออกในสมอง	ไม่พบฐานข้อมูล	aplastic anemia
465	มะเร็งหลังโพรงจมูก	มะเร็งช่องปาก	มะเร็งโพรงจมูก
466	พาร์กินสัน	ภาวะการหายใจและหัวใจล้มเหลว	พาร์กินสัน

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
467	ไม่ทราบสาเหตุ	ระบบหายใจล้มเหลว	เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ
471	ไม่ทราบสาเหตุ	ไตวาย	มะเร็งตับ
472	หัวใจล้มเหลว	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
473	เส้นโลหิตในสมองแตก	เลือดออกในสมอง	เส้นเลือดหัวใจตีบ
475	มะเร็งที่ตับ	หัวใจวาย	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
476	ไม่ทราบสาเหตุ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
479	ชรา	โรคชรา	โรคชรา
493	อุบัติเหตุจากรถบก	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
501	ภาวะหัวใจล้มเหลว	หัวใจวาย	กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
505	ท้องร่วง อาเจียนอย่างรุนแรง ซ้องท้องอืด	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ติดเชื้อในกระแสเลือด
512	ผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจครั้งที่ 2 และเกิด	หัวใจวาย	เส้นเลือดหัวใจตีบ
513	ความดันโลหิตสูง เส้นโลหิตไปเลี้ยงหัวใจตีบ หัวใจ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
521	กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส	กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ	กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
539	การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง ติดเชื้อใน	ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	ไตวายเรื้อรัง,ติดเชื้อในกระแสเลือด
543	อุบัติเหตุจมน้ำ	จมน้ำ	จมน้ำ
544	อุบัติเหตุรถคว่ำ เลือดคั่งในสมอง	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
611	ชรา ภาวะหัวใจขาดเลือด (ตีบ)	ติดเชื้อในกระแสเลือด	ติดเชื้อในกระแสเลือด
615	ปอดอักเสบไตวายเฉียบพลัน	ไม่พบฐานข้อมูล	ไตวาย ปอดอักเสบ
617	อุบัติเหตุรถยนต์	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
625	ไม่ทราบสาเหตุ	ไตวาย	มะเร็งตับ
626	ชรา	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
628	มะเร็งลำไส้ใหญ่	มะเร็งลำไส้	มะเร็งลำไส้
630	เส้นเลือดหัวใจตีบ	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ	เส้นเลือดหัวใจตีบ
634	หัวใจวาย	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
640	ปอดบวม	ระบบหายใจล้มเหลว	มะเร็งปอด

id	สาเหตุตายจากฐานข้อมูลแพทยสภา	ทะเบียนราษฎร	บันทึกทางการแพทย์ หรือจากการเก็บข้อมูล
642	เนื้องอกในลำไส้	มะเร็งลำไส้	มะเร็งลำไส้
645	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
646	เนื้องอกต่อมไธสมอง และระบบการหายใจล้มเหลว	ระบบหายใจล้มเหลว	เนื้องอกต่อมไธสมอง
647	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
648	ถูกยิงด้วยอาวุธปืน	ถูกยิง	ถูกฆาตกรรม
649	โรคหัวใจ เซลล์เนื้อเยื่อในสมองไม่ทำงาน	กล้ามเนื้อหัวใจตาย(ขาดเลือด)เฉียบพลัน เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตี	กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด
650	ไม่ทราบสาเหตุ	หัวใจวาย	ภาวะหัวใจวาย หัวใจล้มเหลว
651	มะเร็งตับ ตับวาย	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
653	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ
655	ฆาตกรรม โดนสายไฟรัดคอ	ฆาตกรรม	ถูกฆาตกรรม
662	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์
663	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุรถยนต์	อุบัติเหตุทางรถยนต์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสำรวจสาเหตุตายและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของแพทย์

สำหรับ
เจ้าหน้าที่ลงรหัส

ก. ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

ID □□□

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง V1 2. อายุ.....ปี V2

3. ความสัมพันธ์ของผู้ตาย

 1. พ่อ 2. แม่ 3. คู่สมรส V3 4. ลูก 5. พี่น้อง 6. หลาน 7.ญาติ 8. เพื่อน 9. อื่นๆ.....

4. ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่กับผู้ตายตอนใกล้ตาย

 1. ใช่ ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ตาย.....ปี 2. ไม่ใช่ V4A ถ้าไม่ใช่พบผู้ตายครั้งสุดท้าย.....วันก่อนตาย V4B

ข. ข้อมูลทั่วไปผู้ตาย

5. เพศ 1. ชาย 2. หญิง V5 6. อายุ.....ปี (วัน/เดือน/ปี เกิด.....) V6 7. อำเภอ.....จังหวัด..... (ตามภูมิลำเนา) V7 8. เสียชีวิตเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. V8

9. สถานที่เสียชีวิต

 1. บ้าน 2. โรงพยาบาล ระบุ..... V9 3. ถนน 4. อื่นๆ ระบุ.....10. ผู้เสียชีวิตเป็นสมาชิกประกัน 1. ไม่มี 2. มี 3. ไม่ทราบ V10

ถ้ามีเป็นชนิด

 1. ประกันชีวิต 2. ฌาปนกิจสงเคราะห์ 3. อื่นๆ..... V10A

11. ประวัติการศึกษา

● สถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต..... V11A ● ปีที่จบพ.ศ. 25..... V11B ● มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาใด 1. ไม่มี 2. มี ถ้ามีระบุ..... V11C ● ปีที่จบสาขาเฉพาะทาง พ.ศ. 25..... V11D

12. ที่ทำงานครั้งสุดท้าย

- 1.โรงพยาบาลรัฐบาล 2.โรงพยาบาลเอกชน 3.คลินิก
 4.โรงเรียนแพทย์ 5.อื่นๆ ระบุ.....

V12□

ค. ข้อมูลลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ตาย

13. สุขอนามัยในการรับประทานอาหาร

*ชนิดอาหาร	มาก(>70%)	ปานกลาง(30-70%)	น้อย (<30%)	ไม่เคย
อาหารมังส วิธีดี ชีวะจิต				
อาหารเจ				
อาหารสุกดิบ				
สุรา หรือ แอลกอฮอล์				
สูบบุหรี่				

V13A□□

V13B□□

V13B□□

V13C□□

V13D□□

V13E□□

หมายเหตุ: เปอร์เซ็นต์ของการบริโภค ในช่วงที่เวลามีชีวิตอยู่

14. การออกกำลังกาย

ครั้ง/สัปดาห์	>3	2-3	<2	ไม่เคย
ออกกำลังกาย				

V14□□

15. ยาที่รับประทานเป็นประจำ 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....

V15□

3. ไม่ทราบ

ง. ข้อมูลผู้แจ้งตาย

16. สถานที่แจ้งตาย

1. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/แพทย์ประจำตำบล 2. ที่ว่าการอำเภอ.....
 3. โรงพยาบาล 4. อื่นๆ ระบุ..... 5. ไม่ได้แจ้งตาย
 6. ไม่ทราบ

V16□

17. ผู้ให้สาเหตุการตายคือ

1. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/แพทย์ประจำตำบล 2. เจ้าหน้าที่อำเภอ..... V17□
 3. แพทย์ประจำคลินิกหรือโรงพยาบาล ชื่อ
 4. ญาติ(ผู้แจ้งตาย)เป็นผู้แจ้งให้เจ้าหน้าที่กรอก

18. สาเหตุการตายที่ระบุไว้ในใบมรณะบัตร

..... V18□□□□

จ. สาเหตุการเสียชีวิต

19. ผ่านชั้นสูตรหรือไม่ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ V19□

20. ข้อมูลที่ได้จากใบบันทึกทางการแพทย์ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ V20□

21. ข้อมูลจากหนังสือรับรองการตาย 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ V21□

22. ข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนสนิท 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ V22□

23. โรคประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ..... V23□□□□

24. แพทย์ประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ..... ร.พ.ที่รักษา..... V24□

25. โรงพยาบาลที่รักษาครั้งสุดท้าย.....

วินิจฉัยโรค..... ผลการรักษา..... V25□□□□

26. สาเหตุที่เสียชีวิต (เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง)

26.1 จากความเจ็บป่วย (เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง)

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ โปรดระบุโรค..... 261A□

ตรวจสุขภาพปีละกี่ครั้งก่อนพบโรค

1. ไม่เคย 2. < 1 ครั้ง 3. 1-2 ครั้ง 4. > 2 ครั้ง 5. ไม่ทราบ V261A¹□

2. โรคมะเร็ง 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ โปรดระบุโรค..... V261B□

ตรวจพบครั้งแรกระยะที่เท่าไร

1. ระยะ1 2. ระยะ2 3. ระยะ3 4. ระยะ4 V261B¹□

ตรวจสุขภาพปีละกี่ครั้งก่อนพบโรค

1. ไม่เคย 2. < 1 ครั้ง 3. 1-2 ครั้ง 4. > 2 ครั้ง 5. ไม่ทราบ V261B²□

ผู้หญิงที่อายุ > 35ปี ตรวจมะเร็งปากมดลูก 1. เคย 2. ไม่เคย V261B³□

ถ้าเคยตรวจปีละกี่ครั้ง

1. < 1 ครั้ง 2. 1-2 ครั้ง 3. > 2 ครั้ง 4. ไม่ทราบ V261B³¹□

3. โรคอื่นๆโปรดระบุ..... V261C□

ตรวจสุขภาพปีละกี่ครั้งก่อนพบโรค

1. ไม่เคย 2. < 1 ครั้ง 3. 1-2 ครั้ง 4. > 2 ครั้ง 5. ไม่ทราบ V261C¹□

26.2 อุบัติเหตุ

1.ทางรถยนต์ 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ ระบุ..... V262A

2.ดื่มสุราก่อนเดินทาง 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ 3.ไม่ทราบ V262B

3.นิสัยการขับรถ ความเร็วที่ขับ..... กม./ชม. V262C

4.ทำงานที่ชั่วโมงต่อวัน ชม. ต่อสัปดาห์..... ชม. V262D¹ D²

5.เวลาพักที่ชั่วโมงต่อวัน..... ชม. ต่อสัปดาห์..... ชม. V262E¹ E²

26.3 ฆ่าตัวตาย 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ V263A

1.วิธีการ.....

2.เหตุเนื่องมาจาก..... V263B

3.มีภาวะทางจิตเวชหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี ระบุ..... 3.ไม่ทราบ V263C

4.เคยรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ 1.ไม่เคย 2. เคยไปรดระบุ..... 3.ไม่ทราบ V263D

26.4 การถูกฆาตกรรรม 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ V264

26.5 หายสาบสูญ 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ V265

26.6 ไม่ทราบสาเหตุ 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ V266

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนพพรณ ผลบุญ เกิดเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2516 ที่อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2541 เข้ารับราชการในตำแหน่งนายแพทย์ 4 ที่จังหวัดอำนาจเจริญ ใช้ทุน 2 ปี จากนั้นย้ายมาประจำที่ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2543 จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2544 เข้าศึกษาต่อ เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเป็นนิสิตปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนายแพทย์ 5 โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย