



สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาในการทำงานล่วงเวลา, สุขภาพ, อันตรายต่อผู้ป่วยจากการปฏิบัติงาน 6 เดือนที่ผ่านมา (เม.ย.-ก.ย.พ.ศ.2547) ของแพทย์ใช้ทุนที่จบใหม่ในปี 2547 ในจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ

1. ข้อมูลทั่วไป

ประชากรเป้าหมายทั้งหมดมีจำนวน 700 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวน 460 คน มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น 329 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5

2. ข้อมูลลักษณะการทำงาน

ระยะเวลาในการทำงานล่วงเวลา กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำงานรับราชการทั้งหมด ดังนั้นเวลาทำงานปกติ จึงเหมือนข้าราชการทั่วไป คือ 8.00-16.00 น., ทุกคนทำงานล่วงเวลาในโรงพยาบาลของรัฐบาล ส่วนใหญ่จำนวน 106 คน (ร้อยละ 32.2) มีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาทั้งหมดในโรงพยาบาลรัฐบาลอยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

-การทำงานล่วงเวลาที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.4) ทำงานไม่เกิน 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

-การทำงานล่วงเวลาหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.0) ทำงานระหว่าง 21-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

-การออกตรวจผู้ป่วยนอกเวลาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.0) ออกตรวจไม่เกิน 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

สถิติของการทำงานต่อเนื่องกันโดยไม่หยุดพัก ส่วนใหญ่ เคยทำงานต่อเนื่องกันมากที่สุดอยู่ในช่วง 25-48 ชั่วโมง การเกิดการหลับในขณะทำงาน ในวันรุ่งขึ้นหลังจากทำงานล่วงเวลา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.6) เกิดการหลับในขณะทำงานบางครั้ง, (ร้อยละ 4.9) เกิดการหลับในเกือบทุกครั้ง, (ร้อยละ 66.3) มีการไปทำงานสายในวันรุ่งขึ้นเป็นบางครั้ง, (ร้อยละ 47.1) เกิดความรู้สึกอ่อนเพลียขึ้นบ่งชี้หลังจากทำงานล่วงเวลา

เมื่อแยกตามชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา (ไม่เกิน 40 ชั่วโมง, 41-80 ชั่วโมง, มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ข้อมูลการหลับในขณะเดินทางโดยการขับรถยนต์, จักรยานยนต์ ส่วนใหญ่ให้ประวัติว่าเคยมีการหลับใน การหลับในขณะปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 183 คน (ร้อยละ 55.6) เคยเกิดอาการหลับในเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่มีความถี่ในการไปทำงานสายเป็นบางครั้ง จำนวน 218 คน (ร้อยละ 66.3), กลุ่มที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ทั้งหมดเกิด

ความรู้สึกอ่อนเพลีย, อ่อนล้าบ่อย กลุ่มที่ทำงานล่วงเวลาไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รู้สึกว่า ชั่วโมงการทำงานเหมาะสม 27 คน (ร้อยละ 48.2) สำหรับกลุ่มที่ทำงานล่วงเวลา 41-80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์, มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่จำนวน 117 คน (ร้อยละ 60.3) , 59 คน (ร้อยละ 74.7) รู้สึกว่างานหนักเกินไปตามลำดับ ด้านความพึงพอใจในการทำงานใช้ทุนส่วนใหญ่ จำนวน 232 คน (ร้อยละ 70.5) มีความพอใจในการทำงานใช้ทุน, ส่วนใหญ่ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 78.6), 164 คน (ร้อยละ 85.6), 66 คน (ร้อยละ 83.5) ต้องการรับราชการในปีถัดไป

3.ข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่จำนวน 252 คน (ร้อยละ 76.6) ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่พบโรคทางเดินหายใจ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 56.0), จำนวน 236 คน (ร้อยละ 72.0) ไม่มีการลาป่วย การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จำนวน 256 คน (ร้อยละ 77.8) ให้ประวัติว่าเคยได้รับการตรวจรักษาในช่วง 6 เดือนที่เก็บข้อมูล ประเภทของโรคที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน พบจำนวน 193 คน (ร้อยละ 75.4) การเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลมีเพียง 15 คน (ร้อยละ 4.6) โรคที่พบสูงสุดอยู่ในกลุ่มโรกระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการปวดท้องจำนวน 5 คน (ร้อยละ 33.4) การเจ็บป่วยกรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.7) โรคที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นโรคระดูกและข้อ จำนวน 3 คน ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่จำนวน 319 คน (ร้อยละ 97.0) ไม่สูบบุหรี่, ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา จำนวน 285 คน (ร้อยละ 86.6), สำหรับการใช้จ่ายชนิโคเป็นประจำพบจำนวน 53 คน (ร้อยละ 16.1) ประเภทของยาที่ใช้มากที่สุดอยู่ในกลุ่มยาค้านฮีสตามีน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 49.1), เวลาที่ใช้ในการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-6 ชั่วโมง จำนวน 166 คน (ร้อยละ 51.2), ด้านสุขภาพจิต จากแบบทดสอบสุขภาพจิตทั่วไป Thai GHQ 12 ใช้จุดตัดที่ คะแนน 2 ขึ้น ไปถือว่าจะมีความผิดปกติ พบว่า ส่วนใหญ่จำนวน 222 คน (ร้อยละ 67.5) ไม่น่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวช

เมื่อจำแนกตามชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา(ไม่เกิน 40ชั่วโมง, 41-80ชั่วโมง, มากกว่า80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการทำงาน สำหรับอุบัติเหตุที่พบบ่อยเป็นอุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบกจำนวน 0 คน(ร้อยละ 0.0), 6 คน (ร้อยละ 3.1), 5 คน (ร้อยละ 6.3) ตามลำดับ การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานพบการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานประเภทเข็มตำมากกว่าประเภทอื่น คือ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.4), 13 คน (ร้อยละ 6.7), 2 คน (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ ข้อมูลการเกือบเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่จำนวน 44 คน (ร้อยละ 78.6), 145 คน (ร้อยละ 74.7), 66 คน (ร้อยละ 83.5) ไม่เคยเกิดเหตุดังกล่าว และมีจำนวนคนที่เกือบถูกเข็มตำขณะทำงานดังนี้คือ 3 คน (ร้อยละ 5.4), 9 คน (ร้อยละ 4.6), 1 คน (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ

4. ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 284 คน (ร้อยละ 86.3) มีความรู้ดีกว่าหลังจากทำการรักษาผู้ป่วยไปแล้วยังมีวิธีอื่นที่เหมาะสมเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อแบ่งตามชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา (ไม่เกิน 40 ชั่วโมง, 41-80 ชั่วโมง, มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มเกิดขึ้นมากกว่า 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวมีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 21.4), 21 คน (ร้อยละ 10.8), 8 คน (ร้อยละ 10.1) ตามลำดับ

ส่วนใหญ่จำนวน 132 คน (ร้อยละ 46.5) เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขณะอยู่เวรล่วงเวลา ส่วนใหญ่ที่รู้ดีกว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุมาก ได้แก่ การะงานของแพทย์หนักเกินไป, รู้สึกอ่อนเพลีย/เหน็ดเหนื่อย, มีความรู้แต่ขาดประสบการณ์, โรคเรื้อรัง/ซับซ้อนของผู้ป่วย

เหตุการณ์ที่เกือบจะรักษาผิดพลาด กลุ่มที่เกือบจะรักษาผิดพลาดมี จำนวน 138 คน (ร้อยละ 41.9) ส่วนใหญ่เกิดเหตุการณ์ 1-3 ครั้ง ภายใน 6 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่ ไม่ได้ระบุ พบเกิดปัญหาจากการวินิจฉัยโรค 55 คน (ร้อยละ 39.9) ปัญหาเรื่องใบสั่งยาส่วนใหญ่จำนวน 268 คน (ร้อยละ 81.5) เคยเกิดปัญหาในการสั่ง สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขนาดยาผิด จำนวน 117 คน (ร้อยละ 43.7)

ข้อมูลจากโรงพยาบาล ด้านใบสั่งยาพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก ข้อหาไม่ชัดเจน, การสั่งยาผิดขนาดและวิธีใช้, ไม่ระบุความแรงซึ่งพบว่าใกล้เคียงกับการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษา พบว่า ประชากรเป้าหมายทั้งหมดมีจำนวน 700 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวน 460 คน มีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งสิ้น 329 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 และ ข้อมูลที่ได้พบว่ามีกระจายในทุกเขตสาธารณสุขใกล้เคียงกันจึงมีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรกลุ่มเป้าหมายในระดับหนึ่ง

2. ข้อมูลลักษณะการทำงาน

ระยะเวลาในการทำงานล่วงเวลาที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จำนวน 106 คน (ร้อยละ 32.2) มีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาทั้งหมดในโรงพยาบาลรัฐบาลอยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นงานในห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการตัดสินใจในการรักษาที่รวดเร็ว แม่นยำ อย่างไรก็ตามเมื่อรวมกับเวลาราชการปกติ 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะเป็น 81-100 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พบว่าใกล้เคียงกับแพทย์จบใหม่ (intern) ในสหรัฐอเมริกา คือ มีการทำงานเป็นกะ ร้อยละ 46.2 ทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละมากกว่า 80 ชั่วโมง ร้อยละ 10 ทำงานเฉลี่ยมากกว่า 100 ชั่วโมง (25) แต่ยังมีชั่วโมงการทำงานสูงกว่าที่ OSHA

และ ACGME กำหนดชั่วโมงการทำงานไว้ คือ ทำงานไม่เกินสัปดาห์ละ 80 ชั่วโมง , มีการพักผ่อนอย่างน้อย 10 ชั่วโมงระหว่างการทำงานวันต่อไป และมีวันหยุด 1 วันต่อสัปดาห์ (21,22, 29) และสูงกว่าเวลาการทำงานเฉลี่ยของแพทย์ทั่วไป กลุ่มอื่น ๆ ที่มีการศึกษาในประเทศไทย คือ 62.4 ชั่วโมง(3) อาจกล่าวได้ว่าภาระชั่วโมงการทำงานในแพทย์จบใหม่ โดยเฉพาะในประเทศไทย ยังคงมีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาสูงกว่าแพทย์กลุ่มอื่น

การทำงานต่อเนื่องกันโดยไม่หยุดพัก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.7) เคยทำงานต่อเนื่องกันมากที่สุดอยู่ในช่วง 25-48 ชั่วโมง ใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา 27.6 ± 10.5 ชั่วโมง(25) ถือว่าเป็นการทำงานต่อเนื่องนานเกินกว่าที่ ACGME แนะนำในแพทย์ประจำบ้าน คือ ห้ามทำงานติดต่อกันนานเกิน 24 ชั่วโมง(21,22) การเกิดการหลับในขณะที่ทำงานในวันรุ่งขึ้นหลังจากทำงานล่วงเวลาส่วนใหญ (ร้อยละ 55.6) มีการเกิดการหลับในขณะที่ทำงานบางครั้ง, (ร้อยละ 4.9) เกิดการหลับในเกือบทุกครั้ง ซึ่งพบจำนวนน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกา ที่พบเกิดการหลับในเกือบทุกครั้งจำนวน ร้อยละ 10(56) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอาจนำไปสู่เหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อการรักษาผู้ป่วยและอันตรายต่อแพทย์เอง เมื่อกล่าวถึงการหลับในเจาะจงในกลุ่มผู้ที่ขับรถ, จักรยานยนต์ไปทำงานพบเคยเกิดการหลับใน ร้อยละ 30.7 สอดคล้องกับการศึกษาการเสียชีวิตในแพทย์ไทย ระหว่าง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงร้อยละ 12.6 โดยพบว่าการเกิดอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในแพทย์อายุน้อย(31) แพทย์ส่วนใหญ่มีการไปทำงานสายในวันรุ่งขึ้นเป็นบางครั้ง และ เกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย ขึ้นบ่อยหลังจากทำงานล่วงเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานล่วงเวลา มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจกล่าวได้ว่าการทำงานล่วงเวลามากส่งผลต่อการอดนอนและทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนเพลียได้มากขึ้น เหมือนกับการศึกษาของ Weinger MB(60) แพทย์กลุ่มที่ทำงานล่วงเวลาดังแต่ 41 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่างานหนักเกินไป

อย่างไรก็ตามแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.5) ยังมีความพอใจในการทำงานใช้ทุน ซึ่งพบว่ามีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าที่เคยมีการศึกษา (33) อาจเป็นเพราะปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การได้ช่วยเหลือผู้ป่วย, ได้ประสบการณ์จากการทำงานมากขึ้น สำหรับเหตุผลการลาออก พบว่าต้องการลาออกเพื่อศึกษาต่อ (ร้อยละ 7) มากกว่าการลาออกเพื่อทำงานเอกชน (ร้อยละ 1.2) อาจเป็นเพราะ ต้องการความก้าวหน้าทางวิชาการมากขึ้น หรือการศึกษาต่อโดยมีต้นสังกัดที่ไม่ตรงกับความต้องการของแพทย์เอง มีข้อจำกัดในปริมาณต้นสังกัดที่ไม่พอกับจำนวนแพทย์จึงเป็นการบีบบังคับให้แพทย์ต้องมีการลาออกเพื่อสมัครเรียนต่อด้วยทุนอิสระ

3. ข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลสุขภาพแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.6) ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่พบโรคทางเดินหายใจ (ร้อยละ 56.0) และจากการสำรวจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (ร้อยละ 75.4) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในแพทย์ไทย (3) สำหรับการใช้จ่ายรายบุคคลเป็นประจำพบ ร้อยละ 16.1, ประเภทของยาที่ใช้มากที่สุดอยู่ในกลุ่ม ยาต้านฮีสตามีน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว และ โรคที่เจ็บป่วยที่พบบ่อยจากระบบทางเดินหายใจ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.2) อยู่ ในช่วง 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งยังถือว่าน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ที่มีผู้ได้เสนอไว้ในการศึกษาของ Pilcher JJ (11)

ด้านสุขภาพจิต จากแบบทดสอบสุขภาพจิตทั่วไป Thai GHQ 12 พบว่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวช (ร้อยละ 31.9) ซึ่งใกล้เคียงกับความผิดปกติที่พบในแพทย์ประจำบ้านรามาริบัติ (ร้อยละ 42.5) นับเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับที่พบในต่างประเทศซึ่งมีความถี่ในช่วง ร้อยละ 30-50 และพบว่า สูงกว่าในอาชีพอื่นๆ (34) แต่จากการศึกษานี้ไม่สามารถระบุได้ว่าปัญหาที่พบน่าจะมี ความผิดปกติทางจิตเวชนั้น เป็นปัญหาชนิดใดเนื่องจาก แบบทดสอบ Thai GHQ 12 เป็นเพียงแบบคัดกรองสุขภาพจิตโดยรวมเท่านั้น

เมื่อแบ่งตามชั่วโมงการทำงานพบว่า ร้อยละของแพทย์ที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 41 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เกิดอุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบกมากกว่ากลุ่มที่ทำงานน้อยกว่า การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานพบการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานประเภทเข็มตำมากกว่าประเภทอื่น ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.5) ไม่เคยเกิดเหตุดังกล่าว อาจเป็นเพราะไม่ได้รับความสนใจ, ไม่ตระหนัก, หรือไม่เข้าใจ เนื่องจากมีผู้ตอบว่าเกือบเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานแต่ไม่ระบุ และ กลับไป, ไม่มีสมรรถนะทำงาน รวมกัน ร้อยละ 16.1 ยังถือว่าเป็นปัญหาที่ถูกละเลย เนื่องจากเมื่อคำนวณตามกฎของ H.W. Heinrich (39) จากการเกิดอุบัติเหตุเข็มตำแล้ว ควรจะพบการเกือบเกิดอุบัติเหตุเข็มตำสูงกว่าจำนวนที่พบในแบบสอบถาม

4. ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ข้อมูลการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 284 คน (ร้อยละ 86.3) มีความรู้สึกว่าหลังจากทำการรักษาผู้ป่วยไปแล้วยังมีวิธีอื่นที่เหมาะสมเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Steven R (56) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุมาก ได้แก่ ภาระงานของแพทย์หนักเกินไป, รู้สึกอ่อนเพลีย/เหน็ดเหนื่อย, มีความรู้แค่ขบประสพการณ์, โรคเรื้อรัง/ซับซ้อนของผู้ป่วย ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bryony D (54) เหตุการณ์ที่เกือบจะรักษาผิดพลาด กลุ่มที่เกือบจะรักษาผิดพลาด ส่วนใหญ่เกิดเหตุการณ์ 1-3 ครั้ง ภายใน 6 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่ ไม่ได้ระบุ อาจเนื่องจาก

ยังไม่เกิดปัญหาขึ้น, ลืม, ปิดบังข้อมูลไว้ แต่จากข้อมูลที่ได้พบเกิดปัญหาจากการวินิจฉัยโรค รองลงมาได้แก่ปัญหาจากใบสั่งยา คล้ายกับการศึกษา Harvard, Australian (48,53)

สำหรับปัญหาเรื่องใบสั่งยาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) เคยเกิดปัญหาในการสั่ง สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขนาดยาผิด คล้ายกับการศึกษาของ Lesar TS (74) จากการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ด้านใบสั่งยาพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก ชื่อยาไม่ชัดเจน, การสั่งยาผิดขนาดและวิธีใช้, ไม่ระบุความแรงซึ่งพบว่าใกล้เคียงกับการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการรายงานของแพทย์ ใกล้เคียงกับข้อมูลจริง แต่ยังมีความคลาดเคลื่อนในเรื่องของ จำนวนครั้งการเกิดอยู่บ้าง พบการเกิดการสั่งยาผิดพลาดเพียง ร้อยละ 1.3 (60 รายการ จากใบสั่งยา 4,492 ใบ) แตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่พบการสั่งจ่ายยาผิดพลาด 389 รายการคิดเป็น ร้อยละ 24.03 จากจำนวนใบสั่งยา 1,619 ใบ(79) สาเหตุอาจเนื่องจากการรักษาในโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนของโรคมักกว่า และเนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นช่วงในเวลาราชการ จึงมีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้คำปรึกษาในการสั่งยา, การรักษาได้มากกว่าในช่วงนอกเวลาราชการจึงอาจพบการสั่งยาผิดพลาดต่ำกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรจะมีการศึกษาต่อเนื่องถึงปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน โดยอาจทำการศึกษาระยะยาว
2. อาจมีการศึกษาเพื่อกำหนดเขตงานชั่วโมงในการทำงานล่วงเวลาในแพทย์ไทย เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพแพทย์ และลดปัญหาการรักษาผิดพลาด
3. ควรจะมีการศึกษาถึงอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ในกลุ่มที่มีความผิดปกติจากการทำแบบทดสอบสุขภาพจิต, การศึกษาปัญหาการหลับในอาจจำเป็นต้องมีการวัดด้วยเครื่องมือร่วมด้วย
4. ควรจะมีการศึกษาโดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิด อุบัติการณ์, อุบัติเหตุ, การเกือบเกิด อุบัติเหตุ จากการรายงานวิธีอื่นเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบการรายงานด้วยตัวเองจากแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. อาจจัดหน่วยงานสำหรับเป็นที่ปรึกษาด้านการทำงาน ของแพทย์จบใหม่โดยเฉพาะ เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานปีแรก

2. รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับลดเวลาการทำงานของแพทย์จบใหม่ลง อาจมีการเลื่อนเวลาในการทำงานวันรุ่งขึ้นให้ช้าลง หรืออนุญาตให้แพทย์หยุดพักการทำงาน หลังจากอยู่เวรล่วงเวลา เน้นการส่งเสริมทางวิชาการให้มากขึ้น