

ความชุกของความรู้สึกไม่สบายในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ธัญธร ศรีสถาพร¹, ทวี ร่วมเจริญชัย¹, ภาวิชญ์ บุญญะพานิชสกุล¹, สวานีย์ ศรีเจริญธรรม¹, รัฐวุฒิ เวียงนนท์¹, วราภรณ์ วีระพันธ์¹, อมรรัตน์ รัตนศิริ², อมร เปรมกมล^{2*}

¹นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 กองเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น

²ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น

Prevalence of Subjective Health Complaints Among Medical Students, Khon Kaen University

Tunyatorn Srisatapom¹, Tawee Ruamcharoenchai¹, Pavich Boonyapanichkul¹, Sawanee Srijaroenam¹, Rattawut Wiangnon*, Waraporn Weeraphan¹, Amornrat Rattanasiri², Amorn Premgamone^{2*}.

¹5th-year medical students, ²Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: ความรู้สึกไม่สบายที่รับรู้ว่ามีผิดปกติโดยผู้ป่วย (subjective health complaints) เป็นอาการที่รับรู้ว่ามีผิดปกติจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง โดยที่ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติหรือสิ่งที่ตรวจพบไม่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ความรู้สึกไม่สบายเป็นปัญหาที่พบบ่อยในประชาชนทั่วไป ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานนักศึกษาแพทย์ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้สึกไม่สบาย และเพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบาย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ดำเนินการที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1-6 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปีการศึกษา 2554 จำนวน 1,350 ราย ขนาดตัวอย่าง 299 ราย โดยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง มีทั้งหมด 4 หมวด คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้สึกไม่สบายในรอบ 1 เดือน 3) พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 1 เดือน 4) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-28) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ SPSS/PC v.17.0 Epi info for DOS v. 6.0 และ Epi info for window

ผลการศึกษา: อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 87.6 (262/299) เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 ความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 82.1 (215/262) มีค่า 95%CI:

Background and Objective: Subjective health complaints (SHC) include variety of subjective illnesses with few or no objective finding. SHC are common and increasing among general population. The prevalence among medical students in Thailand has not yet been studied. This study aims to determine the prevalence of SHC among medical students at Khon Kaen University and to identify the associated factors.

Methods: This study is a descriptive study in the Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Population are the first year to sixth-year medical students of Faculty of Medicine with the total of 1,350. A sample of 299 was systematically randomized. The self-administered questionnaire—modified by the research team—had four sections: 1) Demographic information; 2) SHC in the past month; 3) Health behavior in the past month; and, 4) General Health Questionnaire (GHQ-28). The outcomes were analyzed using SPSS/PC v.17, Epi Info for DOS v.6.0 and Epi Info for Windows.

Results: The response rate was 88.2% (262/299), males 51.5%. The incidence of SHCs was 82.1% (95%CI : 77.06, 86.36), males 80.0% and females 84.3%. The two most reported complaints were “headache” (42.7%) and “Flu-like symptoms” (39.7%). The most common report included pseudo-neurological complaints (62.2%)

*Corresponding Author: Amorn Premgamone, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, E-mail: amornpr@gmail.com

77.06, 86.36 โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.3 ซึ่งมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 80.0 ทั้งนี้อาการที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นอาการ ไข้/ไข้หวัด ร้อยละ 39.7 แยกตามระบบพบอาการทางระบบประสาทมากที่สุด ร้อยละ 62.2 รองลงมาคือ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 61.2 และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบาย ตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไปกับภาวะสุขภาพจิต (Adjusted Odd Ratio, AOR: 2.05, 95% CI: 1.09, 3.88) เพศ (AOR 2.15, 95% CI: 1.24, 3.73) ความถี่ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (p=0.022) และการรับประทานอาหารก่อนเข้านอนน้อยกว่า 3 ชั่วโมง (p=0.005)

สรุป: นักศึกษาแพทย์ร้อยละ 82 มีความรู้สึกไม่สบาย โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง ภาวะสุขภาพจิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารก่อนเข้านอน

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่สบาย, แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-28)

and the musculoskeletal system (61.2%). This study revealed a relationship between subjective health complaints of three or more symptoms and mental health status (Adjusted odd ratio , AOR) 2.05, 95%CI: 1.09, 3.88), sex (AOR 2.15, 95%CI: 1.24, 3.73) alcohol use (p=0.022), and eating within three hours of going to bed (p= 0.005)

Conclusion: Eighty two percent of medical students have SHC and the most commonly reported was headache. The significant factors related to such health complaints were: sex (female), mental health status, alcohol use and eating within three hours of going to bed.

Keywords: subjective health complaints, General Health Questionnaire (GHQ-28)

บทนำ

ความรู้สึกไม่สบาย (subjective health complaint, SHC) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบายในระบบต่างๆ ของร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานบ่งบอกถึงสาเหตุของอาการดังกล่าว ความรู้สึกไม่สบายเป็นอาการที่พบได้ในประชากรกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น ในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน กลุ่มพนักงานบริษัท กลุ่มอาชีพให้บริการทางสุขภาพ หรือกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งผู้สูงอายุ วัยทำงานและวัยรุ่น จากการศึกษาของ Ihlebaek และคณะ¹ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 15-84 ปี พบว่าความชุกของความรู้สึกไม่สบายมีมากถึง ร้อยละ 96 และ จากการศึกษาของมุกดา วิเชียร และคณะ² พบว่าความรู้สึกไม่สบายภายในชุมชนชนบทในจังหวัดขอนแก่น เมื่อปรับความแตกต่างของอายุและเพศแล้ว มีความชุกร้อยละ 87.4 และในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความชุกมากถึง ร้อยละ 76 จากการศึกษาของ Madhav Mutalik และคณะ³ พบว่าความรู้สึกไม่สบายในนักศึกษาแพทย์ มีความชุกร้อยละ 92.7 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกไม่สบายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย จึงมีความสำคัญที่จะต้องให้ความสนใจ

ความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันได้ในหลายๆ ด้าน เช่น การเรียน การทำงาน รายได้ เศรษฐกิจ สุขภาพ เป็นต้น ซึ่งแพทย์มัก

ละเลยต่อสาเหตุดังกล่าว ทำให้ความรู้สึกไม่สบายกลายเป็น ปัญหาเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงเกิดพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (health seeking behaviour) เกิดเป็นปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การสูญเสียทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา จากการศึกษาของ มุกดา วิเชียร และคณะ² พบว่าการแสวงหาการรักษา คือ ปล่อยให้หายเองร้อยละ 66.2 ซึ่ยอมกินเอง ร้อยละ 48.9 ไปสถานีนอนามัย ร้อยละ 30.9 ไปโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 13.3 นอกจากนี้ผลกระทบของความรู้สึกไม่สบายที่กล่าวมาแล้วนั้นยังมีผลกระทบต่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอีกด้วย

มีหลายการศึกษาที่ระบุว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบาย^{1,3,6} และในงานวิจัยจากประเทศนอร์เวย์ ของ Ihlebaek และคณะ¹ พบว่าความรู้สึกไม่สบายมีมากขึ้นแปรผันตาม อายุ และระดับการศึกษา การศึกษาของ Joung และคณะ⁵ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายได้มากขึ้นนั้นคือ การสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งทำให้เห็นว่าพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบายด้วย

จากการศึกษาของ ชัยวัชร อภิวัตน์ศิริ และคณะ⁴ พบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีความเครียดในระดับอันตราย ร้อยละ 55.8 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นคือ การปรับตัวในการเรียน และเรื่องการเตรียมตัวสอบ จึงเป็นไปได้

ได้ว่านักศึกษาแพทย์น่าจะมีความชุกของความรู้สึกไม่สบายมาก โดยที่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงความรู้สึกไม่สบายของนักศึกษาแพทย์ในประเทศไทย

คณะผู้ทำการศึกษามีความเห็นว่าการศึกษาเรื่องความชุกของความรู้สึกไม่สบายในนักศึกษาแพทย์ จะทำให้ทราบขนาดของปัญหา ผลกระทบของความรู้สึกไม่สบาย และการหาปัจจัยเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สบาย จะช่วยเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของความรู้สึกไม่สบายของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบาย ได้แก่ สุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ที่ได้รับการพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความไม่สบายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 3) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 4) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (general health questionnaire-28) โดยกำหนดค่านิยมเชิงปฏิบัติการ ของ 1) ความรู้สึกไม่สบาย (subjective health complaint, SHC) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบายในระบบต่างๆของร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานบ่งบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวอย่างชัดเจนในระบบที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอาการมีทั้งหมด 29 อาการ ผู้ป่วยจะต้องพบอย่างน้อย 1 อาการจาก 29 อาการ โดยอาการที่แสดงนั้นจะต้องเกิดขึ้นภายใน 1 เดือน ก่อนหน้าที่จะทำการสำรวจ ประกอบด้วย a) อาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculo-skeletal complaint) มีปวดศีรษะ สองข้าง ปวดศีรษะข้างเดียว ปวดคอ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ ปวดเท้าขณะเดินออกกำลังกาย b) อาการทางระบบประสาท (pseudo-neurological complaint) ใจสั่น ร้อนๆ หนาวๆ มีปัญหาในการนอน/นอนไม่หลับ เหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ กังวล หดหู่/ซึมเศร้า c) อาการทางระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal problem) แสบๆ ท้อง ไม่สบายท้อง/มวนท้อง ภาวะอาหารอืดเสบ ปวดท้อง ท้องร่วง มีลมแน่นท้อง ท้องผูก d) อาการภูมิแพ้และหอบหืด (allergy and asthma) หายใจขัด หอบ เจ็บหน้าอก ผิวหนัง คันอักเสบ เป็นลมพิษ และ e) อาการไข้/ไข้หวัด (flu) เป็นหวัด/ไข้หวัด ไอ/หลอดลมอักเสบ 2) สุขภาพจิต ในการศึกษา

หมายถึง สภาพของจิตใจในช่วงเวลาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งอาการที่แสดงออกนั้นสามารถเกิดขึ้นได้หลายแบบ และในหลายระบบของร่างกาย โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-28) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคือ ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 จะถือว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 1-6 มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1,667 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ บุคคลที่ลงทะเบียนเรียนในคณะแพทยศาสตร์ ในชั้นปีที่ 1-6 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปีการศึกษา 2554 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, ศูนย์อุดรธานี และสรรพสิทธิประสงค์ และ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 กองเวชศาสตร์ชุมชน กลุ่มที่ 11 จำนวน 13 ราย ประชากรศึกษารวมทั้งสิ้น 1,350 ราย การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Win Papi กำหนดค่า $p = \text{ร้อยละ } 76^2$ กำหนดค่าความต่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 257 ราย และคำนวณเพิ่มกรณีมีการสูญเสียอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 299 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling)

คณะผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยก่อนทำการเก็บข้อมูลจริงได้มีการตกลงภายในคณะผู้วิจัยเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึง 4 มกราคม พ.ศ. 2555 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 แจกแบบสอบถามในวันที่สอบกลางภาค นักศึกษาชั้นปีที่ 3 แจกผ่านหัวหน้าชั้นปี นักศึกษาชั้นปีที่ 4-6 แจกแบบสอบถามผ่านทางหัวหน้ากอง กรณีที่แบบสอบถามไม่ได้รับการตอบกลับภายในเวลา 1 วัน จะถูกยกเลิก สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ความถี่ มัชฌิมฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยควอไทล์ สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ Chi-square tests, odds ratios, Mann-Whitney U test, multiple logistic regression และ 95%CI โดยกำหนดค่า $p \leq 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE551012 เรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา

คณะผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามจำนวน 299 ฉบับ มีผู้ตอบกลับทั้งสิ้น 262 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 87.6 อัตราตอบกลับจำแนกตามชั้นปีที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ร้อยละ 100, 100, 80, 81.6, 77.1 และตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 และหญิงร้อยละ 48.5 มีค่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 20.7 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.79 ปี

ความชุกของความรู้สึกไม่สบายในนักศึกษาแพทย์

ถ้าใช้เกณฑ์มาตรฐานคือมีความรู้สึกไม่สบายอย่างน้อย 1 อาการในรอบ 1 เดือน (subjective health complaint (1), SHC1) พบว่าความชุกของผู้มีความรู้สึกไม่สบาย คือเป็น ร้อยละ 82.1 (95% CI: 77.1, 86.4) โดยเป็นความชุกในเพศหญิง ร้อยละ 84.3 และชาย ร้อยละ 80 (ตารางที่ 1) ถ้าใช้เกณฑ์ความรู้สึกไม่สบายตั้งแต่ 3 อาการในรอบ 1 เดือน (subjective health complaint(3) SHC 3), ความชุกของ ความรู้สึกไม่สบายจะเป็นร้อยละ 59.9 (95%CI: 59.90, 65.73) โดยเป็นความชุกในเพศหญิง ร้อยละ 69.3 และ ชาย ร้อยละ 51.1 เมื่อแบ่งตามชั้นปี พบว่านักศึกษาแพทย์ ปีที่ 5 มีความรู้สึกไม่สบายมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ นักศึกษาแพทย์ปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับ (รูปที่ 1)

เมื่อแยกกลุ่มของความรู้สึกไม่สบายออกเป็นกลุ่ม ตามระบบจะพบว่ากลุ่มทางระบบประสาท (pseudoneurological complaints) มีร้อยละ 62.2 กลุ่มระบบ กล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal complaints) ร้อยละ 61.5 กลุ่ม ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal

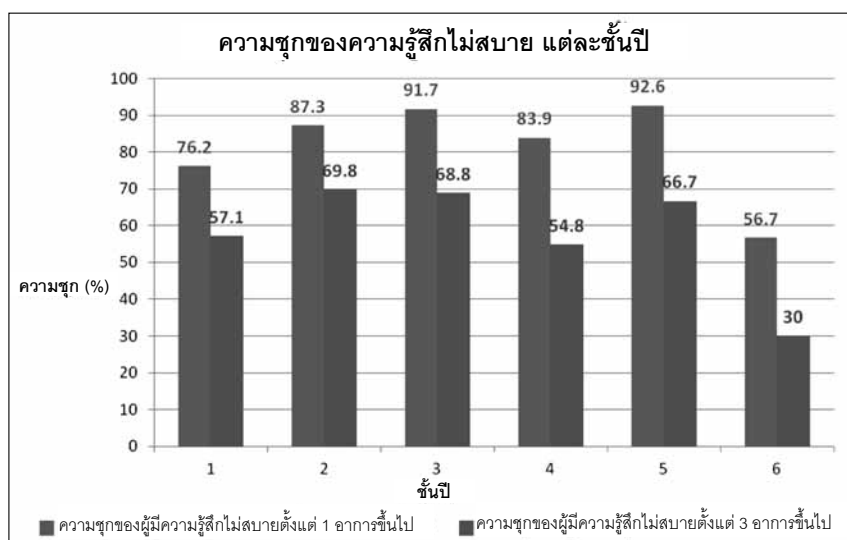
complaints) ร้อยละ 53.4 กลุ่มเกี่ยวกับไข้หวัด (flu and flu-like complaints) ร้อยละ 41.2 กลุ่มอาการภูมิแพ้ และหอบหืด (allergy and substantial asthma) ร้อยละ 12.6 (ตารางที่ 1)

SHC1 ที่มีความชุกมากที่สุด 5 อาการแรกคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 42.7) ไข้หวัด (ร้อยละ 39.7) เหนื่อยอ่อนเพลีย (ร้อยละ 36.6) กังวล (ร้อยละ 29.4) แสบๆ ท้อง (ร้อยละ 26.7) ตามลำดับ โดยผลกระทบที่เกิดจาก SHC1 จนทำให้ต้องหยุดเรียนนั้นพบในอาการไข้หวัด โดยพบคนที่หยุดเรียน 1 วัน มี 3 ราย ปวดศีรษะ พบคนที่หยุดเรียน 1 วัน มี 1 ราย และ ปวดคอ พบคนที่หยุดเรียน 1 วัน มี 1 ราย

วิธีการรักษาที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ ปล่อยให้หายเอง/รอดูอาการ ร้อยละ 71.9 ซักยาก็เอง ร้อยละ 26.6 และอันดับที่ 3 มี 2 วิธีการคือ ไปคลินิกเอกชน ไปห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คิดเป็น ร้อยละ 2.3

พฤติกรรมของนักศึกษาแพทย์

จากแบบสอบถามพฤติกรรมต่างๆ และการใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม (ตารางที่ 2) พบว่าในเวลา 1 เดือน พฤติกรรมที่ใช้เวลามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การอ่านหนังสือ พบร้อยละ 98.5 โดยมีค่ามัธยฐาน (IQR,พิสัยควอไทล์) 2 (8) ชั่วโมง/วัน รองลงมาคือการใช้งานอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 96.9 ค่ามัธยฐาน (IQR) 3(8) ชั่วโมง/วัน การดูโทรทัศน์ ร้อยละ 60.8 ค่ามัธยฐาน (IQR) 1(15) ชั่วโมง/วัน นักศึกษาแพทย์ที่ดื่มน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีจำนวน ร้อยละ 91.2 (239 คน) โดยคิดจากอัตรามาตรฐาน 15 ลบ.ซม./ปอนด์ หรือ 33 ลบ.ซม./กก/วัน



รูปที่ 1 ความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้สึกไม่สบายใน 1 เดือน เปรียบเทียบตามชั้นปี

ตารางที่ 1 ความชุกของผู้ที่มีอาการรู้สึกไม่สบาย แยกตามเพศและแยกตามระบบ (n=262)

ลักษณะที่ศึกษา	ความชุกจำนวน (ร้อยละ)	95% CI
ความรู้สึกไม่สบายใน 1 เดือน		
≥ 1 อาการ ชาย (n=135)	108 (80.0)	
หญิง (n=127)	107 (84.3)	
รวม (n=262)	215 (82.1)	77.1, 86.4
≥ 3 อาการ ชาย	69 (51.1)	
หญิง	88 (69.3)	
รวม	156 (59.9)	59.9, 65.7
แยกตามระบบ		
ระบบประสาท	163 (62.2)	56.2, 67.9
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	161 (61.5)	55.4, 67.2
ระบบทางเดินอาหาร	140 (53.4)	47.4, 59.4
กลุ่มอาการไข้หวัด	108 (41.2)	35.4, 47.3
กลุ่มอาการภูมิแพ้และหอบหืด	33 (12.6)	9.0, 17.0

การคัดกรองสุขภาพจิต

ผลการคัดกรองสุขภาพจิตโดยใช้แบบการทดสอบ (GHQ 28) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ ร้อยละ 25.6 (67 ราย, n=262) เมื่อแยกตามเพศ พบความผิดปกติในเพศชายและเพศหญิง เป็นร้อยละ 16.30 และ 35.45 ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามชั้นปีจะพบว่าความชุกในการผิดปกติในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1-6 เป็นร้อยละ 39.7, 24.2, 18.8, 16.1, 18.5 และ 26.7 ตามลำดับ (รูปที่ 2) เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าชาย (OR=2.79, 95%CI: 1.56,5.01)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบายกับตัวแปรต่างๆ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง SHC กับปัจจัยด้านต่างๆ โดยลองใช้จุดตัดที่แตกต่างกัน 2 แบบ คือ แบบที่ 1 ใช้จำนวนอาการไม่สบายตั้งแต่ 1 อย่าง (SHC1) แบบที่ 2 ใช้จำนวนอาการไม่สบายตั้งแต่ 3 อย่าง (SHC3) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง SHC1 กับปัจจัยใดๆ แต่พบว่า SHC3 มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับเพศ ($p \leq 0.05$, Mann-Whitney U test) การรับประทานอาหารก่อนเข้านอนน้อยกว่า 3 ชม. ($p=0.005$) การบริโภคอาหารจานด่วน ($p=0.017$) และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($p=0.022$) (ตารางที่ 3) และเมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบายกับผลการคัดกรองสุขภาพจิต พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง SHC3 กับการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีค่า OR=2.44 (95%CI: 1.32, 4.53) (ตารางที่ 4)

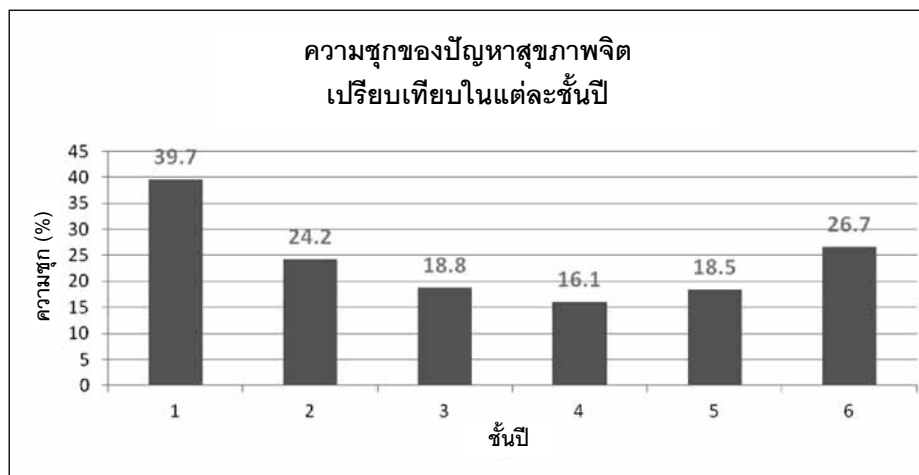
เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 ลงมา พบว่า SHC3 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ (หญิง) และภาวะสุขภาพจิต โดยมีค่า Adjusted odd ratio, AOR(95%CI) เป็น 2.15 (1.24-3.73) และ 2.05 (1.09, 3.88) ตามลำดับ

เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่สบายกับภาวะสุขภาพจิต โดยแยกกลุ่มเพศ พบว่าในเพศหญิงนั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบายตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไปกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=3.47, 95%CI: 1.38, 8.72) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในเพศชาย (OR=1.20, 95%CI: 0.48, 3.00)

ตารางที่ 2 ความชุก มัถยฐานและพิสัยควอไทล์ของพฤติกรรมต่างๆ ของนักศึกษาแพทย์

พฤติกรรมต่างๆ ของนักศึกษาแพทย์	ร้อยละของนักศึกษาแพทย์ที่มีพฤติกรรม	Median	IQR
การอ่านหนังสือ (ชั่วโมง/วัน)	98.5	2	8
การใช้งานคอมพิวเตอร์ (ชั่วโมง/วัน)	96.9	3	8
การดูโทรทัศน์ (ชั่วโมง/วัน)	60.8	1	15
การออกกำลังกาย (ชั่วโมง/วัน)	59.9	1	16
รับประทานอาหารรสจัด (ครั้ง/เดือน)	82.1	8	150
รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (ครั้ง/เดือน)	81.7	12	120
บริโภคขนมจุกจิก (ครั้ง/เดือน)	81.1	24	150
รับประทานอาหารจานด่วน (ครั้ง/เดือน)	80.9	2.5	90
บริโภคนมวัว (ครั้ง/เดือน)	79	12	90
บริโภคกาแฟ (ครั้ง/เดือน)	66	8	90
เข้านอนหลังรับประทาน < 3 ชม. (ครั้ง/เดือน)	66	5	30
บริโภคน้ำอัดลม (ครั้ง/เดือน)	64.9	4	90
การเที่ยวสถานบันเทิง หรือคาราโอเกะ	45.6		
บริโภควิตามิน อาหารเสริม (ครั้ง/เดือน)	34.4	9	90
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ครั้ง/เดือน)	28.6	0	30
การสูบบุหรี่ (มวน/เดือน)	1.1	0	0

Median = มัถยฐาน, IQR=พิสัยควอไทล์



รูปที่ 2 ความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบ่งตามชั้นปี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบาย กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมสุขภาพ	ความรู้สึกไม่สบายตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป	ความรู้สึกไม่สบายตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป
	p-value	p-value
เข้านอนหลังรับประทานอาหาร < 3 ชม.	0.171	0.005
รับประทานอาหารจานด่วน	0.460	0.017
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.404	0.022
รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	0.979	0.093
รับประทานอาหารรสจัด	0.871	0.326
บริโภคขนมจุกจิก	0.890	0.134
บริโภควิตามิน อาหารเสริม	0.571	0.568
บริโภคกาแฟ	0.633	0.650
บริโภคน้ำอัดลม	0.504	0.786
บริโภคนมวัว	0.870	0.071
บริโภคนมจากจากพืช	0.159	0.962
การอ่านหนังสือ	0.591	0.995
การใช้งานคอมพิวเตอร์	0.992	0.760
การดูโทรทัศน์	0.969	0.428
การเที่ยวสถานบันเทิง หรือคาราโอเกะ	0.381	0.308

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีความรู้สึกไม่สบาย (SHC)

ปัจจัย	SHC ≥ 1 อาการขึ้นไป		SHC ≥ 3 อาการขึ้นไป	
	COR (95% CI)	p-value	COR (95% CI)	p-value
เพศ หญิง	1.34 (0.71-2.53)	0.370	2.16(1.30-3.58)	0.003
	AOR 1.36 (0.69-2.66)	0.376	AOR 2.15(1.24-3.73)	0.006
ภาวะสุขภาพจิต	1.86 (0.82-4.20)	0.134	2.44 (1.32-4.53)	0.004
	AOR 2.18 (0.92 - 5.17)	0.08	AOR 2.05(1.09-3.88)	0.027
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)				
ปกติ	1.00		1.00	
ต่ำกว่าปกติ	1.27 (0.45-3.72)	0.63	0.76 (0.36-1.58)	0.42
น้ำหนักเกิน	0.46 (0.18-1.18)	0.07	0.78 (0.34-1.79)	0.53
โรคอ้วนระดับ 1	2.46 (0.5-13.43)	0.21	0.70 (0.25-1.98)	0.46
โรคอ้วนระดับ 2	0.5 (0.08-3.96)	0.41	0.43 (0.07-2.39)	0.27
การออกกำลังกาย	0.92 (0.46-1.84)	0.79	1.0 (0.603-1.352)	1.00
นอนหลับไม่เพียงพอ (<8 ชั่วโมงต่อวัน)	1.49 (0.68-3.29)	0.32	1.092 (0.563-2.12)	0.79

COR = Crude Odd Ratio; AOR = Adjusted odd ratio วิเคราะห์โดย ควบคุมตัวแปร: เพศ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหารรสจัด อาหารจานด่วน นมวัว นมจากพืช สุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนนอนน้อยกว่า 3 ชั่วโมง การรับประทานอาหารจุกจิก และภาวะสุขภาพจิต

สรุป

จากการศึกษาเรื่องความชุกของความรู้สึกไม่สบายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ามีความชุกของผู้ที่มีความรู้สึกไม่สบายใน 1 เดือนทั้งหมด ร้อยละ 82.06 แบ่งเป็น 5 ระบบเรียงตามความชุก คือ ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ-กระดูก ระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการไข้หวัด และกลุ่มอาการภูมิแพ้-หอบหืด เป็น ร้อยละ 62.2, 61.5, 53.4, 41.2 และ 12.6 ตามลำดับ และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ระหว่างความรู้สึกไม่สบายกับปัจจัยต่างๆ คือ เพศ ภาวะสุขภาพจิต การดื่มสุรา การบริโภคอาหารจานด่วน และการรับประทานอาหารก่อนเข้านอน แต่อย่างไรก็ตามขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้อาจมีน้อยเกินไปทำให้อาจไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ ได้

วิจารณ์

จากผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-27 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.7 ปี พบว่าความชุกของความรู้สึกไม่สบายอย่างน้อย 1 อาการในรอบ 1 เดือน (SHC1) เป็นร้อยละ 82.1 (จำนวน 215 ราย) (95%CI: 77.1, 86.4) เพศชายมีความชุกของความรู้สึกไม่สบายอย่างน้อย 1 อาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 80.0 (108 ราย) เพศหญิง ร้อยละ 84.3 (107 ราย) หากใช้เกณฑ์อย่างน้อย 3 อาการ (SHC3) ความชุกจะเป็นร้อยละ 59.9 (95%CI: 59.90, 65.73)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของ SHC1 ในการศึกษาของ Ihlebaek¹ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 15-84 ปี พบว่าความชุกของ SHC1 ร้อยละ 96 และจากการศึกษาของ Madhav Mutalik และคณะ³ พบว่า SHC1 และ SHC 3 ในนักศึกษาแพทย์ มีความชุกร้อยละ 92.7 และ 57.7 ตามลำดับ Rita Darmanin Ellul⁶ ศึกษาในกลุ่มที่มีอายุ 11-15 ปี พบ SHC1 ร้อยละ 97 จะเห็นได้ว่า ความชุกของ SHC1 ในคนที่อายุน้อยกว่าคนสูงอายุจะมีค่าสูงกว่าคนในวัยแรงงาน โดยภาพรวมแล้วจะพบว่า SHC1 จากการศึกษานี้สูงกว่าค่าความชุกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ส่วนความชุกของ SHC1 ในประชากรจังหวัดขอนแก่น โดย มุกดา วิเชียร และคณะ² พบร้อยละ 87.4 โดยเมื่อดูเฉพาะที่ช่วงอายุ 15-24 ปี พบว่ามีความชุกร้อยละ 76 (เพศชาย ร้อยละ 69.8 และหญิงร้อยละ 82) จะพบว่าความชุก SHC1 ของนักศึกษาแพทย์สูงกว่าของประชาชนทั่วไปที่มีอายุใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเน้นตรงกับ การสอบของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในชั้นปริคณิน

ทำให้เกิดอาการเช่น ปวดหัว เหนื่อยเพลีย และยังทำให้เกิดความเครียดมากกว่าปกติ

การศึกษานี้พบว่า SHC1 จำแนกเป็น 5 ระบบ พบว่าอยู่ในระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ-กระดูก ระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการไข้หวัดและกลุ่มอาการภูมิแพ้-หอบหืดร้อยละ 62.2, 61.5, 53.4, 41.2 และ 12.6 ตามลำดับหากพิจารณาแยกตามอาการ พบว่าความรู้สึกไม่สบายที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะ ร้อยละ 42.7 รองลงมาคืออาการไข้หวัด และเหนื่อยล้าอ่อนเพลียตามลำดับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ มุกดา วิเชียร² และ Ihlebaek¹ ที่พบความรู้สึกไม่สบายอันดับแรกคืออาการปวดหลังช่วงเอว โดยมีความชุกร้อยละ 69.0 และ 75 ส่วนอันดับที่ 2 ของ คือกลุ่มความรู้สึกไม่สบายทางระบบประสาท พบเป็นร้อยละ 48.0 และ 62 ตามลำดับ ความแตกต่างนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน งานหลักของนักศึกษาแพทย์ใช้สมองและมีความเครียดในการสอบ แต่กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมใช้แรงงานทำให้มีปัญหาทางด้านระบบกล้ามเนื้อมากกว่า

ในการศึกษานี้พบว่าปัญหา SHC3 สัมพันธ์กับเพศ โดยในเพศหญิงมีปัญหามากกว่าชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Haugman⁵ พบเพศหญิงมีความเจ็บปวดมากกว่าชาย ซึ่งอาการปวดหัวเป็นอาการทางกายที่พบบ่อยที่สุด แต่อาการด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุดมีความต่างกัน โดย Haugman พบว่าความรู้สึกหงุดหงิดเป็นอาการทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุด ในขณะที่การศึกษานี้พบว่าความวิตกกังวลเป็นอาการทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุด ทั้งนี้การศึกษาในประชากรที่มีขอบเขตช่วงอายุกว้างกว่าคือ ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่

ในการศึกษานี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง SHC3 กับภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ และพบความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติเป็น ร้อยละ 25.7 ในเพศหญิงร้อยละ 35.4 และชายร้อยละ 16.4 พบว่าความชุกที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับความชุกในกลุ่มประชากรทั่วไปในประเทศไทยที่ใช้แบบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่นกัน¹⁰ แต่มากกว่าการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 1 เดือนรวมร้อยละ 19.1 ส่วนการศึกษานี้ฉบับ¹² พบว่ามีร้อยละ 7.4 ซึ่งน้อยกว่าของผลการศึกษานี้ อธิบายสาเหตุที่ทำให้ความชุกของผลการศึกษานี้มากกว่าการศึกษาที่กล่าวมา เนื่องจากนักศึกษาแพทย์นั้นมีการสัมผัสกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าประชากรทั่วไป และจากการศึกษาของ ชัยวัชร อภิวัตน์ศิริ และคณะ⁹ ที่ศึกษา

ความชุกของความเครียดในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนประูป พบนักศึกษาแพทย์มีความเครียดในระดับอันตราย ร้อยละ 55.8 อธิบายได้จากการใช้แบบทดสอบคนละชนิด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเฉพาะนักศึกษาชั้นคลินิก และช่วงเวลาที่ต่างกัน

จุดอ่อนในการศึกษานี้คือการมีขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อยทำให้อาจไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยบางตัวได้ ตัวอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ที่พบมีไม่กีราย จึงทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับ SHC ได้

ในส่วนของ การแสวงหาการรักษาเมื่อมีความรู้สึกล้มสบายพบว่า การปล่อยให้หายเอง/รอดูอาการ ที่อยากกินเอง เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมากที่สุด รองลงมาคือการไปคลินิกเอกชนและไปห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปพบว่าคล้ายกันคือเมื่อมีความรู้สึกล้มสบายจะหาทางรักษาด้วยตนเองก่อนจึงไปพบแพทย์

ข้อจำกัดของการศึกษาช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษ ตรงกับช่วงสอบของนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิก ซึ่งส่งผลให้ความชุกของนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้สึกล้มสบาย รวมถึงความเครียดมากกว่าปกติได้ (Seasonal variation) อย่างไรก็ตามทางคณะผู้วิจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงช่วงเวลาดังกล่าวได้เพราะมีเวลาในการศึกษาที่จำกัด และเนื่องจากในรูปแบบของการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในการคำนวณขนาดตัวอย่างไม่ได้ครอบคลุมการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ทำให้ไม่อาจสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ออกมา นั้นจะมีปัญหาในเรื่องขนาดตัวอย่างหรือไม่ แต่อาจชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มได้ในระดับหนึ่งซึ่งผู้สนใจควรมีการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ihlebaek C, Hege R, Eriksen HR. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30:20-9.
2. มุกดา วิเชียร, อมร เปรมกมล, สมพงษ์ ศรีแสนปาง. ความชุกของผู้ที่มีความรู้สึกล้มสบายในชุมชนชนบทของ จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชศาสตร์* 2550; 22:408-15.

3. Madhav Mutalik, Maitreyee Mutalik. Self-reported common health complaints in university medical students. *Int J Cur Bio Med Sci* 2011; 1:149-53.
4. ชัยวัชร อภิวัตน์ศิริ, กฤติยา ไสยะเกษตรินทร์, กิตติศักดิ์ สุรประยูร, ไกรวุฒิ เลื่อมประเสริฐ, นุชวดี วันแก้ว, ภากรณ์ หอมจำปา, และคณะ. ความเครียด และการจัดการความเครียดของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชศาสตร์* 2550; 22: 416-24.
5. Joung IM, Stronks K, van de Mheen H, Mackenbach JP. Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:482-8.
6. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence: a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001; 11:4-10.
7. Darmanin Ellul R, Cordina M, Buhagiar A, Fenech A, Mifsud J. Health complaints and use of medicines among adolescents in Malta. *Pharmacy Practice* 2008; 6:165-70.
8. Ihlebaek C, Eriksen HR. Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occup Med (Lond)* 2003; 53:270-8.
9. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR, Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med (Lond)* 2007; 57:43-9.
10. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41:2-17.
11. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41:191-202.
12. Sithisarankul P, Ruksakom H, Polboon N, Boonthaim B, Visanuyothin T, Wattanasirichaigoon S. Survey of mental health status of Thai physicians. *J Med Assoc Thai* 2004;87: S 9-13.

