



ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านในช่วงภาวะวิกฤตการระบาดของโรค COVID-19

Prevalence of Depression among Resident Physicians during the COVID-19 Pandemic.

ธิชาภา ธีรเบญจกุล*, ติรยา เลิศหัตถศิลป์*

Thichapha Teerabenjakun*, Tiraya Lerthattasilp*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในแพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2563 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการทำงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 และคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย โดยกำหนดจุดตัดที่ 9 คะแนน

ผลการศึกษา จากแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 256 ราย มีผู้ตอบแบบสอบถาม 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 26 พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 30 รายคิดเป็นความชุกร้อยละ 44.78 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการที่มาก คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน

สรุป ในช่วงที่มีภาวะวิกฤตการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นกว่าภาวะปกติมาก ผู้เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาแนวทางการป้องกันและให้ความช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตแก่แพทย์ประจำบ้านในสถานการณ์โรคระบาดเช่นนี้ด้วย

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า แพทย์ประจำบ้าน COVID-19 โรคระบาด

Corresponding author: ธิชาภา ธีรเบญจกุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(3): 337-350

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence of depression and related factors among resident physicians during the COVID-19 pandemic.

Methods: A cross-sectional study was conducted on resident physicians at the Faculty of Medicine, Thammasat University Hospital from 1st March 2020 to 30th June 2020. An online self-reporting questionnaire was used to assess the sociodemographic data and COVID-19 related stressors. The patient health questionnaire (PHQ-9 Thai-version) was used to assess depression with a 9-point intersection with sensitivity of 84% and specificity of 77%.

Results : Overall prevalence of depression among resident physicians at the Faculty of Medicine, Thammasat University Hospital, was 44.78% (30 of 67 participants). Factors significantly associated with depression were getting affected by COVID-19 during training, long working hours, poor sleep quality and personal relationship problems at work.

Conclusion : During the COVID-19 pandemic, resident physicians had a much higher rate of depression than during normal conditions. Therefore, early prevention of mental health problems and psychological intervention should be regularly conducted for resident physicians during the pandemic.

Keywords : depression, resident physicians, COVID-19, pandemic

Corresponding author: Thichapha Teerabenjakun

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(3): 337-350

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อย เป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดของปัญหาสุขภาพ¹ การศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่ามากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลกกำลังประสบปัญหา² และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น³ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญเป็นอันดับที่ 1 ของโลก ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร (years lived with disability) ในปี ค.ศ. 1990⁴ และยังคงเป็น 1 ใน 4 อันดับแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง 2017⁵ ภาวะซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและกลับเป็นซ้ำได้ โดยร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี⁶ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ความสามารถในการทำงานลดลง และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือครอบครัวแย่ลง นำไปสู่ความรู้สึกย่ำแย่ทางจิตสังคมระยะยาว ในกรณีที่รุนแรงที่สุดคืออาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้²

ภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านนับเป็นปัญหาที่สำคัญ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 ส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยผิดพลาด มีการหยุดพักงาน เปลี่ยนงาน ลาออก ในแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการรักษาได้สูงกว่าแพทย์ประจำบ้านที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึง 6.2 เท่า⁷ และพบว่าแพทย์ประจำบ้านที่มีภาวะซึมเศร้า มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าในประชากรทั่วไป เนื่องจากมีแพทย์ประจำบ้านจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษา เพราะเกรงว่าจะส่งผลต่อวิชาชีพ เช่น อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการประเมินผล หรือมีผลต่อใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม⁸ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการทำงานที่นานเกินไป เนื่องจากได้รับการระงามมาก^{9,10} การทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกินไป การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาหนี้สิน การมีโรคประจำตัว

การมีปัญหาในช่วงชีวิตวัยเด็ก การมีความเครียดสะสม จากการทำงาน การมีปัญหาคือความสัมพันธ์ส่วนตัวหรือ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในที่ทำงาน เคยมีประสบการณ์ทำงานที่ผิดพลาด รวมถึงการไม่ได้ออกกำลังกาย¹¹ การไม่พอใจในหน้าที่การงานของตน¹² การเป็นแพทย์ประจำบ้านในชั้นปีแรกๆ คือชั้นปี 1-2^{13,14} และสาขาที่แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงาน¹⁵ ในประเทศไทยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านมีร้อยละ 21.5-24.6 และปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ คือ เคยมีภาวะซึมเศร้ามามาก่อน มีปัญหาการทำงาน รู้สึกว่าตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน เวลาทำงานมากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีปัญหาในชีวิตประจำวัน รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน และมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน¹⁶

ในขณะที่มีการระบาดของ COVID-19 ทั่วโลก พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในระดับสูงโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกหนัก¹⁷ มีงานวิจัยที่ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ Lai และคณะ¹⁸ พบมีภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อ COVID-19 ในประเทศจีนถึงร้อยละ 50.4 (PHQ-9 \geq 10) การศึกษาของ Kang และคณะ¹⁹ พบว่าแพทย์และพยาบาลที่ประเทศจีนประสบกับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 28.6 (PHQ-9 \geq 10) และพบภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 นี้²⁰ นอกจากนี้มีการศึกษาสภาวะจิตในนักศึกษาแพทย์ในระยะเริ่มต้นระบาดของ COVID-19 พบว่าร้อยละ 46.7 ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (PHQ-9 \geq 10)²¹ จะเห็นได้ว่าการศึกษาดังกล่าว พบภาวะซึมเศร้าที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าที่พบในแพทย์ประจำบ้านในสถานการณปกติ

เพียงร้อยละ 20.9²² โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การสัมผัสกับเชื้อ COVID-19 โดยตรง บ่อยครั้ง และเป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อสูง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสถานการณ์โรคระบาด เช่น SARS และ Ebola virus นั้น ส่งผลกระทบทางจิตใจต่อบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก^{23,24} การได้รับภาระงานที่มากขึ้น การทำงานล่วงเวลา การเกิดความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ทำให้ประสบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน²⁵ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดี การล้าการแพร่เชื้อสู่ครอบครัว การแยกตัวจากสังคม²⁶ ทำให้เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวลตามมา²⁷

ในประเทศไทยพบว่ยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงสถานการณ์โรคระบาดเช่นนี้ ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่แพทย์ประจำบ้านจำนวนมากต้องปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วย COVID-19 จึงสนใจศึกษาถึงผลกระทบด้านความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของแพทย์ประจำบ้านในสถานการณ์โรคระบาดนี้ เพื่อหาแนวทางป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านในช่วงวิกฤตโรคระบาดต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในแพทย์ประจำบ้านทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 256 ราย โดยใช้วิธีประชาสัมพันธ์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ที่ใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ซึ่งเป็นกลุ่ม LINE ที่มีอยู่เดิม

และให้ แพทย์ประจำบ้านที่สนใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ โดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีการประชาสัมพันธ์เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งการศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ MTU-EC-PS-0-231/62

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นผู้กรอกข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานประชากร ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยในแต่ละข้อมาจากข้อต่างๆ ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV มีให้เลือกตอบว่า ไม่เลย (0 คะแนน) มีบางวัน ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และ มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวมได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทย โดย Lotrakul และคณะ²⁸ แบบประเมิน PHQ-9 มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 53 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 98 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value-PPV) ร้อยละ 67 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value-NPV)

ร้อยละ 97 positive likelihood ratio เท่ากับ 27.37 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (SD = 0.05, 95% CI 0.85 to 0.92) หากกำหนดจุดตัดที่คะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไป ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) พบว่าค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value-PPV) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value-NPV) ร้อยละ 99 positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (SD = 0.05, 95% CI 0.85 to 0.92) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน PHQ-9 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความน่าเชื่อถือ ทำได้ง่าย และสามารถเปรียบเทียบผลกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาที่มีการใช้แบบประเมิน PHQ-9 ได้

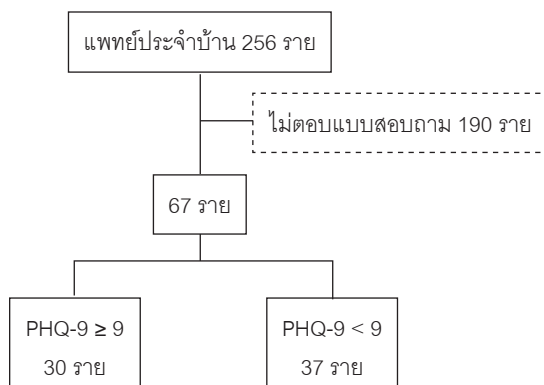
ในงานวิจัยนี้เลือกใช้จุดตัดที่ 9 คะแนน โดยจะแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 9) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 < 9)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรม STATA version 14 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ใช้สถิติ chi-square test สำหรับปัจจัยข้อมูลที่เป็นตัวแปรจัดกลุ่ม และ t-test สำหรับปัจจัยข้อมูลที่เป็นตัวแปรค่าต่อเนื่องในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า (ข้อมูลในงานวิจัยนี้มีการแจกแจงแบบปกติ) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจาก Univariable analysis ในข้อ 2 มาวิเคราะห์โดย multiple logistic regression analysis เพื่อควบคุม

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยแสดงค่าความสัมพันธ์หลังควบคุมตัวแปรเป็น Odds ratio และ 95% confidence interval โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา



แผนภูมิที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

ในการศึกษานี้ จากแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 256 ราย มีผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถามออนไลน์ 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 26 ของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด โดยอายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามเท่ากับ 29.22 ปี จำนวนเพศชายกับเพศหญิงใกล้เคียงกัน กล่าวคือมีเพศชาย 121 ราย และหญิง 138 ราย เกือบทั้งหมดเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีที่ 1-3 สัดส่วนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละชั้นปีใกล้เคียงกัน โดยผู้ตอบแบบสอบถามมาจากทุกสาขา ซึ่งข้อมูลนี้ใกล้เคียงกับข้อมูลในภาพรวม และสัดส่วนของข้อมูลดังกล่าวใกล้เคียงกับศึกษาของ Kaewporndawan และ Chaiudomsom¹⁶ ในประเทศไทย ในส่วนข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านและจากที่แพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามทั้งหมด 67 ราย มี 60 ราย (ร้อยละ 89.55) ได้ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย COVID-19 โดยรายละเอียดของข้อมูลอื่นๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=67) และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า
ด้วยสถิติ Univariable analysis

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	P-value
1. เพศ				
ชาย	29 (43.28)	18 (48.65)	11 (36.67)	0.457
หญิง	38 (56.72)	19 (51.35)	19 (63.33)	
2. อายุ (ปี)				
mean±SD	29.22 ±1.65	29.35±0.22	29.07±0.36	0.505
3. สถานภาพ				
โสด	62 (92.54)	33 (89.19)	29 (96.67)	0.370
สมรส	5 (7.46)	4 (10.81)	1 (3.33)	
4. ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	31 (46.27)	13 (35.14)	18 (60.00)	0.052
ต่างจังหวัด	36 (53.73)	24 (64.86)	12 (40.00)	
5. สาขาวิชา				
อายุรศาสตร์	10 (14.93)	7 (18.92)	3 (10.00)	0.225
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	4 (5.97)	2 (5.41)	2 (6.67)	
กุมารเวชศาสตร์	3 (4.48)	1 (2.70)	2 (6.67)	
โสตศอนาสิกวิทยา	3 (4.48)	2 (5.41)	1 (3.33)	
ศัลยศาสตร์	7 (10.45)	1 (2.70)	6 (20.00)	
ออร์โธปิดิกส์	7 (10.45)	3 (8.11)	4 (13.33)	
จักษุวิทยา	4 (5.97)	3 (8.11)	1 (3.33)	
ประสาทวิทยา	2 (2.99)	2 (5.41)	0 (0.00)	
ประสาทศัลยศาสตร์	2 (2.99)	2 (5.41)	0 (0.00)	
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	7 (10.45)	4 (10.81)	3 (10.00)	
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
จิตเวชศาสตร์	2 (2.99)	1 (2.70)	1 (3.33)	
วิสัญญีวิทยา	6 (8.96)	2 (5.41)	4 (13.33)	
พยาธิวิทยาคลินิก	3 (4.48)	1 (2.70)	2 (6.67)	
เวชศาสตร์ครอบครัว	4 (5.97)	4 (10.81)	0 (0.00)	
นิติเวชศาสตร์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
ตจวิทยา	2 (2.99)	2 (5.41)	0 (0.00)	
รังสีวิทยาวินิจฉัย	1 (1.49)	0 (0.00)	1 (3.33)	
6. ระดับชั้นปีการศึกษา				
1	17 (25.37)	8 (21.62)	9 (30.00)	0.779
2	25 (37.31)	14 (37.84)	11 (36.67)	
3-5	25 (37.31)	15 (40.54)	10 (33.33)	
7. ต้นสังกัด				
มี	38 (56.72)	26 (70.27)	12 (40.00)	0.015
ไม่มี	29 (43.28)	11 (29.73)	18 (60.00)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=67) และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Univariable analysis (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	P-value
8. รายได้ปัจจุบัน				
เพียงพอ	18 (26.87)	11 (29.73)	7 (23.33)	0.678
ไม่เพียงพอ	46 (68.66)	25 (67.57)	21 (70.00)	
อื่นๆ (เช่น บางเดือนอาจจะไม่เพียงพอ)	3 (4.48)	1 (2.70)	2 (6.67)	
9. โรคประจำตัว				
มี	14 (20.90)	4 (10.81)	10 (33.33)	0.035
ไม่มี	53 (79.10)	33 (89.19)	20 (66.67)	
10. เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน				
เคย	8 (11.94)	2 (5.41)	6 (20.00)	0.126
ไม่เคย	59 (88.06)	35 (94.59)	24 (80.00)	
11. การออกกำลังกาย				
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	15 (22.39)	10 (27.03)	5 (16.67)	0.271
2-4 ครั้ง/เดือน	32 (47.76)	14 (37.84)	18 (60.00)	
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	14 (20.90)	10 (27.03)	4 (13.33)	
4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	6 (8.96)	3 (8.11)	3 (10.00)	
12. เวลาทำงานจริงในเวลาราชการ (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)				
mean±SD	47.07 ±20.33	43.30±3.12	51.73±3.88	0.091
13. เวลาทำงานนอกเวลาราชการ รวมการรับงานนอกสถานที่ (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)				
mean±SD	37.79 ±27.41	28.43±3.34	49.33±5.62	0.002
14. เวลานอนเฉลี่ยต่อคืน (ชั่วโมง)				
mean±SD	5.49 ±0.99	5.73±0.15	5.2±0.18	0.029
14.1 คุณภาพการนอนหลับในแต่ละคืน				
ดี	27 (40.30)	22 (59.46)	5 (16.67)	<0.001
ไม่ดี	40 (59.70)	15 (40.54)	25 (83.33)	
15. การทำงานนอกเวลาราชการ เช่น จำนวนเวร				
มาก	32 (47.76)	16 (43.24)	16 (53.33)	0.703
พอดี	34 (50.75)	20 (54.05)	14 (46.67)	
น้อย	1 (1.49)	1 (2.7)	0 (0.00)	
16. กิจกรรมวิชาการ การนำเสนอผลงานต่างๆ เช่น case conference, journal club หรืออื่นๆ				
มาก	19 (28.36)	9 (24.32)	10 (33.33)	0.677
พอดี	47 (70.15)	27 (72.97)	20 (66.67)	
น้อย	1 (1.49)	1 (2.7)	0 (0.00)	
17. ภาระงานโดยรวมในแต่ละวัน				
มาก	32 (47.76)	12 (32.43)	20 (66.67)	0.007
พอดี	35 (52.24%)	25 (67.57)	10 (33.33)	
น้อย	-	0 (0.00)	0 (0.00)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=67) และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า
ด้วยสถิติ Univariable analysis (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	P-value
18. ได้รับการเรียนการสอนที่เพียงพอ				
เพียงพอ	30 (44.78)	23 (62.16)	7 (23.33)	0.003
ไม่เพียงพอ	37 (55.22)	14 (37.84)	23 (76.67)	
19. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสถานที่ปฏิบัติงาน				
มี	17 (25.37)	2 (5.41)	15 (50.00)	<0.001
ไม่มี	50 (74.63)	35 (94.59)	15 (50.00)	
20. ปัญหาส่วนตัวที่นอกเหนือจากปัญหาในการปฏิบัติงาน				
มี	13 (19.40)	3 (8.11)	10 (33.33)	0.013
ไม่มี	54 (80.60)	34 (91.89)	20 (66.67)	
21. ตัดสินใจผิดพลาดที่มาเรียนแพทย์ประจำบ้าน				
ใช่	15 (22.39)	5 (13.51)	10 (33.33)	0.077
ไม่ใช่	52 (77.61)	32 (86.49)	20 (66.67)	
22. ประสบการณ์ทำงานผิดพลาด				
เคย	37 (55.22)	20 (54.05)	17 (56.67)	1.000
ไม่เคย	30 (44.78)	17 (45.95)	13 (43.33)	
23. สิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน				
พอใจ	52 (77.61)	33 (89.19)	19 (63.33)	0.018
ไม่พอใจ	15 (22.39)	4 (10.81)	11 (36.67)	
24. การมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา				
เพียงพอ	49 (73.13)	34 (91.89)	15 (50)	<0.001
ไม่เพียงพอ	18 (26.87)	3 (8.11)	15 (50)	
25. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย COVID-19 เช่น ห้องฉุกเฉิน คลินิกโรคอุบัติใหม่				
ใช่	60 (89.55)	31 (83.78%)	29 (96.67)	0.120
ไม่ใช่	7 (10.45)	6 (16.22)	1 (3.33)	
26. อุปกรณ์ป้องกัน COVID-19				
เพียงพอ	28 (41.79)	22 (59.46)	6 (20)	0.001
ไม่เพียงพอ	39 (58.21)	15 (40.54)	24 (80)	
27. การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ COVID-19				
เพียงพอ	47 (70.15)	32 (86.49)	15 (50)	0.003
ไม่เพียงพอ	20 (29.85)	5 (13.51)	15 (50)	
28. สวัสดิการค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในช่วง COVID-19				
เพียงพอ	28 (41.79)	20 (54.05)	8 (26.67)	0.028
ไม่เพียงพอ	39 (58.21)	17 (45.95)	22 (73.33)	
29. ผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม เช่น ได้รับการเรียนการสอนไม่เพียงพอ การเรียนล่าช้า				
ใช่	48 (71.64)	22 (59.46)	26 (86.67)	0.016
ไม่ใช่	19 (28.36)	15 (40.54)	4 (13.33)	

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถามออนไลน์ พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามที่เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.78 หากแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามระดับคะแนน PHQ-9 พบว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 11.94 ระดับปานกลางร้อยละ 7.46 และระดับน้อยร้อยละ 25.37 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน (แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9)

ภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 < 9)	37 (55.22)
มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 9)	30 (44.78)
(คะแนน; mean ±SD = 8.97 ±5.89)	
เล็กน้อย (PHQ-9 9-12)	17 (25.37)
ปานกลาง (PHQ-9 13-18)	5 (7.46)
รุนแรง (PHQ-9 > 19)	8 (11.94)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าจาก univariable analysis พบว่า การมีโรคประจำตัวที่มีผลกระทบต่อการทำงาน และการไม่มีต้นสังกัดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.035 และ 0.015 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เวลาทำงานนอกเวลาราชการโดยเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทำงานนอกเวลาราชการ 49.33 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่

ทำงานนอกเวลาเฉลี่ย 28.43 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (p= 0.002) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (p <0.001) มีเวลานอนน้อย (p= 0.029) ภาระงานโดยรวมในแต่ละวันที่มาก (p= 0.007) การได้รับการเรียนการสอนไม่เพียงพอ (p= 0.003) การมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสถานที่ปฏิบัติงาน (p <0.001) มีปัญหาส่วนตัวที่นอกเหนือจากปัญหาในการปฏิบัติงาน (p= 0.013) สิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน (p= 0.018) การมีที่ปรึกษาที่ไม่เพียงพอเมื่อเกิดปัญหา (p <0.001)

ในด้านปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะ COVID-19 มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ การมีอุปกรณ์ป้องกัน COVID-19 ไม่เพียงพอ (p= 0.001) การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ไม่เพียงพอ (p= 0.003) สวัสดิการค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในช่วง COVID-19 ไม่เพียงพอ (p= 0.028) และการได้ผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม เช่น ได้รับการเรียนการสอนที่ไม่เพียงพอ การเรียนล่าช้า (p= 0.016) (ตารางที่ 1)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ จาก univariable analysis ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05 มาคำนวณโดย multiple logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เวลาทำงานนอกเวลาราชการที่มาก (p = 0.005) การมีปัญหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน (p = 0.009) และการได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม (p = 0.024) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ multivariable logistic regression analysis

ปัจจัยที่ศึกษา	Adj Odd ratio	95% CI	P- value
การทำงานนอกเวลาราชการ	1.06	1.019- 1.110	0.005*
คุณภาพในการนอน	4.44	0.650- 30.331	0.128
ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน	22.35	2.138- 233.645	0.009*
อุปสรรคในการป้องกัน COVID-19	7.74	0.981- 61.044	0.052
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ COVID-19	5.35	0.837- 34.167	0.076
ค่าตอบแทนการทำงานที่เกี่ยวกับ COVID-19	0.17	0.017- 1.774	0.140
ผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม	14.81	1.431- 153.334	0.024*

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าแพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในช่วงที่มีภาวะวิกฤต COVID-19 นั้นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.78 ซึ่งเป็นค่าที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ทำในช่วงที่ไม่มีโรคระบาดเกิดขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สูงในการศึกษาครั้งนี้สัมพันธ์กับสถานการณ์โรคระบาด ซึ่งแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ร้อยละ 89.55 ต้องปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 โดยงานวิจัยที่นำมาเปรียบเทียบ ได้แก่ การศึกษาแบบ systematic review and meta-analysis ของ Mata และคณะ²² ได้รวบรวมทั้งหมด 54 งานวิจัย พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านเฉลี่ยร้อยละ 28.8 การศึกษาในแพทย์ประจำบ้านประเทศบราซิล พบความชุกร้อยละ 19²⁹ และจากการศึกษาในประเทศไทยที่มีการใช้แบบประเมิน PHQ-9 (PHQ-9 ≥ 9) Kaewporndawan และ Chaiudomsom¹⁶ และคณะ พบภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 21.5 Thamrongvisava และ Pitanupong³⁰ ได้ศึกษาในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบความชุกร้อยละ 24.6

อย่างไรก็ตาม ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านจากงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าแพทย์ประจำบ้านเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นในระหว่างที่มีโรคระบาดอย่างมีนัยสำคัญ²⁰ และจากการศึกษาอื่นๆ ในขณะที่มีโรคระบาดเกิดขึ้น เช่น โรค SARS ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ.2003, Ebola virus ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2014 พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ต้องประสบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน มีความเครียดในการทำงานมากขึ้น ภาระงานมากขึ้น ทำงานล่วงเวลา ส่งผลกระทบต่อจิตใจของแพทย์ประจำบ้าน ทำให้เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลตามมา^{23, 24, 27}

โดยผลจากการวิเคราะห์ multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ โดยควบคุมตัวแปรซึ่งอาจเป็นตัวแปรกวนแล้ว พบว่า ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการที่มาก (ทั้งงานในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล) การมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน และการได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรมนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าชั่วโมงการอยู่เวรที่มากสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้น สอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่าชั่วโมง

การทำงานที่มากทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การทำงาน 80.0 - 99.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 100 ชั่วโมงขึ้นไป ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นกว่าปกติ 2.83 เท่า และ 6.96 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับการทำงานที่น้อยกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁹ เนื่องจากการทำงานที่มากเกินไปย่อมส่งผลให้เกิดการเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalmbach และคณะ³¹ ที่พบว่า ชั่วโมงการทำงานที่มาก ส่งผลให้การนอนไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 นั้นส่งผลทำให้แพทย์ประจำบ้านต้องอยู่เวรมากขึ้น ส่งผลให้มีเวลานอนน้อยลง อาจนำไปสู่การทำงานที่ผิดพลาดได้³²

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่าการมีปัญหาคความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewpomdawan และ Chaiudomsom¹⁶ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในสถานการณปกติ ซึ่งพบว่าการมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานหลายด้าน อาจทำให้มีโอกาสสูงที่จะเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้นได้เช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าการที่แพทย์ประจำบ้านมองว่า COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการฝึกอบรม เช่น ได้รับการเรียนการสอนที่ไม่เพียงพอ การเรียนล่าช้า นั้นยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน แสดงให้เห็นว่านอกจากการอยู่เวรที่เพิ่มขึ้นแล้ว สถานการณ์ COVID - 19 ยังกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิตด้านอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการฝึกอบรมด้วยการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดความเครียดในการปรับตัว ความไม่แน่นอนในการใช้ชีวิต ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือ ไม่พบ

ว่าการได้รับค่าตอบแทนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ COVID-19 ที่ไม่เพียงพอ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์นี้แต่อย่างใด

ข้อจำกัด

1. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเฉพาะแพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเท่านั้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอาจแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ เนื่องจากมีภาวะวิกฤตการระบาดของ COVID-19 ทำให้มีอัตราการตอบกลับน้อยเพียง 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.17 จากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อย อาจทำให้แปลผลการศึกษาคคลเคลื่อน ไม่สามารถอธิบายถึงประชากรทั้งหมดได้ หากมีการศึกษาคครั้งต่อไปควรมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม เน้นให้แพทย์ประจำบ้านเห็นความสำคัญ อาจมีของที่ระลึกแจกให้เมื่อทำแบบสอบถาม

3. การศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาคภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านนั้น เป็นเหตุหรือเป็นผลของภาวะซึมเศร้า

4. ยังไม่มีการศึกษาที่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน เนื่องจากส่วนใหญ่ที่นำมาเปรียบเทียบนั้นเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มแพทย์ประจำบ้านโดยตรง ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านนั้นสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มาก ปัญหาคุณภาพการนอน ปัญหาความสัมพันธ์ในที่

ทำงาน และผลกระทบของ COVID-19 ที่มีต่อการฝึก
อบรมแพทย์ประจำบ้านนั้น เพื่อเป็นการดูแลแพทย์
ประจำบ้านไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเห็นว่าการ
ป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีข้อเสนอ คือ

1. ควรมีการจำกัดชั่วโมงการทำงานในแพทย์
ประจำบ้าน อยู่ที่ The Accreditation Council for
Graduate Medical Education (ACGME) ได้มีการ
กำหนดให้ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ประจำบ้านอยู่ที่
ไม่เกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีวันหยุดอย่างน้อย
1 วันต่อสัปดาห์³²

2. มีกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในที่ทำงาน
เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เพิ่มคุณภาพ
การสื่อสาร รวมถึงจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาในปัญหาการ
ทำงานอย่างเพียงพอ

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแพทย์ประจำบ้าน
ควรวางแผนปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในสถานการณ
วิกฤตนี้ เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อการฝึกอบรม
เช่น ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าเรียนพร้อมกันได้ การที่
ไม่สามารถออกไปศึกษาดูงานนอกสถานที่ มีการยกเลิก
กิจกรรมการเรียนการสอน เป็นต้น

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน
ในขณะที่มีภาวะวิกฤตการระบาดของโรค COVID-19
เพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าในสถานการณปกติ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
การได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ต่อการฝึกอบรม
ชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการที่มาก และปัญหา
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Doris A, Ebmeier K, Shajahan P. Depressive
illness. *Lancet* 1999; 354(9187): 1369-1375.

2. World Health Organization. Depression and
other common mental disorders: global health
estimates. World Health Organization. 2017.
Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.

3. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and
Prevalence Collaborators. Global, regional,
and national incidence, prevalence, and years
lived with disability for 354 diseases and
injuries for 195 countries and territories, 1990-
2017: a systematic analysis for the Global
Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;
392(10159): 1789-1858.

4. Leading causes of disability worldwide, 1990,
in years of life lived with disability. *BMJ* 2002;
325(7370): 947.

5. Qingqing Liu, Hairong He, Jin Yang, Xiaojie
Feng, Fanfan Zhao, Jun Lyu. Changes in the
global burden of depression from 1990 to
2017: Findings from the Global Burden of
Disease study. *J Psychiatr Res* 2020 Jul;
126:134-140.

6. NIMH/NIH Consensus Development Conference
statement. Mood disorders: pharmacologic
prevention of recurrences. Consensus
Development Panel. *American Journal of
Psychiatry*. 1985; 142(4):469-476.

7. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek
PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of
medication errors among depressed and burnt
out residents: prospective cohort study. *BMJ*
2008; 336(7642): 488-491.

8. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression*. 2014; 3(3): 12.
9. Ogawa R, Seo E, Maeno T, Ito M, Sanuki M, Maeno T. The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med Educ* 2018; 18(1): 50.
10. Yokoya S, Seo E, Ogawa R, Takayashiki A, Maeno T. The effect of stress-related factors on depressive state among medical residents. *Medical Research Archives* 2016; 4(6).
11. Durkin M. Facing depression in medical residency. *ACP Internist*, 2016. Available from: www.acpinternist.org/archives/2016/04/depression.htm.
12. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(5): 1444-1449.
13. Gavin K. Depression in First-Year Doctors Depends on Where They Train. *Academic Medicine of the University of Michigan*, 2019. Available from: <https://labblog.uofmhealth.org/med-u/depression-first-year-doctors-depends-on-where-they-train>.
14. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(8): 667-672.
15. Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, et al. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *Am J Surg* 2013; 205(2): 141-146.
16. Kaewporndawan T, Chaiudomsom C. The Prevalence and Associated Factors of Depression among Residents in Training at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2014; 59(1): 41-50.
17. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* 2020; 18(1):100.
18. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3(3): e203976
19. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(3): e14.
20. Li W, Frank E, Zhao Z, Chen L, Wang Z, Burmeister M, et al. Mental Health of Young Physicians in China During the Novel Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *JAMA Netw Open* 2020; 3(6): e2010705.

21. Essangri H, Sabir M, Benkabbou A, Majbar MA, Amrani L, Ghannam A, et al. Predictive Factors for Impaired Mental Health among Medical Students during the Early Stage of the COVID-19 Pandemic in Morocco. *Am J Trop Med Hyg* 2021; 104(1): 95-102.
22. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015; 314(22): 2373-2383.
23. Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004; 34(7): 1197-1204.
24. Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, Hunter JJ, Goldbloom D, Balderson K, et al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosom Med* 2004; 66(6): 938-942.
25. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(12): 1924-1932.
26. Sanghavi PB, Yeung KA, Sosa CE, Veesenmeyer AF, Limon JA, Vijayan V. Effect of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Pediatric Resident Well-Being. *J Med Educ Curric Dev*. 2020; 7: 2382120520947062
27. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS; Coauthors for the Impact of SARS Study. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2008; 59(1): 91-95.
28. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8:46-46.
29. Pasqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Lotufo Neto F, Koch VHK. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Med Educ* 2019; 19(1): 193.
30. Thamrongvisava S, Pitanupong J. The Prevalence and Associated Factors of Burnout Syndrome among Residents in Training at Faculty of Medicine, Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2018; 63(4): 309-320.
31. Kalmbach DA, Arnedt JT, Song PX, Guille C, Sen S. Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents. *Sleep*. 2017; 40(3): zsw073.
32. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). History of Duty Hours. Available from: <http://www.acgme.org/What-We-Do/Accreditation/Duty-Hours/History-of-Duty-Hours>.