ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ของนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

รชนิศ เฟื่องไพบูลย์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

ที่มา: นักศึกษาแพทย์ในปัจจุบันมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะการเรียนการสอนในช่วงโควิด-19 หลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 นักศึกษาอาจมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมของโรงเรียนแพทย์อาจส่งผลให้นักศึกษาแพทย์มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตต่ำมากกว่าสาขาอื่นๆ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ของนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) นักศึกษาแพทย์ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ลงทะเบียนปี 2565

ผลการศึกษา: ผู้ตอบแบบสอบถาม 81 ราย พบนักศึกษามีภาวะซึมเศร้า 32 ราย (ร้อยละ 39.50) ความวิตกกังวล 57 ราย (ร้อยละ 70.37) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 39 ราย (ร้อยละ 48.14) เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ชั้นปีที่ 5 มีภาวะซึมเศร้า 0.08 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 (Adj.OR 0.08;95%CI: 0.008-0.89) การอาศัยอยู่คนเดียว 0.12 เท่า (Adj.OR 0.12;95%CI: 0.01-0.96) สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา 31.02 เท่า (Adj.OR 31.02;95%CI: 2.53-384.57) กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก 57.41 เท่า (Adj.OR 57.41;95%CI: 4.97-662.39) ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ เพศหญิงมีความกังวล 0.09 เท่า (Adj.OR 0.09 ;95%CI: 0.10-0.90) ชั้นปีที่ 5 มีความกังวล 0.02 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 (Adj.OR 0.02;95%CI: 0.001-0.42) และชั้นปี 6 มีความกังวล 0.10 เท่า (Adj.OR 0.10;95%CI: 0.001-0.31) การไม่ออกกำลังกายมีผลต่อความกังวล 0.09 เท่า (Adj.OR 0.09 ;95%CI: 0.01-0.075) และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 4.83 เท่า (Adj.OR 4.83 ;95%CI: 1.04-22.29)

สรุป: นักศึกษาแพทย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีสูง อย่างไรก็ตามนักศึกษาแพทย์ควรได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเรื่องการเรียนในช่วงโควิด-19 และจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาเชิงรุก เช่น การคัดกรองเพื่อหานักศึกษาแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทางจิตเวช รวมถึงบทบาทของอาจารย์แพทย์ที่ช่วยสังเกตนักศึกษาแพทย์และเพิ่มความสามารถในการคัดกรองภาวะทางจิตเวชให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19

รับบทความ: 22 กรกฎาคม 2566
ปรับแก้บทความ: 13 กันยายน 2566
ตอบรับการตีพิมพ์: 29 กันยายน 2566

Depression, anxiety and quality of life after the COVID-19 pandemic of medical students Clinical Medical Education Center Surat Thani Hospital

Rachanit Fuangpaiboon

Department of Psychiatry and Addictions, Surathani Hospital

Abstract

Introduction: Currently, medical students are experiencing increased levels of depression, anxiety and declined their quality of life especially during the COVID-19 pandemic, which has affected their learning and teaching experiences.

Objective: To study the prevalence and factors associated with depression, anxiety and quality of life after the relaxation of COVID-19 measures among medical students at the Center for Clinical Medical Education, Surat Thani Hospital.

Method: This cross-sectional analytical study involves medical students registered in 2022 at the Center for Clinical Medical Education, Surat Thani Hospital.

Results: In this study, 81 respondents were examined, 32 students experienced depression (39.50%), 57 students experienced anxiety (70.37%), and 39 experienced poor quality of life (48.14%). There are several depression-related factors. 5th-year students had depression at a rate of 0.08 times compared to 4th-year students (Adj.OR 0.08; 95%CI 0.008-0.89), while students living alone had 0.12 times (Adj.OR 0.12; 95%CI 0.01-0.96). Additionally, those who had lost a close relative in the past year faced a higher risk of depression (Adj.OR 31.02; 95%CI 2.53-384.57), as did individuals worried about going out (Adj.OR 57.41; 95%CI 4.97-662.39). Factors affecting anxiety include the female's gender were 0.09 times experience worried (Adj.OR 0.09; 95%CI 0.10-0.90), 5th-year students were 0.02 times more worried compared to 4th-year students (Adj.OR 0.02; 95%CI 0.001-0.42), and 6th-year students were 0.10 times more worried (Adj.OR 0.10; 95%CI 0.001-0.31). Not exercising was associated with 0.09 times (Adj.OR 0.09; 95%CI 0.01-0.075). Factors influencing the poor quality of life included the female gender had 4.83 times higher (Adj.OR 4.83; 95%CI 1.04-22.29).

Conclusion: Medical students exhibit a high prevalence of depression, anxiety, and declining quality of life. Medical students should receive guidance and assistances for their studies. Screening for students who are at risk of mental health problems is necessary. Additionally, the role of medical professors in observing medical students and enhancing their ability to screen for mental health condition should be emphasized.

Keywords: depression, anxiety, the relaxation of COVID-19 measures

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญในการพัฒนาทางสังคมและอารมณ์ ปัจจุบัน 1 ใน 7 ของวัยรุ่นกำลังประสบปัญหากับความผิดปกติทางจิต คิดเป็นร้อยละ 13 ของภาวะโรค โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และความผิดปกติทางพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ในกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี[1] อย่างไรก็ตามวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังศึกษา เรียนรู้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาระดับอุดมศึกษาอื่นๆ การศึกษาด้านการแพทย์ถือเป็นการเรียนวิชาการที่หนักที่สุดในบรรดาสายอาชีพ[2] นักศึกษาแพทย์มีอัตราการซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[3] ข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาพบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเพื่อนที่มีอายุเท่ากันในสหรัฐฯ และมีความเหนื่อยล้าที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับกับการศึกษาระดับอุดมศึกษาอื่นๆ[4] เนื่องจากแรงกดดันทางวิชาการ[5] ตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะกรรมการแพทยสภาประเทศไทยกำหนดให้นักศึกษาชั้นแพทย์ปีที่ 4-5 ต้องมีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกอย่างน้อยปีละ 50 รายและชั้นปีที่ 6 ต้องมีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ราย[6] ซึ่งการเรียนชั้นคลินิกส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าได้[7]

อีกทั้งเมื่อเดือนมีนาคม ปี 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ทุกประเทศเตรียมรับมือกับภาวะฉุกเฉิน [8] โควิด-19 ได้คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก จากสถิติโดยกรมอนามัยโลกได้รายงานว่าตั้งแต่มีการระบาดจนถึงวันที่ 16 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันแล้ว 647,972,911 ราย ซึ่งรวมถึงผู้เสียชีวิต 6,642,832 ราย[9] นอกจากพบความสูญเสียทางสุขภาพกายแล้ว โควิด 19 ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต อาทิ ความเหงา ความกลัวการติดเชื้อ ความทุกข์ทรมาน ความโศกเศร้าหลังการสูญเสียและความกังวลทางการเงิน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเครียดที่นำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตแย่ลงได้ [10] องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลให้ความชุกของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยเฉพาะวัยรุ่นได้รับผลกระทบมากที่สุดและมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง[11]

ความคาดหวังรวมถึงแรงกดดันอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ได้[12] ซึ่งในช่วงแรกของการระบาดโควิด-19 นั้นมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ยังขาดการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน นักศึกษาแพทย์จำนวนมากจึงอาสาเข้าร่วมแนวหน้าเพื่อต่อสู้กับโควิด-19[13] ส่งผลให้นักศึกษาแพทย์มีภาระงานที่หนักมากและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ[14] นอกจากนี้นักศึกษาแพทย์ต้องเผชิญกับรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ การไม่สามารถฝึกงานบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ [15] และกิจกรรมการศึกษาหยุดชะงักไป[16] ซึ่งเหตุผลดังกล่าวอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้อารมณ์เชิงลบของนักศึกษาแพทย์รุนแรงขึ้น[17] เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD) และความผิดปกติของการรับรู้หรือความคิด[18,19] ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและการทำงานของการรับรู้ที่บกพร่องของนักศึกษาแพทย์อาจส่งผลเสียต่ออัตลักษณ์ทางวิชาชีพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้[20]

แม้ในปัจจุบันจะผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ในประเทศ และยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายไปแล้วแต่กำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 เป็นต้นไป [21] ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า 7.3% ของบุคลากรทางการแพทย์รายงานว่ามีอาการทางจิตหลังจากควบคุมการระบาดโรคซาร์สได้[22] แม้การระบาดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) จะสิ้นสุดไปแล้ว 1 ปี บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความ

เสี่ยงสูงต่อปัญหาทางจิตใจ เช่น ความทุกข์ใจ อาการเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และอาการเหนื่อยหน่าย[23] อีกทั้งการศึกษาของประเทศจีนพบว่าหลังการระบาดของโควิด-19 พบว่าความชุกของนักศึกษาแพทย์มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ และโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD) อยู่ที่ร้อยละ 37.8, 39.3, 28.3 และ 29.5 ตามลำดับ [24]

อย่างไรก็ตามการศึกษาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ดำเนินการในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 และในประเทศไทยมีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาอาการทางสุขภาพจิตหลังภาวะการระบาดใหญ่โควิด-19 ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ทางสุขภาพจิต และกำหนดกลยุทธ์และการบรรเทาและเพื่อลดผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากการระบาดของโควิด-19 ในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ของนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาการเป็นนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ลงทะเบียนปี 2565 ซึ่งปัจจุบันมีนักศึกษา 97 ราย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ อายุต่ำกว่า 18 ปีและมีโรคประจำตัวทางจิตเวช โดยการศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณขนาดอย่างตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมของกนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ และคณะ[25] พบความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทย เท่ากับร้อยละ 19.6 โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว กรณีประชากรขนาดเล็ก Alpha(α) = 0.05 Standard normal value(Z) = 1.96 Prevalence(P)= 0.19 Absolute Precision (d) = 0.038 Sample size (n) = 79 ราย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ควรเก็บขนาดตัวอย่าง 79 รายขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบสอบถามในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ 4-6 เดือนหลังจากหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ การพักอาศัย สถานะครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยความสัมพันธ์ และความกังวลต่อไวรัส covid -19

2. แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรองผู้ที่มีความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและหาวิธีลดความกังวลอย่างเหมาะสม โดยไม่ใช่การวินิจฉัยหรือบ่งบอกว่ามีความเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางจิตแต่อย่างใด จากกรมสุขภาพจิต[26]

3. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ได้แก่ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้าน

สิ่งแวดล้อม (environment) โดยคะแนน 26-60 คะแนนหมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี[27]

4. แบบประเมินความกังวล(DASS-21) แบบสอบถามนี้สร้างโดย Lovibond และคณะ [28] ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่างและคณะ [29] เป็นแบบสอบถามประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ซึ่งในที่นี้คะแนนระดับ 3 ขึ้นไปถือว่ามีความวิตกกังวล

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) เครื่องมือในการประเมินโรคซึมเศร้า 9Q จำนวน 9 ข้อ พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ[30] จำนวน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สถิตินุมาน chi-square test หรือ fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ และ ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยทีละตัวแปร โดย ใช้การวิเคราะห์ลอจิสติกถดถอยอย่างง่าย (simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และวิเคราะห์เพื่อหา ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical issues)

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่จริยธรรม REC 66-0001 ลงวันที่ 16 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

จากนักศึกษา 97 ราย ตอบกลับแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ 81 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 83.05 ซึ่งพบว่านักศึกษามีความชุกภาวะซึมเศร้า 32 ราย (ร้อยละ 39.50) ภาวะวิตกกังวล 57 ราย (ร้อยละ 70.37) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 48.14)

<u>ปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้า</u>

จากแบบทดสอบ 9Q พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.50 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 ชั้นปีที่ 4 และ ปีที่ 6 มีปัญหาความซึมเศร้าเท่ากัน ร้อยละ 40.63 มีโรคประจำตัวร้อยละ 21.88 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 75.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.25 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.25 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 25.0 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 34.38 พบปัญหาการเรียนในเรื่องความทุกข์ใจในการสอบมากที่สุด ร้อยละ 81.25 นอกจากนี้พบการสูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.38 ส่วนความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19 ที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าคือ โอกาสการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 96.88 ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์แบบ simple logistic regression พบว่า การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 2.87 เท่า (OR 2.87;95%CI: 1.08-7.64;P=0.03) การไม่พึงพอใจเกรด 3.03 เท่า (OR 3.03;95%CI: 1.13-8.12;P=0.02) การทุกข์ใจการเรียน 4.98 เท่า (OR 4.98;95%CI: 1.90-13.06;P=0.001) การทุกข์ใจการ

สอบ 4.51 เท่า (OR 4.51 ;95%CI: 1.58-12.89;P=0.005) การสูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา 5.89 เท่า (OR 5.89 ;95%CI: 1.67-20.69;P=0.006) ความกังวลโควิด-19ที่ต้องออกไปข้างนอก 7.49 เท่า (OR 7.49;95%CI: 2.66-21.08;P=<0.01) และเมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ชั้นปีที่ 5 มีภาวะซึมเศร้า 0.08 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 (Adj.OR 0.08;95%CI: 0.008-0.89) อาศัยอยู่คนเดียว 0.12 เท่า (Adj.OR 0.12;95%CI: 0.01-0.96) สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา 31.02 เท่า (Adj.OR 31.02;95%CI: 2.53-384.57) กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก 57.41 เท่า (Adj.OR 57.41;95%CI: 4.97-662.39) ดังแสดงตารางที่ 3 และ 4

ปัญหาความวิตกกังวล

จากแบบทดสอบ DASS-21 พบว่านักศึกษาแพทย์มีปัญหาความวิตกกังวล 57 รายคิดเป็นร้อยละ 70.37 เป็นเพศหญิง 36 รายคิดเป็นร้อยละ 63.16 ชั้นปีที่ 4 มีความวิตกกังวลมากที่สุด ร้อยละ 43.86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.05 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70.18 สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.26 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.58 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 19.30 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 40.35 พบปัญหาการเรียนในเรื่องทุกข์ใจในการสอบมากที่สุด ร้อยละ 70.18 นอกจากนี้พบการสูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 22.18 ส่วนความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19 ที่พบมากที่สุดในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะวิตกกังวลคือ โอกาสติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 94.74 ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาแพทย์แบบ simple logistic regression พบว่าชั้นปีที่ 5 มีความวิตกกังวล 0.12 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 (OR 0.12;95%CI: 0.02-0.70 ;P=0.01) และชั้นปี 6 มีความวิตกกังวล 0.11 เท่า (OR 0.11;95%CI: 0.02-0.54 ;P=0.007) การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล 3.92 เท่า (OR 3.92 ;95%CI: 1.43-10.68;P=0.008) การไม่พึงพอใจเกรด 6.91 เท่า (OR 6.91 ;95%CI: 1.47-32.33;P=0.01) การทุกข์ใจการเรียน 4.86 เท่า (OR 4.86 ;95%CI: 1.59-14.83;P=0.005) การทุกข์ใจการสอบ 3.29 เท่า (OR 3.29 ;95%CI: 1.22-8.86;P=0.01) และเมื่อวิเคราะห์แบบการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวล 0.09 เท่า (Adj.OR 0.09 ;95%CI: 0.10-0.90) ชั้นปีที่ 5 มีความวิตกกังวล 0.02 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 (Adj.OR 0.02;95%CI: 0.001-0.42) และชั้นปี 6 มีความวิตกกังวล 0.10 เท่า (Adj.OR 0.10;95%CI: 0.001-0.31) การไม่ออกกำลังกาย 0.09 เท่า (Adj.OR 0.09 ;95%CI: 0.01-0.075) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ปัญหาคุณภาพชีวิต

จากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ พบนักศึกษาแพทย์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.14 เป็นเพศหญิง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.33 ชั้นปีที่ 6 มีปัญหาคุณภาพชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 46.15 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.38 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 48.72 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.26 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.77 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 10.26 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 48.72 พบปัญหาการเรียนในเรื่องทุกข์ใจในการสอบมากที่สุด ร้อยละ 46.15 นอกจากนี้พบการสูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 17.95 ส่วนความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19 ที่พบมากที่สุดในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาคุณภาพชีวิตคือ โอกาสติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 94.87 ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของนักศึกษาแพทย์แบบ simple logistic regression พบว่า การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 2.63 เท่า (OR 2.63 ;95%CI: 1.05-6.58;P=0.039) ปัญหาการเรียน อาทิ ไม่พึงพอใจเกรด 0.32 เท่า (OR 0.32 ;95%CI: 0.11-0.89;P=0.03) ทุกข์ใจการเรียน 0.37 เท่า

(OR 0.37 ;95%CI: 0.15-0.92;P=0.03)และทุกข์ใจการสอบ 0.26 เท่า(OR 0.26 ;95%CI: 0.10-0.69;P=0.007) และเมื่อวิเคราะห์แบบการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี 4.83 เท่า (Adj.OR 4.83 ;95%CI: 1.04-22.29) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	**จำนวน (n=81)**
เพศ	
ชาย	29 (35.80)
หญิง	52 (64.20)
ชั้นปี	
4	27 (33.33)
5	18 (22.22)
6	36 (44.44)
มีโรคประจำตัว	10.6 (19.75)
ไม่ออกกำลังกาย	49 (60.49)
สูบบุหรี่	4 (4.94)
แอลกอฮอล์	24 (29.63)
รายได้ไม่พอใช้	14 (17.28)
อาศัยอยู่คนเดียว	34 (41.98)
ปัญหาการเรียน	
ไม่พึงพอใจเกรด	24 (29.63)
ทุกข์ใจการเรียน	37 (45.68)
ทุกข์ใจการสอบ	50 (61.73)
ปัญหาความสัมพันธ์	
ครอบครัว หม้าย หย่า แยก	7 (8.64)
สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา	15 (18.52)
ทุกข์ใจความสัมพันธ์	12 (14.81)
ความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19	
กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก	27 (33.33)
กังวลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	20 (24.69)
นอนไม่หลับ	3 (3.70)
ส่งผลกระทบต่องาน	65 (80.25)
โอกาสติดเชื้อโควิด-19	77 (95.06)

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ของนักศึกษาแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า (n=32)	ความวิตกกังวล (n=57)	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (n=39)
เพศ			
ชาย	8 (25.0)	21 (36.84)	12 (30.77)
หญิง	24 (75.0)	36 (63.16)	27 (69.33)
ชั้นปี			
4	13 (40.63)	25 (43.86)	12 (30.77)
5	6 (18.75)	11 (19.30)	6(23.08)
6	13 (40.63)	21 (36.84)	18(46.15)
มีโรคประจำตัว	7 (21.88)	12 (21.05)	6 (15.38)
ไม่ออกกำลังกาย	24 (75.0)	40 (70.18)	19 (48.72)
สูบบุหรี่	2 (6.25)	3 (5.26)	4 (10.26)
แอลกอฮอล์	10(31.25)	18 (31.58)	12 (30.77)
รายได้ไม่พอใช้	8 (25.0)	11 (19.30)	4 (10.26)
อาศัยอยู่คนเดียว	11 (34.38)	23 (40.35)	19 (48.72)
ปัญหาการเรียน			
ไม่พึงพอใจเกรด	14 (43.75)	22 (38.60)	7(17.95)
ทุกข์ใจการเรียน	22 (68.75)	32 (56.14)	13(33.33)
ทุกข์ใจการสอบ	26 (81.25)	40 (70.18)	18 (46.15)
ปัญหาความสัมพันธ์			
ครอบครัว หม้าย หย่า แยก	3 (9.85)	5 (8.77)	2 (5.13)
สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา	11 (34.38)	13 (22.81)	7 (17.95)
ทุกข์ใจความสัมพันธ์	5 (15.63)	8 (14.04)	4 (10.26)
ความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19			
กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก	19 (59.63)	22 (38.60)	9 (23.08)
กังวลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	9 (28.13)	13 (22.81)	9 (23.08)
นอนไม่หลับ	2 (6.25)	2 (3.51)	1 (2.56)
ส่งผลกระทบต่องาน	26 (81.25)	46 (80.71)	29 (74.36)
โอกาสติดเชื้อโควิด-19	31 (96.88)	54 (94.74)	37 (94.87)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตไม่ดี ของนักศึกษาแพทย์ วิเคราะห์แบบ simple logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า		วิตกกังวล		คุณภาพชีวิตไม่ดี	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
เพศ						
ชาย	1		1		1	
หญิง	2.25	0.84-5.99	0.85	0.31-2.34	1.53	0.61-3.83
ชั้นปี						
4	1		1		1	
5	0.53	0.15-1.85	0.12*	0.02-0.70	1.25	0.37-4.13
6	0.60	0.22-1.68	0.11*	0.02-0.54	1.25	0.45-3.40
มีโรคประจำตัว	1.24	0.41-3.76	1.33	0.38-4.64	0.58	0.18-1.78
ไม่ออกกำลังกาย	2.87*	1.08-7.64	3.92*	1.43-10.68	2.63*	1.05-6.58
สูบบุหรี่	1.56	0.20-11.72	1.27	0.12-12.93	10.77	0.56-207.00
แอลกอฮอล์	1.13	0.43-3.00	1.38	0.47-4.07	1.11	0.42-2.88
รายได้ไม่พอใช้	2.38	0.74-7.07	1.67	0.42-6.63	0.36	0.10-1.28
อาศัยอยู่คนเดียว	0.59	0.23-1.48	0.79	0.30-2.09	1.71	0.70-4.16
ปัญหาการเรียน						
ไม่พึงพอใจเกรด	3.03*	1.13-8.12	6.91*	1.47-32.33	0.32*	0.11-0.89
ทุกข์ใจการเรียน	4.98*	1.90-13.06	4.86*	1.59-14.83	0.37*	0.15-0.92
ทุกข์ใจการสอบ	4.51*	1.58-12.89	3.29*	1.22-8.86	0.26*	0.10-0.69
ปัญหาความสัมพันธ์						
ครอบครัว หม้าย หย่า แยก	1.16	0.24-5.58	1.05	0.19-5.87	0.4	0.07-2.19
สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา	5.89*	1.67-20.69	3.25	0.67-15.98	0.92	0.30-2.85
ทุกข์ใจความสัมพันธ์	1.11	0.39-3.89	0.81	0.22-3.01	0.48	0.13-1.76
ความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19						
กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก	7.49*	2.66-21.08	2.38	0.77-7.32	0.4	0.15-1.04
กังวลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1.35	0.48-3.75	0.71	0.24-2.10	0.84	0.30-2.33
นอนไม่หลับ	3.2	0.27-36.83	0.83	0.07-9.68	0.52	0.04-6.04

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า		วิตกกังวล		คุณภาพชีวิตไม่ดี	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
ส่งผลกระทบต่องาน	1.11	0.35-3.43	1.10	0.33-3.59	0.48	0.15-1.48
โอกาสติดเชื้อโควิด-19	2.02	0.20-20.33	0.78	0.07-7.92	0.92	0.12-6.90

หมายเหตุ: *p-value < 0.05 มีความสำคัญทางนัยสถิติ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล คุณภาพชีวิตไม่ดี ของนักศึกษาแพทย์ วิเคราะห์แบบ multiple logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า		วิตกกังวล		คุณภาพชีวิตไม่ดี	
	Adj.OR	95%CI	Adj.OR	95%CI	Adj.OR	95%CI
เพศ						
ชาย	1		1		1	
หญิง	1.20	0.22-6.37	0.09*	0.10-0.90	4.83*	1.04-22.29
ชั้นปี						
4	1		1		1	
5	0.08*	0.008-0.89	0.02*	0.001-0.42	1.25	0.25-6.24
6	0.21	0.03-1.58	0.10*	0.001-0.31	1.47	0.38-5.72
มีโรคประจำตัว	0.62	0.09-4.17	2.04	0.22-18.21	1.29	0.29-5.67
ไม่ออกกำลังกาย	0.82	0.13-4.95	0.09*	0.01-0.75	3.19	0.86-11.88
สูบบุหรี่	2.88	0.12-68.49	3.74	0.03-401.68	39.09	0.62-2456.60
แอลกอฮอล์	1.05	0.13-8.23	0.27	0.02-3.02	1.14	0.29-4.43
รายได้ไม่พอใช้	3.80	0.43-33.04	0.86	0.06-11.17	0.25	0.04-1.51
อาศัยอยู่คนเดียว	0.12*	0.01-0.96	0.36	0.06-1.99	2.41	0.73-7.93
ปัญหาการเรียน						
ไม่พึงพอใจเกรด	1.05	0.21-5.23	4.50	0.39-51.85	0.62	0.17-2.28
ทุกข์ใจการเรียน	3.80	0.43-33.04	5.80	0.44-75.64	1.25	0.28-5.61
ทุกข์ใจการสอบ	5.37	0.60-47.17	1.75	0.19-15.66	0.37	0.08-1.63
ปัญหาความสัมพันธ์						
ครอบครัว หม้าย หย่า แยก	0.99	0.07-13.32	0.42	0.02-7.04	0.30	0.03-2.38
สูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมา	31.02*	2.53-384.57	4.20	0.29-60.48	1.68	0.42-6.71
ทุกข์ใจความสัมพันธ์	0.16	0.02-1.35	0.09	0.008-1.16	0.81	0.18-3.53

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า		วิตกกังวล		คุณภาพชีวิตไม่ดี	
	Adj.OR	95%CI	Adj.OR	95%CI	Adj.OR	95%CI
ความกังวลเกี่ยวกับโควิด-19						
กังวลที่ต้องออกไปข้างนอก	57.41*	4.97-662.39	2.79	0.41-18.76	0.32	0.09-1.07
กังวลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	0.13	0.01-1.34	0.27	0.22-3.49	1.41	0.28-7.07
นอนไม่หลับ	64.64	0.05-79086.46	1.28	0.003-4954.03	0.60	0.03-11.92
ส่งผลกระทบต่องาน	1.02	0.11-9.08	1.31	0.13-12.96	0.59	0.14-2.45
โอกาสติดเชื้อโควิด-19	0.47	0.005-40.36	0.08	0.002-2.93	2.04	0.20-20.0

หมายเหตุ: *p-value < 0.05 มีความสำคัญทางนัยสถิติ

อภิปรายผล

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก เป็นภาวะที่มีอาการคล้ายกัน[31] โดยพบความชุกประมาณ 30%[32] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่านักศึกษาแพทย์มีภาวะซึมเศร้า 32 ราย (ร้อยละ 39.50) ความวิตกกังวล 57 ราย (ร้อยละ 70.37) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 39 ราย (ร้อยละ 48.14) ซึ่งใกล้เคียงกับ ศรีอาภา อัจริยะสวัสดิ์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 39.1) ซึ่งต่างกับการศึกษาของ กาญจนา วงศ์ศิริ [7] พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16 และน้อยกว่าการศึกษาของอินเดีย[33] พบอาการซึมเศร้า 323 คน (ร้อยละ 89.5) วิตกกังวล 311 คน (ร้อยละ 86.1) และความเครียด 343 คน (ร้อยละ 95) และพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งการศึกษาของประเทศจีนพบว่าหลังการระบาดของโควิด-19 พบว่านักศึกษาแพทย์มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ และอาการ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 37.8, 39.3, 28.3 และ 29.5% ตามลำดับ [24] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับประเทศจีน แต่ความวิตกกังวลในประเทศไทยสูงกว่า อาจเกิดจากนักศึกษาแพทย์ยังมีความกังวลเกี่ยวกับตัวโรคโควิด-19 ค่อนข้างสูง โดยคาดว่าจะส่งผลกระทบกับงานและการเรียน อย่างไรก็ตามความชุกของสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมากในแง่ของเครื่องมือในการประเมิน และขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศของนักศึกษาแพทย์ไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับงานศึกษาอื่น แต่มีความแตกต่างในเรื่องของความวิตกกังวลที่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเพศชายมากกว่า และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีพบในเพศหญิงในขั้นตอนการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Joana Le Boudec และคณะ[34] ที่พบว่าความวิตกกังวลพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่ในเรื่องคุณภาพชีวิตนั้นและสอดคล้องกับ P.H.M. Burger[35]ที่พบว่านักศึกษาเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากวัยรุ่นหญิงมีความสามารถในการปรับตัวยากกว่าเพศชาย ชั้นปีที่เรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดย ชั้นปีที่ 5 มีภาวะซึมเศร้า 0.08 เท่าเมื่อเทียบกับชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 5 มีความกังวล 0.02 เท่าเมื่อ

เทียบกับชั้นปีที่ 4 (Adj.OR 0.02;95%CI: 0.001-0.42) และชั้นปี 6 มีความกังวล 0.10 เท่า (Adj.OR 0.10;95%CI: 0.001-0.31) แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเกิดจากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะกรรมการแพทยสภากำหนดให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-5 ต้องมีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกอย่างน้อยปีละ 50 รายและชั้นปีที่ 6 ต้องมีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ราย[6] ซึ่งการเรียนชั้นคลินิกส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความบกพร่องที่เพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหากพบร่วมกันจะมีอาการรุนแรงมากกว่าพบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทุพพลภาพมากกว่า ดื้อต่อการรักษา และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่า[36] การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในขั้นตอนการวิเคราะห์แบบ simple logistic regression สอดคล้องกับการศึกษาของ ying Guo [37] ที่มหาวิทยาลัยแพทย์ kunming พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 51.4 ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติ การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล 3.92 เท่า แต่เมื่อวิเคราะห์แบบการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุพบว่าความวิตกกังกลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย 0.09 เท่า (Adj.OR 0.09 ;95%CI: 0.01-0.075) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน สอดคล้องกับ Xiang Huang [38] ที่รวบรวมแบบ meta-analysis พบว่าผลของการออกกำลังกายจะช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลของนักศึกษาลงได้ เป็นไปได้ว่านักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขภาพและเมื่อทราบอารมณ์และจิตใจของตัวเองจึงหาวิธีผ่อนคลายโดยการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายสามารถเพิ่มการผลิตสารสื่อประสาทบางชนิดที่ควบคุมอารมณ์และลดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดคอร์ติซอลลงได้[39] การอาศัยอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 0.12 เท่า (Adj.OR 0.12;95%CI: 0.01-0.96) แต่ไม่มีความแตกต่างของความกังวลและคุณภาพชีวิต นั่นหมายความว่าการอยู่ร่วมกันหลายคนอาจมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากกว่า 8.20 เท่า ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Raheel Mushtaq[40]ความเหงาอาจส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้คนหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่มีใครดูแล

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาการเรียน พบว่า การไม่พึงพอใจเกรด การทุกข์ใจการเรียน การทุกข์ใจการสอบ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสอดคล้องกับ Suwatthanachai Phomprasith [36] พบว่าปัญหาทางวิชาการส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 91.9 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบื่อหน่ายในการเรียนแพทย์ 1.30 เท่า การไม่พึงพอใจเกรด 6.91 เท่า การทุกข์ใจการเรียน 4.86 เท่า การทุกข์ใจการสอบ 3.29 เท่า ซึ่งแตกต่างจาก hui liu [41] ไม่พบว่าผลการเรียน มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาแพทย์ อย่างไรก็ตามเป็นไปได้ว่า นักศึกษาแพทย์มักจะมีความมุ่งมั่นในการเรียนและมีการแข่งขันสูง อาจทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[42] เมื่อวิเคราะห์ปัญหาความสัมพันธ์พบว่าการสูญเสียญาติสนิทในปีที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้ว่าการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักทำให้เกิดความเศร้าโศกและความหดหู่ใจเกิดขึ้นพร้อมกันและอาจส่งผลถึงภาวะซึมเศร้าได้[43] อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบความกังวลที่เกี่ยวข้องกับโควิด -19 ได้แก่ กังวลที่ต้องออกไปข้างนอกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 7.49 เท่า สอดคล้องกับ การศึกษาของ ying Guo [37] ที่มหาวิทยาลัยแพทย์ kunming พบว่า อิทธิพลของโควิด -19 เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการใช้ชีวิตซึ่งความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโควิด-19 สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้[44] อาจเกิดจากความกังวลการติดเชื้อโควิด-19 ยังคงอยู่ เนื่องจากการเก็บข้อมูลของนักศึกษาแพทย์ยังอยู่ในช่วงหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 อย่างไรก็ตามนักศึกษาแพทย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งๆที่มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาจสามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เครื่องมือดังกล่าวเป็นเพียงการคัดกรองเบื้องต้น ไม่ได้บ่งบอกว่านักศึกษาแพทย์เป็นโรคทางจิตเวช และผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มนี้มี รายได้เพียงพอ มีครอบครัวที่ดี มีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนที่ดี คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือทำให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่เครียดจากภาวะ โควิด-19 ได้

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ดำเนินการวิจัยภายหลัง 4-6 เดือนของการยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายแล้วกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 และเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง การศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนสภาพจิตใจของนักเรียนในช่วงหนึ่งเท่านั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงอาจไม่สามารถสรุปได้ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันและไม่สามารถสะท้อนแนวโน้มสุขภาพจิตระยะยาวได้ นอกจากนี้การวิจัยดำเนินการในรูปแบบของแบบสอบถามออนไลน์ นักศึกษาแพทย์ถูกขอให้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว อีกทั้งการเก็บข้อมูลแบบศูนย์แพทย์ที่เดียวอาจมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตามหากในอนาคตมีการศึกษาขนาดใหญ่แบบหลายศูนย์แพทย์ทั่วประเทศจะช่วยสะท้อนความชุกของภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลหลังผ่อนคลายมาตรการโควิด-19 ได้ดีกว่า

สรุป

นักศึกษาแพทย์มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีสูง อย่างไรก็ตามนักศึกษาแพทย์ควรได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเรื่องการเรียนในช่วงโควิด-19 และจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาเชิงรุก เช่น การคัดกรองเพื่อหานักศึกษาแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทางจิตเวช รวมถึงบทบาทของอาจารย์แพทย์ที่ช่วยสังเกตนักศึกษาแพทย์และเพิ่มความสามารถในการคัดกรองภาวะทางจิตเวชให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Mental health of adolescents [Internet]. [cited 2023 Oct 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
2. Azad N, Shahid A, Abbas N, Shaheen A, Munir N. Anxiety And Depression In Medical Students Of A Private Medical College. J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC. 2017;29(1):123–7.
3. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016 Dec 6;316(21):2214–36.
4. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2014 Mar;89(3):443–51.

5. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2021 Jul;301:113863.
6. แพทยสภา. เกณฑ์ว่าด้วยการขอเปิดดำเนินการ/ปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ประกาศแพทยสภา 36/2555 [Internet]. 2555. Available from: https://www.tmc.or.th/news_file/36-2555-22-06-55.pdf
7. วงศ์ศิริ ก. ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่6 จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2017 Jul 1;1(1):27–33.
8. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cited 2022 Apr 8]. Available from: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
9. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2022 Apr 22]. Available from: https://covid19.who.int
10. Mental health and COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19
11. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. [cited 2022 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide
12. Banstola B, Shakya N, Sharma P. Anxiety among Nursing Students towards Clinical Placement during COVID-19 in a Tertiary Hospital of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2021 Jul 1;59(238):542–6.
13. ขอเชิญร่วมลงทะเบียนเป็นอาสาสมัคร 'สมาพันธ์สภาวิชาชีพรวมใจ สู้ภัยโควิด-19' ร่วมรับมือสถานการณ์ Covid-19 [Internet]. www.tnmc.or.th. [cited 2022 Dec 18]. Available from: http://www.tnmc.or.th/news/564
14. Xiang YT, Jin Y, Wang Y, Zhang Q, Zhang L, Cheung T. Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. Int J Biol Sci. 2020;16(10):1739–40.
15. Abbasi MS, Ahmed N, Sajjad B, Alshahrani A, Saeed S, Sarfaraz S, et al. E-Learning perception and satisfaction among health sciences students amid

the COVID-19 pandemic. Work Read Mass. 2020;67(3):549–56.

16. Bilgi K, Aytaş G, Karatoprak U, Kazancıoğlu R, Özçelik S. The Effects of Coronavirus Disease 2019 Outbreak on Medical Students. Front Psychiatry. 2021;12:637946.
17. Liu Z, Liu R, Zhang Y, Zhang R, Liang L, Wang Y, et al. Association between perceived stress and depression among medical students during the outbreak of COVID-19: The mediating role of insomnia. J Affect Disord. 2021 Sep 1;292:89–94.
18. Gunnarsson DV, Miskowiak KW, Pedersen JK, Hansen H, Podlekareva D, Johnsen S, et al. Physical Function and Association with Cognitive Function in Patients in a Post-COVID-19 Clinic-A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2023 May 18;20(10):5866.
19. Yuan K, Zheng YB, Wang YJ, Sun YK, Gong YM, Huang YT, et al. A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. Mol Psychiatry. 2022 Aug;27(8):3214–22.
20. Bashir MBA, Mohamed SOA, Nkfusai CN, Bede F, Oladimeji O, Tsoka-Gwegweni JM, et al. Assessment of minor psychiatric morbidity, stressors, and barriers of seeking help among medical students at the University of Khartoum, Khartoum, Sudan. Pan Afr Med J [Internet]. 2020 Mar 24 [cited 2023 Oct 18];35(87). Available from: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/35/87/full
21. รัฐบาลไทย-ข่าวทำเนียบรัฐบาล-กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ 1 ต.ค. 65 เป็นต้นไป ยกเลิกโควิด-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง [Internet]. [cited 2022 Dec 18]. Available from: https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/59491
22. Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental Symptoms in Different Health Professionals During the SARS Attack: A Follow-up Study. Psychiatr Q. 2009 Jun;80(2):107–16.
23. 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 Dec;12(12):1924–32.
24. Cheng J, Liao M, He Z, Xiong R, Ju Y, Liu J, et al. Mental health and cognitive function among medical students after the COVID-19 pandemic in China. Front Public Health [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 18];11. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1233975

25. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(1).
26. amornvit. -COVID-19 and Mental Health: โควิด-19 กับสุขภาพจิต- [Internet]. -COVID-19 and Mental Health: โควิด-19 กับสุขภาพจิต-. [cited 2023 Oct 4]. Available from: https://dmh.go.th/test/covid19/covid19/-dmh.go.th-
27. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย [Internet]. -COVID-19 and Mental Health: โควิด-19 กับสุขภาพจิต-. [cited 2022 May 4]. Available from: https://dmh.go.th/test/whoqol/-dmh.go.th-
28. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Psychology Foundation of Australia; 1996. 42 p.
29. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol J Int Psychol. 2013;48(6):1018–29.
30. ธรณินทร์ กองสุข. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321–34.
31. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Annu Rev Psychol. 1998;49:377–412.
32. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep;17(3):327–35.
33. The Effect of Mental Health Status on the Quality of Life of Faculty of Medicine Students during the Pandemic Coronavirus Disease 2019 Period | Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences [Internet]. [cited 2022 Dec 17]. Available from: https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/6161
34. Le Boudec J, Félix S, Gachoud D, Monti M, Barazzoni MS, Clair C. The influence of patient gender on medical students' care: Evaluation during an objective structured clinical examination. Patient Educ Couns. 2023 May 1;110:107655.
35. Burger PHM, Scholz M. Gender as an underestimated factor in mental health of medical students. Ann Anat - Anat Anz. 2018 Jul 1;218:1–6.
36. Phomprasith S, Karawekpanyawong N, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Maneeton B, Phinyo P, et al. Prevalence and Associated Factors of Depression in Medical Students in a Northern Thailand University: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2022 Mar 7;10(3):488.

37. Guo Y, Li S, Zhang L, Xuan Q, He L, Ye Q, et al. Depression and anxiety of medical students at Kunming Medical University during COVID-19: A cross-sectional survey. Front Public Health. 2022 Sep 7;10:957597.
38. Huang X, Wang Y, Zhang H. Effects of physical exercise intervention on depressive and anxious moods of college students: A meta-analysis of randomized controlled trials. Asian J Sport Exerc Psychol [Internet]. 2023 Jan 15 [cited 2023 Oct 4]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667239123000011
39. Ren J, Xiao H. Exercise for Mental Well-Being: Exploring Neurobiological Advances and Intervention Effects in Depression. Life. 2023 Jul;13(7):1505.
40. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. J Clin Diagn Res JCDR. 2014 Sep;8(9):WE01–4.
41. Liu H, Liu X, Xu W. Prevalence and influencing factors of anxiety in medical students during the COVID-19 pandemic. Heliyon. 2022 Sep 6;8(9):e10487.
42. Bergmann C, Muth T, Loerbroks A. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study. Med Educ Online. 2019 Apr 22;24(1):1603526.
43. What Is Depression? [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.psychiatry.org:443/patients-families/depression/what-is-depression
44. Moitra P, Madan J. Impact of screen time during COVID-19 on eating habits, physical activity, sleep, and depression symptoms: A cross-sectional study in Indian adolescents. PloS One. 2022;17(3):e0264951.