

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีพ.ศ.2546



นางสาวเพ็ชรรัตน์ ศิริรัตน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4640-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH RISK APPRAISAL OF PERSONNEL 35 YEARS OF AGE OR OLDER
AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL IN 2003



Miss Petcharat Sirirat

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4640-7

เพชรรัตน์ ศิริรัตน์ : การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546 (HEALTH RISK APPRAISAL OF PERSONNEL 35 YEARS
OF AGE OR OLDER AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL IN 2003)

อ.ที่ปรึกษา : ศ.นพ. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.นพ.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี จำนวน 96 หน้า.

ISBN 974-17-4640-7

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของ
บุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีพ.ศ. 2546 ทำการเก็บข้อมูลจากบุคลากร
โรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มเลือกแบบ stratified random sampling จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามชนิด
ตอบด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างตอบกลับจำนวน 393 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 98.3

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.1)
อายุเฉลี่ย 45.5 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.2) รายได้เฉลี่ย 16,991 บาทต่อเดือน สถานะทาง
การเงินของครอบครัวส่วนใหญ่พอกินพอใช้ (ร้อยละ 56) การทำงานเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า บุคลากรมีการออกกำลังกายน้อยทั้งเพศหญิงและเพศชาย(ร้อยละ65.3และ43.5)
สูบบุหรี่(ร้อยละ 5.6) ดื่มสุรา (ร้อยละ 27.7) และรับประทานยาคลายเครียด (ร้อยละ10.4) ขณะที่การรับประทาน
อาหารไขมันสูงมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์พบร้อยละ 52.1 สวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับซึ่รถ
ทุกครั้ง (ร้อยละ 68.4) ผลการตรวจพบว่าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป พบ
ร้อยละ 26.0 ซึ่งเท่ากับดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว
(เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน)ร้อยละ16.8 และมีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์พบ
ร้อยละ 9.7

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.6) พิจารณา
ตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มคนงาน/ช่างมีความเสี่ยงระดับสูง
มากที่สุด สถานภาพหม้ายและหย่ามีความเสี่ยงระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป พบความเสี่ยงสูง
มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า กลุ่มระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญามีความเสี่ยงระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ กลุ่มที่
ทำงาน 11-20 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงระดับสูงมากที่สุด และกลุ่มมีหนี้สินพบความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี
หนี้สิน เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด พบว่า อายุ สถานะการเงินของครอบครัว การรับประทานยาคลายเครียด
การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัย ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และดัชนีมวลกาย มีความ
สัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ ($p < 0.05$)

ดังนั้นโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงควรมุ่งเน้นดำเนินกิจกรรมการประเมินความ
เสี่ยงด้านสุขภาพเป็นระยะ จัดกิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และ การ
อบรมวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2546	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4575236830 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: HEALTH RISK APPRAISAL/ HEALTH BEHAVIOR

PETCHARAT SIRIRAT: HEALTH RISK APPRAISAL OF PERSONNEL 35 YEARS OF AGE
OR OLDER AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL IN 2003.

THESIS ADVISOR: PROF. PIROM KAMOLRATTANAKUL, M.D.,MSc.,

THESIS CO-ADVISOR:ASST.PROF.WIROJ JIAMJARASRANGSI,M.D.,Ph.D.96 pp. ISBN 974-17-4640-7

The purpose of this cross-sectional study was to appraise health risk of personnel 35 years of age or older at King Chulalongkorn Memorial Hospital in 2003. The data were collected by self-administered questionnaires from the stratified randomly selected 400 health personnel. However, 393 of them answered and returned the questionnaires. This accounted for the response rate of 98.3 percent.

The study revealed that the majority of respondents were female (84.2 percent), married (60.1 percent), with an average age of 45.5 years. Most of them had got a bachelor's degree (37.2 percent), an average income of 16,991 baht per month, and an average working hour of 8.5 per day.

Concerning health behavior, most of them were physically inactive (65.3and 43.5 percents for female and male personnel respectively). The prevalence of cigarette smoking (5.6 percent), alcohol drinking(27.7 percent) and sedative use(10.4 percent) were low, while the prevalence of frequent fatty food consumption were high (52.1 percent). Almost all personnel wear safety helmets or fasten safety belts while driving motorcycle/car (68.4 percent).The prevalence of high blood cholesterol(≥ 240 mg/dl) and overweight($BMI \geq 25$ kg/m²)were 26.0 and 26.0 percent respectively, and16.8 percent had a medical history such as hypertension, heart disease, cancer, diabetes, etc.Only 9.7 percent suffered from stress.

The health risk appraisal showed that most of them were at low risk level (65.6percent). Higher proportion of male than female personnel were at high-risk level. The prevalence of the high risk were higher in blue collar workers, widowed and divorced personnel, those with 46 years of age or older, those with lower educational level, those with long work hours per day, and those who were indebted. Detailed analyses showed that age, financial status, sedative use, exercise, use of safety helmets or safety belts while driving motorcycle/car, blood cholesterol and body mass index were significantly related to an individual's health risk level ($p < 0.05$).

Health promotion program in Chulalongkorn Memorial Hospital should there for emphasize on periodic health risk appraisal activity, exercise and low-fat diet campaigns and stress management training.

Department	Preventive and Social Medicine	Student's signature
Field of study	Community Medicine	Advisor's signature.....
Academic year	2003	Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ และชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร ที่กรุณาเป็นประธานในการ สอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ดร.เอื้องฟ้า คงเยี่ยมตระกูล ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของแบบ สอบถามที่ใช้ในการทำวิจัย และสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมาน พูตระกูล ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบ ถามที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่กรุณา สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำรวมทั้งอำนวยความสะดวก ต่างๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้า แผนกต่างๆ และบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดี เป็นผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	3
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
1.6 ข้อยกเว้นในการวิจัย.....	3
1.7 คำจำกัดความในการวิจัย.....	4
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
1.9 ปัญหาทางด้านจริยธรรม.....	4
1.10 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	5
2. แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	6
2.2 องค์ประกอบของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ.....	9
2.3 การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ.....	12
2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.....	13
2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.....	16
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	27
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
3.3 การสังเกตและการวัด.....	30
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	30
3.5 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	32
3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	33
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
4.1 การตอบกลับของข้อมูล.....	36
4.2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	37
4.3 ข้อมูลประวัติทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพ.....	38
4.4 ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับความเครียด.....	41
4.5 ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	48
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	60

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
5. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	69
5.2 อภิปรายผล.....	74
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	78
5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก.	85
- แบบสอบถามการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	86
- ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	86
- ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและประวัติทางการแพทย์.....	88
ภาคผนวก ข.	92
- แบบตอบกลับการประเมิน.....	93
ภาคผนวก ค.....	94
- รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
- ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	96

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 การสุ่มเลือกตัวอย่าง.....	25
ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม.....	29
ตารางที่ 3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม.....	34
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	36
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลประวัติทางการแพทย์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	39
ตารางที่ 4.4 ความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน.....	41
ตารางที่ 4.5 ความพึงพอใจในงานประจำวัน.....	42
ตารางที่ 4.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพประจำวัน.....	43
ตารางที่ 4.7 การประเมินความเครียดประจำวัน.....	44
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในงานต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตต่ำ การรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ ระดับความเครียดสูง.....	45
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงประจำวัน ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	47
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	48
ตารางที่ 4.11 ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพประจำวันปัจจัยส่วนบุคคล.....	50
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	54

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
แผนภูมิที่ 3.1 เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง.....	25
แผนภูมิที่ 4.1 แสดงสัดส่วนของผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย.....	41
แผนภูมิที่ 4.2 แสดงสัดส่วนของผู้ที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยจำแนกตามโรค.....	41
แผนภูมิที่ 4.3 แสดงสัดส่วนของการเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	42
แผนภูมิที่ 4.4 แสดงอัตราส่วนของการสวมหมวกกันน็อกหรือคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะขับ/ขี่รถ.....	42
แผนภูมิที่ 4.5 แสดงสัดส่วนการออกกำลังกายจำแนกตามเพศ.....	43
แผนภูมิที่ 4.6 แสดงร้อยละของการออกกำลังกายจำแนกตามกลุ่มอาชีพ.....	43
แผนภูมิที่ 4.7 แสดงสัดส่วนของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดจำแนกตามเพศ.....	44
แผนภูมิที่ 4.8 แสดงสัดส่วนของดัชนีมวลกายจำแนกตามเพศ.....	44
แผนภูมิที่ 4.9 แสดงร้อยละของการจัดการกับความเครียดกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์.....	52
แผนภูมิที่ 4.10 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	53
แผนภูมิที่ 4.11 แสดงอัตราส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามเพศ.....	53
แผนภูมิที่ 4.12 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตาม ลักษณะกลุ่มอาชีพ.....	54
แผนภูมิที่ 4.13 แสดงร้อยละของกลุ่มคนงาน/ช่างจำแนกตามเกณฑ์ความเสี่ยงเป็นรายข้อ.....	54
แผนภูมิที่ 4.14 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	60
แผนภูมิที่ 4.15 แสดงร้อยละของกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไปจำแนกตาม เกณฑ์ความเสี่ยง.....	60
แผนภูมิที่ 4.16 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงจำแนกตามสถานะทางการเงิน ของครอบครัว.....	61
แผนภูมิที่ 4.17 แสดงร้อยละของเกณฑ์ความเสี่ยงในแต่ละข้อของกลุ่มมีหนี้สิน.....	61

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อทั้งหลาย จัดว่าเป็นปัญหาและภาระหนักของแต่ละประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆรวมทั้งประเทศไทย โรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพอันดับต้น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิตในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป โรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้น เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพของตนเอง เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการบำบัดแก้ไขความเครียดด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านั้นในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก

ประชากรในวัยทำงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการนั้น ก็มีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพหลายอย่างเช่นกัน ทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ลักษณะสิ่งแวดล้อม สถานะการทำงาน หรือปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งล้วนทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ จึงนับว่าเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานบรรลุสุขภาพะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่เพียงเกิดผลดีเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเท่านั้น ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติอีกด้วย กิจกรรมนี้เริ่มตั้งแต่การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน การสร้างความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การตรวจสุขภาพประจำปี และการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ก็ถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ในการที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีความสนใจที่จะแก้ไขลักษณะนิสัยบางอย่างที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ดีขึ้น

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการประเมินสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลโดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต⁽¹⁾ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย⁽²⁾ การใช้นานอนหลับ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

การสวมหมวกกันน็อค หรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การจัดการกับความเครียด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด เป็นต้น ผลที่ออกมาจะเป็นการคาดคะเนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ด้วยสาเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตของแต่ละบุคคล และผลที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องนี้ องค์กรสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแผนกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ได้อยู่แล้ว ให้ดียิ่งขึ้น หรือให้เกิดพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวใหม่ที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขเพื่อสุขภาพต่อไป⁽³⁾

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ต่างจากการคัดกรองโรค หรือ การวินิจฉัยโรค ที่การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพไม่ได้พยายามตรวจหาโรคที่เป็นแล้ว แต่พยายามหาอาการแสดงที่ชี้บ่งถึงโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคในอนาคต⁽⁴⁾

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย และยังไม่มีสถานประกอบการใดนำมาใช้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีบุคลากรจำนวนมากและหลากหลาย มีระดับความรู้ ลักษณะงานที่แตกต่างกัน คนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ไม่ว่าจะหญิงหรือชาย ไม่ว่าจะพื้นฐานทางเศรษฐกิจหรือสังคมระดับใด จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ งานอาชีพ ชีวิตเพศ หากปรับตัวไม่ทันเพราะขาดความรู้ ความเข้าใจสุขภาพธรรมชาติของร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม แล้วก็มักทำให้ชีวิตสับสน ไร้ความสุข⁽⁵⁾ ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีเหมาะสมสำหรับดำเนินการวิจัยอีกทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังมีฐานข้อมูลสุขภาพของบุคลากรในระบบคอมพิวเตอร์ที่เอื้ออำนวยต่อการศึกษาวิจัย และยังเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคลทั่วไปและบุคลากรในโรงพยาบาลอยู่แล้ว จึงมีศักยภาพและความเป็นไปได้สูง ที่จะนำผลการศึกษาไปขยายผลและดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย (Research Questions)

1.2.1 คำถามหลัก (Primary Question)

บุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นจำนวนเท่าไร

1.2.2 คำถามรอง (Secondary Question)

บุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

- 1) เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

1.4 สมมติฐาน (Hypothesis)

ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 แตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

1.5.1 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในการศึกษาไม่รวมพฤติกรรมทางเพศเนื่องจากเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนจึงอาจไม่ได้ข้อมูลจริงด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.5.2 เกณฑ์ในการศึกษานี้ พัฒนาจากเกณฑ์ของ Dee W. Edington⁽⁵⁾ โดยมีทั้งหมด 14 ข้อ ประเมินว่าเกณฑ์แต่ละข้อ มีน้ำหนักเท่ากัน

1.6 ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในการศึกษานี้ มีเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ผู้วิจัยจึงสุ่มเลือกเฉพาะบุคคลที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.7.1 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อทำนายหรือคาดการณ์โอกาสของการเกิดโรคหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ที่อาจจะเกิดในอนาคต โดยอาศัยข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่น ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ประวัติการเจ็บป่วย การใช้นานอนหลับ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย/การสวมหมวกกันน็อค การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.7.2 ความเครียด หมายถึง สิ่งที่วัดโดยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (Stress test) หากมีคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป คือ ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก

1.7.3 ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง สิ่งที่วัดโดยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ โดยกรมสุขภาพจิต หากมีคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน คือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่ำ

1.7.4 ความพึงพอใจในงาน หมายถึง สิ่งที่วัดโดยแบบสอบถาม เพื่อประเมินความพึงพอใจในการทำงาน หากคะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน คือ ความพึงพอใจในการทำงานต่ำ

1.7.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่วัดโดยแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ หากมีคะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.8.1 เป็นข้อมูลประกอบการวางแผน ดำเนินงานการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.8.2 บุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ/โรคในอนาคต

1.9 ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical consideration)

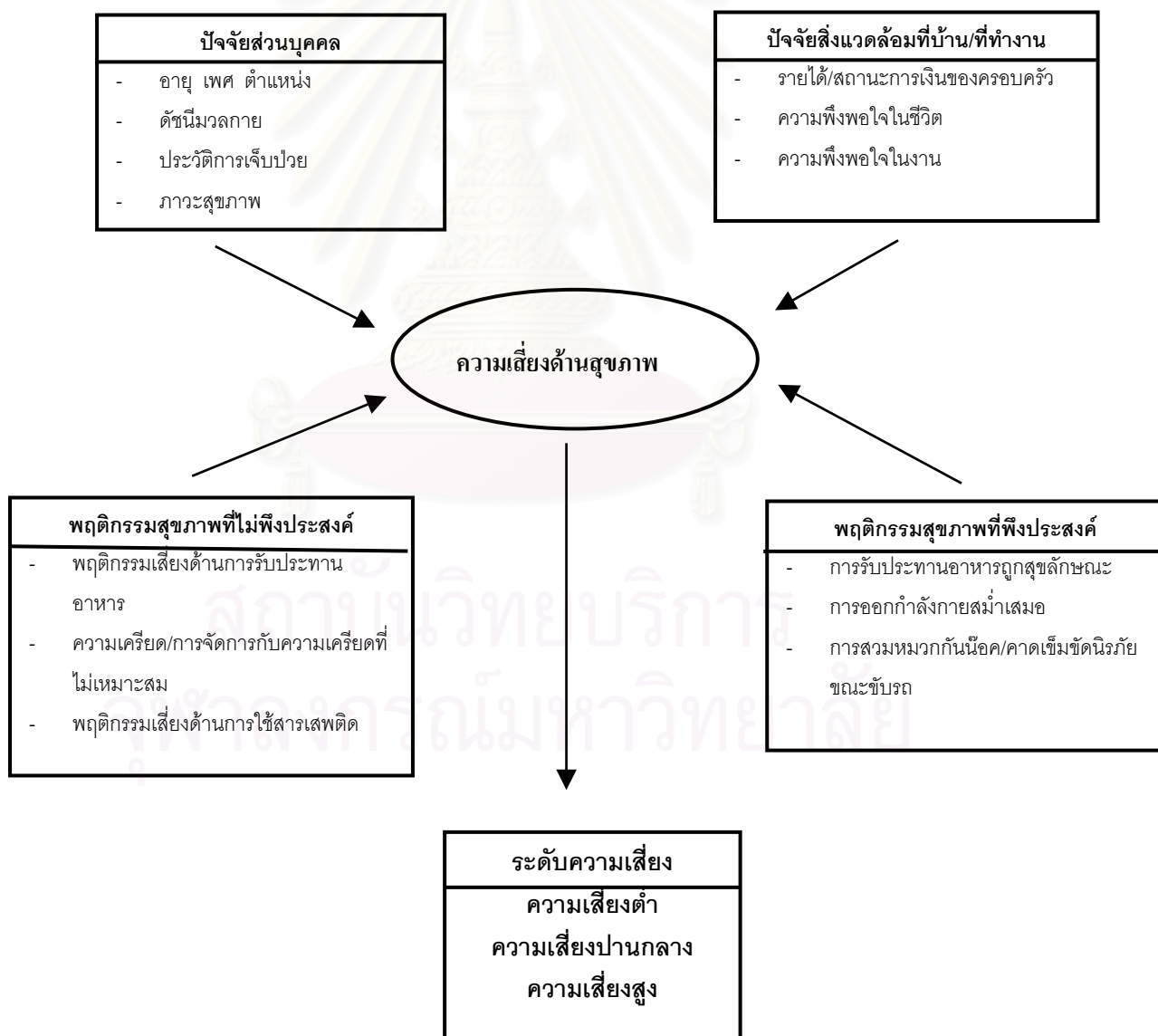
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา และผลการศึกษานำเสนอเป็นภาพรวมไม่ได้เปิดเผยผลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

1.10 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Variables)

1.10.1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ตำแหน่ง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอล ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน สถานะการเงินของครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่น ความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.10.2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาเรื่อง การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546 ผู้วิจัยได้แบ่งทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 2.1 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 2.2 องค์ประกอบของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.3 การสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ
- 2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.6 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk Appraisal) ^(6,7,8)

ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ รู้จักในนามของ Health Hazard Appraisal หรือ Health risk assessment ในขณะนี้เริ่มมีการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเฝ้าระวังในการดูแล สุขภาพและกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ยังใช้คัดกรองหรือใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้สุขศึกษา หรือในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการค้นหาผู้ที่มีสุขภาพดี หรือกลุ่มที่ไม่มีอาการแต่มีปัจจัยบางอย่างที่อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในอนาคต เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แล้วทำการกำจัดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น เพื่อป้องกันหรือยับยั้งการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เริ่มพัฒนา เมื่อปี ค.ศ.1940และ1950 โดย Dr. Lewis Robbins ขณะทำงานที่โครงการ Framingham ซึ่งทำการศึกษาติดตามระยะยาว เกี่ยวกับการเกิดโรคหัวใจ และต่อมา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี ค.ศ. 1970 Robbins และ Hall ได้พัฒนา คิดค้นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคนิคเครื่องมือเก็บข้อมูล การคำนวณความเสี่ยง และการให้ข้อมูลตอบกลับ (feed back) หรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ความสนใจเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป เกิดขึ้นจากสาเหตุ 2 ประการ คือ ประการแรกมีการตระหนักมากขึ้นว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และประการที่ 2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา) และความคาดหวังว่าการป้องกันโรคจะลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆนี้ได้ ปัจจุบันจึงมีสถานประกอบการขนาดใหญ่จำนวนมาก (มากกว่าร้อยละ 50) ในประเทศสหรัฐอเมริกานำโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ มาใช้ประกอบการดูแลสุขภาพของหน่วยงานเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพคืออะไร

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่จะประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self administered questionnaire) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติภูมิหลัง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิตกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคลรวมทั้งการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ผลการตรวจปัสสาวะ ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

2. การคาดคะเนเชิงปริมาณของความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งในอนาคตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับข้อมูลทางระบาดวิทยา ข้อมูลสถิติการตายของประชากรและข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิต/สุขภาพ แบบสอบถามบางประเภทบุคคลสามารถคำนวณความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะต้องส่งแบบสอบถามไปยังศูนย์ประมวลผลกลาง เพื่อคำนวณความเสี่ยงโดยระบบคอมพิวเตอร์ ผลการประเมินจะถูกส่งไปให้แต่ละบุคคลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

3. คำแนะนำหรือผลการตอบกลับของแต่ละคนเพื่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือการกระทำเพื่อการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในช่วงแรกการคาดคะเนความเสี่ยงจะประเมินออกมาเป็นตัวเลขหรือคะแนนความเสี่ยง เพื่อผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ระดับคะแนนความเสี่ยงลดลงสู่ระดับปกติ ต่อมา มีการแสดงระดับความเสี่ยงเป็นอายุของสุขภาพ(Health age) หรืออายุของความเสี่ยง (Risk age) เพื่อให้เป็นที่น่าสนใจมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การใช้อายุของความเสี่ยง (Risk age) หรือคะแนน ความเสี่ยงรวมเพียงตัวเดียว อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้ เนื่องจากความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง หนึ่งๆอาจถูกปกปิดทางสถิติ (statistically offset) ไปด้วยคะแนนที่ดีๆ ของปัจจัยอื่นๆ แล้วทำให้ บุคคลมีความมั่นใจในสุขภาพของตนเองอย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงเป็นการเหมาะสมกว่าที่จะ วิเคราะห์ลงไปรายละเอียดว่าปัจจัยใดมีค่าความเสี่ยงสูงกว่าค่าปกติแทนที่จะดูค่าคะแนนความ เสี่ยงเพียงอย่างเดียว

การรายงานผลของแต่ละบุคคล

กุญแจสู่ความสำเร็จของโปรแกรม คือ ความสามารถของผู้ชำนาญการหรือที่ปรึกษาด้าน สุขภาพที่จะอธิบายถึงความสำคัญในการใส่สิ่งแทรกแซงให้แต่ละคน การให้คำปรึกษานี้จะเป็น ประโยชน์มากในการจัดลำดับความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับความเสี่ยง รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ

การรายงานผลสู่องค์กร

โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่จะส่งรายงานผลการประเมินใน ภาพรวมไปยังนายจ้างหรือผู้ออกค่าใช้จ่าย โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะประชากรศาสตร์ ของผู้มีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพ รวมทั้งตำแหน่งงาน แผนกงาน และระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่ตรวจพบ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อสถานประกอบการมาก ในการออกแบบโปรแกรม การสร้างสุขภาพ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในองค์กรหรือสถาน ประกอบการ

การติดตามและการประเมินผล

การติดตาม (follow up) เพื่อย้ำเตือนบุคคลเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ และการปฏิบัติตาม คำแนะนำเหล่านั้น จะทำให้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อย่างมาก การติดตามนี้อาจอยู่ในรูปของบันทึกย่อส่งถึงบุคคล การให้คำปรึกษารายบุคคลโดย แพทย์ พยาบาล หรือนักสุขศึกษา หรือการให้สุขศึกษารายกลุ่มก็ได้ ซึ่งการติดตามนี้จะมีความ สำคัญเป็นพิเศษสำหรับบุคคลที่มีระดับความเสี่ยงสูง

ความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ของการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ⁽⁹⁾

มีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความถูกต้องและเชื่อถือได้ของการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ออกแบบโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและหน่วยงานผู้ให้บริการจะต้องพิจารณาไตร่ตรองในการออกแบบหรือเลือกใช้โปรแกรมดังกล่าว

1. ความถูกต้องและความแน่นอนของการให้ข้อมูลในแบบสอบถามของผู้ได้รับการประเมินความเสี่ยง
2. คุณภาพและความสมบูรณ์ของข้อมูลทางระบาดวิทยา ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความเสี่ยง
3. ข้อจำกัดของวิธีการทางสถิติที่ใช้ในการคำนวณความเสี่ยง เช่น การรวมปัจจัยเสี่ยงต่างชนิดที่มีผลต่อโรคต่างประเภทเข้าไว้ในคะแนนความเสี่ยงรวมเพียงค่าเดียว และความบิดเบือนไปจากการใช้ค่าเฉลี่ยทดแทน ในช่องแบบสอบถามที่มีข้อมูลตกหล่นหรือไม่ได้ทำการตรวจวัด เป็นต้น
4. ความเชื่อถือได้ของวิธีการในการคำนวณผลประโยชน์ ที่จะได้รับจากการดำเนินการลดความเสี่ยงดังกล่าว
5. ประเด็นเกี่ยวกับความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาจากประชากรกลุ่มหนึ่งไปยังประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง เช่น จากวัยผู้ใหญ่ไปสู่วัยหนุ่มสาว หรือผู้สูงอายุ หรือจากภูมิภาค/ประเทศหนึ่ง ไปใช้กับประชากรในภูมิภาค หรือประเทศอื่นๆ เป็นต้น

2.2 องค์ประกอบของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออกสตาวา⁽¹⁰⁾ ประกาศเมื่อปี ค.ศ.1986 ระบุว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน” ในที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ (ICHP) ครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา ค.ศ. 1997 ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญอันหนึ่งของแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสู่คริสต์ศตวรรษที่ 21 องค์การอนามัยโลกร่วมกับผู้นำและผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกจะทบทวน และพิจารณาว่าการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้วิสัยทัศน์สุขภาพดีถ้วนหน้า ขององค์การอนามัยโลกบรรลุผลสำเร็จได้อย่างไร ภายใต้หลักการความเสมอภาคความสมานฉันท์ ความยั่งยืน และความละเอียดอ่อนเรื่องเพศ ในการนี้จะต้องพิจารณาสิ่งคุกคามโอกาส รูปแบบ และผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปัจจุบันถึง ปี ค.ศ. 2020

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลวิธีการจัดบริการสุขภาพที่ช่วยให้สุขภาพคนวัยต่างๆเข้มแข็งสามารถยืนหยัดทนทานต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี⁽¹¹⁾ คือ วิธีสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชน และสังคมแนวคิดนี้เกิดขึ้นกับวงการสาธารณสุข ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดย องค์การอนามัยโลก ได้เป็นแกนนำในการจัดประชุมนานาชาติ เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้แลกเปลี่ยน วิเคราะห์ และพัฒนายุทธศาสตร์ด้านนี้ หัวใจของแนวคิดนี้ ได้ถูกบันทึกไว้ใน กฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter) อันเป็นเสมือนคำประกาศปรัชญา และยุทธศาสตร์ใหม่ที่ได้ประกาศไว้ ณ การประชุมนานาชาติ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก ที่กรุงออกอตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ.2529กฎบัตรออกอตตาวาได้ให้คำนิยามของ **การส่งเสริมสุขภาพ** คือ "กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพตนเอง เป็นผลให้ผู้นั้นมีสุขภาพดีขึ้น"

กิจกรรมหลัก 5 กลุ่ม ตามกฎบัตรออกอตตาวาที่มีผลสำคัญต่อความสำเร็จ ของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่⁽¹²⁾

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่บูรณาการทางสังคมและการเมือง ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจกรรมด้านการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถของบุคคลเท่านั้น แต่รวมไปถึงกิจกรรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและสังคม

Ottawa Charter ได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ 3 อย่าง คือ⁽¹³⁾

1. **Advocacy for health** คือ การสร้างแรงสนับสนุนเพื่อให้มีการสร้างสุขภาพที่เหมาะสม มีการรวบรวมการกระทำทั้งของบุคคลและสังคม เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางการเมือง การยอมรับของสังคมและระบบที่จะสนับสนุนสำหรับเป้าหมายหรือโปรแกรมทางด้านสุขภาพ
2. **Enabling** คือ การทำให้ประชาชนสามารถบรรลุถึงศักยภาพการมีสุขภาพที่ดีได้ โดยการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมจากกลุ่มคนเพื่อให้บุคคลเหล่านั้น สามารถปรับใช้ทรัพยากรบุคคลและวัสดุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของเขาเอง

3. **Mediation** คือ มีการเชื่อมประสานความสนใจและผลประโยชน์ที่แตกต่างกันทั้งในส่วนบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ ปรับเข้าหากันเพื่อการบรรลุถึงภาวะสุขภาพ

Pender⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่ง Pender ได้สร้างเครื่องมือในการประเมิน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางบวก ไว้ดังนี้

1. **ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป** (General Competence in Self Care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกาย

2. **การปฏิบัติด้านโภชนาการ** (Nutrition Practice) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าโภชนาการ การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในปริมาณน้อย

3. **การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน** (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการงดไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของแต่ละบุคคล

4. **รูปแบบการนอนหลับ** (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับของแต่ละคน สภาพการนอนหลับ ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีขจัดสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคผ่อนคลายและวิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำไปใช้

5. **การจัดการความเครียด** (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. **การตระหนักในควมามีคุณค่าในตนเอง** (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาในที่สุด

7. **จุดมุ่งหมายในชีวิต** (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. **การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น** (Relationships with Others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ

9. **การควบคุมสภาวะแวดล้อม** (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะโรค รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. **การใช้ระบบบริการสุขภาพ** (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆของร่างกายจากบุคลากรที่มีสุขภาพ

2.3 การสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรคนงานทั้งหมด โดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ปัจเจกบุคคลและพัฒนาการแก่บุคคลเหล่านั้น

องค์ประกอบที่จะต้องคำนึงถึงสำหรับการดำเนินกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ชีววิทยา เคมี ได้แก่ ความเสี่ยงต่อสุขภาพในสถานที่ทำงานนั้น ๆ

1. สิ่งแวดล้อมองค์กร คือ ประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับโครงสร้างของงาน ได้แก่ การจัดรูปแบบองค์กร วัฒนธรรมองค์กร สายการบังคับบัญชา การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การจัดทรัพยากรบุคคล

2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ อิทธิพลต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน ลูกค้า ครอบครัว กลุ่มพันธมิตร และเพื่อน
3. สิ่งแวดล้อมทางการเมือง ได้แก่ นโยบายและการตัดสินใจของรัฐบาล องค์กรทางราชการและองค์กรอื่นๆ ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของพนักงาน
4. สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ได้แก่ พลังขับเคลื่อนหรือพลวัตทางเศรษฐกิจที่อยู่ในสังคม นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งนำไปสู่การสร้างงาน สิทธิประโยชน์และสุขภาพ
5. ชุมชนที่อยู่โดยรอบสถานที่ทำงาน เช่น ที่พักอาศัย การเข้าถึงข่าวสารข้อมูล และการสนับสนุนโครงการเกี่ยวกับการทำงานโดยชุมชนเอง
6. คำแนะนำจากผู้ชำนาญการและบริการต่างๆ การบริการเพื่อสุขภาพที่จัดให้แก่คนงาน เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน การสาธารณสุขมูลฐาน สวัสดิการสังคม เป็นต้น

2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁵⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีนโยบายและกิจกรรมอันเชื่อว่าจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ญาติ ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นโยบายและกิจกรรมเหล่านั้นครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพยังมีลักษณะอีกประการหนึ่ง คือ เป็นโรงพยาบาลที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและในชุมชน ทั้งด้านกายภาพและสังคม อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงพยาบาลที่ปรับบทบาทให้สมดุล คือ บทบาทในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ที่ยังคงต้องพัฒนาให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน เพิ่มบทบาทด้านการสร้าง/ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยทำให้โรงพยาบาลเป็น ตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และบุคลากรโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชนและการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้ป่วยซ้ำไม่ให้ป่วยหนักขึ้น

องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁶⁾

การจะทำโรงพยาบาล ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ ต้องเริ่มจากการปรับแนวคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลก่อน คณะกรรมการทุกคนต้องเห็นชอบ และเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรับทราบนโยบาย เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนี้ เพราะการดำเนินงานจะต่อเนื่อง และยั่งยืนได้ ต้องอาศัยความร่วมมือแรงร่วมใจ จากทุกๆ ส่วนในโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์กรทั้งหมด ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับผู้หนึ่งผู้ใดในโรงพยาบาล

1. มีการจัดทำแผนงาน และการบริหารจัดการ

โรงพยาบาลต้องมีแผนที่แสดงถึงกิจกรรมที่ทำด้านส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณที่จะสนับสนุน รวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม หรือผู้มีส่วนร่วมกิจกรรมให้ชัดเจน ที่สำคัญคือแผนงาน/กิจกรรม เพื่อพัฒนาองค์กร ควรสนับสนุนแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพ นอกเหนือจากด้านรักษาพยาบาล

2. มีการจัดให้มีกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดให้มีกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้มาเฝ้าหรือมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย

3. มีกิจกรรม และบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับบุคลากร

โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลในทุกระดับ มีบริการตรวจสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม โรงพยาบาลจะต้องมีบริการที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ และอุปกรณ์ออกกำลังกาย รวมทั้งมีกิจกรรมคลายเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิต และสังคม โดยมุ่งสร้างองค์กรที่มีสุขภาพดี

4. การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีการจัดการสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศในการทำงานให้ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีอุปกรณ์และเครื่องมือในการป้องกันอันตราย จากการทำงานอย่างเพียงพอ

5. การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

โรงพยาบาลควรจะเป็นองค์กรที่เป็นแบบอย่างให้แก่ชุมชนในการริเริ่มงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานกับองค์กรชุมชน สร้างพันธมิตรทางสุขภาพ และประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ ฯลฯ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานที่เหล่านั้น

6. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การจัดบริการให้แก่ผู้ป่วย ควรเป็นแบบองค์รวม โดยให้คำนึงถึงมิติอื่นๆ ที่ไม่เฉพาะการแพทย์ และการสาธารณสุขเท่านั้น เช่น มิติทางด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ควบคู่ไปด้วยเสมอ ซึ่งจะทำให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วย และแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ตรงต่อความต้องการ ในการให้บริการนอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีการค้นหาโรคในระยะแรก การให้ภูมิคุ้มกัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งให้การปรึกษาผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและพัฒนาวิถีชีวิตที่เผชิญกับภาวะนั้นๆ

7. สร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่เจ้าหน้าที่ เน้นการมีสุขภาพดี และสามารถเป็นตัวอย่างให้แก่บุคคลอื่น และมีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ ให้แก่ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา กิจกรรมสุขศึกษาอื่นๆ เป็นต้น

8. การเชื่อมต่อภาคีความร่วมมือ

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆ จำเป็นต้องมีการประสานงาน กับเครือข่ายสาธารณสุขต่างๆ ทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสนับสนุนกิจกรรม ซึ่งกันและกัน

9. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพของโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ถูกต้อง ด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น มีความเอาใจใส่ ห่วงใย จนผู้ป่วย และญาติเกิดความพึงพอใจ ผู้รับบริการทุกคนต้องได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน และมีคุณภาพได้มาตรฐานซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทั้งโรงพยาบาล ทั้งด้านบริการ ด้านบริหาร และอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องตลอดเวลา

10. สร้างกิจกรรมในเชิงนวัตกรรม

เนื่องจากการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะของการพัฒนาและวิจัยควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดรูปแบบหรือกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของชุมชน ดังนั้น การแปรแนวคิดสู่การปฏิบัติ จึงมีหลากหลายรูปแบบซึ่งจะเป็นแบบอย่างนวัตกรรมสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ดี

งานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในต่างประเทศ

WHO ได้มีการกล่าวถึงบทบาทของโรงพยาบาลที่มีต่อชุมชนมากกว่า 30 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1959 และสามปีต่อมาได้มีการวิจัย มีการแต่งตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรงพยาบาลมาโดยตลอด ต่อมาในปี 1986 ได้เริ่มมีการพูดคุยกันเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และมีการกำหนดเป็นกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa) ซึ่งมีการพูดถึงระบบนิเวศวิทยาที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นการใช้ Setting หรือสถานที่/สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสาธารณสุขในเขตเมือง

ในปี ค.ศ. 1989 โรงพยาบาลลูโดร์ฟสติฟตังก์ (Rudorfstiftung) ในกรุงเวียนนาได้รับการคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในแนวคิดและการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพ หรือสุขภาวะย่อมเกิดจากความถูกต้องทั้งหมด ทั้งทางวัตถุ ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การพัฒนาสุขภาพจึงเท่ากับการพัฒนาทุกๆ มิติของมนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างเชื่อมโยงเป็นบูรณาการ

การให้ความสำคัญกับสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมีพึงได้ เป็นแนวทัศน์สำคัญที่ส่งผลให้การประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนแปรเปลี่ยนไป โดยเฉพาะที่มุ่งให้ "คน" เป็นเป้าหมายและศูนย์กลางสำคัญสำหรับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชาติ

สุขภาพ (Health)

ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

สุขภาพ หมายถึง สภาพแห่งความสุขอันเกิดจากความสมดุลระหว่างร่างกายกับจิตใจ และความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกายของตน

สุขภาพ ตามแนวของนักสังคมวิทยา หมายถึง ภาวะความสามารถที่พอเหมาะของแต่ละปัจเจกบุคคลที่จะสามารถแสดงบทบาทและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคมที่เขาอาศัยอยู่

สุขภาพ หรือ **Health** มาจากภาษาอังกฤษโบราณว่า Hoelth แปลว่า ภาวะแห่งความปลอดภัยและความสมบูรณ์

สุขภาพดี (Healthy) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก

สุขภาพดี (ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก) หมายถึง การมีสภาวะสมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีได้เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น แต่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีด้วย

ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ลักษณะของ การมีสุขภาพดี จะสามารถสังเกตและพิจารณาได้จาก ความหมาย ดังต่อไปนี้⁽¹⁸⁾

1. การมีร่างกายที่มีพัฒนาการสมวัย
2. การมีโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ที่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้อย่างปกติ
3. มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสมและพอเพียง
4. มีความสามารถในการปรับตัวให้สมดุลย์อยู่ตลอดเวลา แม้จะมีปัจจัยต่างๆ มากกระทบก็ตาม
5. มีกลไกการป้องกันอันตรายที่เหมาะสม และสามารถซ่อมแซมให้ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Reasoned Action Theory)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) พัฒนาโดย Ajzen และ Fishbein (อ้างในวิมินต์ วันยะนาพร)⁽¹⁹⁾ มีสมมติฐานว่า ปกติมนุษย์จะมีเหตุผลและมีการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เมื่อถูกเสนอให้ทำอะไร จะต้องพิจารณา ไตร่ตรองก่อนตัดสินใจกระทำไป ดังนั้นเราจึงสามารถเรียนรู้เข้าใจและทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้โดยดูที่ความตั้งใจของบุคคลว่ามีความตั้งใจที่จะทำหรือไม่ ต่อไปก็ดูที่ตัวแปรที่กำหนดความตั้งใจของเขา ซึ่งมี 2 ปัจจัย คือ เจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรมกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง

การทำนายพฤติกรรมจากความตั้งใจ จากแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein ต้องดูที่การเลือกทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพคือดูที่ความตั้งใจที่จะเลือกดังนี้

1. ดูความสอดคล้องระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรมที่จะวัด (Behavior Intention)
2. ดูความคงที่ของความตั้งใจ ความตั้งใจของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและปัจจัยรบกวนอื่นๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บ ภาวะเศรษฐกิจ การวัดความตั้งใจจึงควรให้มีช่วงใกล้เคียงกับเวลาที่จะสังเกตพฤติกรรม
3. การทำนายผลลัพธ์ ต้องแยกพฤติกรรมกับผลลัพธ์ออกจากกันให้ได้ โดยต้องเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นต่างจากพฤติกรรม เพราะบุคคลไม่สามารถจะควบคุมผลลัพธ์ได้โดยสมบูรณ์เท่ากับการควบคุมพฤติกรรม
4. ตัวกำหนดของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม
5. ตัวกำหนดเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพราะฉะนั้น ถ้าต้องการพฤติกรรมใดก็ตาม การให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอจะเปลี่ยนความเชื่อ นั้นได้ แต่ระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมมีตัวแปรที่อยู่ระหว่างกลาง เช่น เจตคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นการเปลี่ยนความเชื่อ ต้องสามารถทำให้เปลี่ยนเจตคติและอิทธิพลบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงได้

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁰⁾

พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น พฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ ดังนี้

1) **พฤติกรรมอนามัย** (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ที่ผู้ซึ่งมีสภาวะสุขภาพปกติหรือไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยปรากฏ กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม ค้ำครอง ปกป้องสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดโรค อันตราย หรือภาวะทุพสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อคเวลาขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจสุขภาพฟันปีละ 2 ครั้ง การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจด้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น รวมถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ปกติไปฝากครรภ์ การพาบุตรไปตรวจสุขภาพเด็กดี และการพาบุตรไปปรับภูมิคุ้มกัน ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรม การป้องกัน (Preventive Behavior)

2) **พฤติกรรมกาเจ็บป่วย** (Illness Behavior) Mechanic, David (1962) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมใดๆ ที่ผู้ซึ่งรู้ว่าตนเองมีอาการหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ หรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่เป็นที่พอใจ กระทำโดยการประเมินการรับรู้ และปฏิบัติอย่างใดหรือไม่ปฏิบัติอย่างใดต่อสภาวะสุขภาพ เช่น การที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ ประเมินและตัดสินใจว่าอาการนั้นเป็นปัญหาทางสุขภาพ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น การที่คนมีอาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม เป็นต้น

3) **พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย** (Sick Role Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมใดๆ ซึ่งบุคคลที่ถูกรักษาจากแพทย์ หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเป็นคนเจ็บแล้วได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกกำหนดให้ โดยผู้รักษา หรือญาติ หรือโดยความคาดหวังของบุคคลที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทของสังคมที่บุคคลนั้นอยู่

Alonzo⁽²¹⁾ แบ่งตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ ที่สำคัญเป็น 4 ด้าน คือ

1) **พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน** (Prevention) จุดมุ่งหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน คือ ลดการเสี่ยงการเป็นโรค การเกิดอุบัติเหตุ และความพิการ พฤติกรรมด้านการป้องกัน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การไม่สูบบุหรี่ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การไม่ดื่มของมึนเมา การใช้เข็มฉีดยาครั้งเดียว การควบคุมความเครียดและการพักผ่อน

2) **พฤติกรรมสุขภาพด้านการค้นหา** การตรวจ (Detection) เป็นการค้นหาเกี่ยวกับโรค อุบัติเหตุ หรือความพิการ ซึ่งเป็นการค้นหาหรือตรวจก่อนอาการปรากฏ ประกอบด้วย การตรวจทางแพทย์ เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจฟัน การตรวจตา และการตรวจเฉพาะโรค เช่น การตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งปากมดลูก

3) **พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม** (Promotion) เป็นการสนับสนุนและชักจูงบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมและหลีกเลี่ยงหรือเลิกพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของบุคคล

4) **พฤติกรรมสุขภาพด้านการปกป้อง** (Protection) เป็นการปกป้องทางสังคมมากกว่าระดับบุคคล ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้คนดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี เป็นการดูแลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม สถานที่ทำงานและการพัฒนา

นโยบายเศรษฐกิจและสังคม ความปลอดภัยในการทำงาน ความปลอดภัยในการใช้ยาและการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดี

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

Harris and Glaser⁽²²⁾ ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ในเชิงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

Mac Donal and Other ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้คำว่า พฤติกรรมแบบแผนชีวิต ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การใช้ยา การรับประทานแคลเซียม และโซเดียม ในอาหาร การดื่มสุรา และแบบแผนการออกกำลังกาย

Murray and Zentner ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า ต้องลงมือกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง จึงจะมีสุขภาพดี

Bedworth and Bedworth⁽²³⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น เป็นพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

Gochman⁽²⁴⁾ ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงคุณสมบัติส่วนต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพ ซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึกรวมทั้ง อารมณ์ และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนที่สังเกตได้ การกระทำให้สุขภาพกลับสู่ภาวะเดิม (Health restoration) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health improvement)

Pender⁽¹⁴⁾ กล่าวถึงความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเสนอเป็นรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน

สมทรง รักษ์เฒ่า และสรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ ⁽²⁵⁾ ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

สุดา วิลเลียมส์ ⁽²⁶⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออก หรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ หรือการทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การตื่นนอน การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นกับค่านิยม ความเชื่อ ความเข้าใจ ความต้องการและแรงจูงใจ

ดังนั้น คำว่า **พฤติกรรมสุขภาพ** จึงมีความหมายกว้าง แสดงถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Over behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังเช่นนิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกและการใช้ยา การดูแลสุขภาพบุหรี เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ (Covert behavior) ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น ดังเช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมภายนอกซึ่งเป็นพฤติกรรมปกติในชีวิตประจำวันที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พฤติกรรมปกติในชีวิตประจำวัน ที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

- 1) **พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยตรง** (Direct risk behavior) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 2) **พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยอ้อม** (Indirect risk behavior) เช่น การรับประทานอาหารที่ไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย การใช้ยา การใช้รถใช้ถนน การใช้เข็มขัดนิรภัย

ธนวรรธน์ อัมสมบุญ กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล คือ การกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพของตนเอง สุขภาพของครอบครัว หรือสุขภาพของชุมชน (อ้างใน วิมินต์ วันยะนาพร)⁽¹⁹⁾

กรีนและคณะ⁽²⁷⁾ ได้จัดลำดับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับกาเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจคือ

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันสูง
3. พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย

ลักแมนและซอเรน⁽²⁸⁾ ได้แบ่งปัจจัยเหนี่ยวนำที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเป็น 3 หมวด คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ
2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน สิ่งแวดล้อม
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ที่พบได้บ่อย⁽²⁹⁾

1) **การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ** การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพจะช่วยซ่อมเสริมอวัยวะต่าง ๆ การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร ซึ่งการขาดสารอาหารทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาของร่างกายและจิตใจ การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาทิ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน

ความอ้วน มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ การควบคุมน้ำหนักของบุคคล มีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ องค์ประกอบร่างกาย เมตาบอลิซึมของร่างกาย กรรมพันธุ์ และความแข็งแรงของร่างกาย นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความอ้วน คือ ปัญหาครอบครัว ความวิตกกังวล ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคม เช่น การเลือกอาหาร การเลือกเตรียมอาหาร ราคา ความสามารถในการซื้อหา เป็นต้น

การรับประทานอาหารไขมันสูง และคอเลสเตอรอลสูงและมีความถี่ของการบริโภคอาหารเหล่านั้นบ่อยครั้งเกินไป หรือติดต่อกันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการสะสมไขมันที่บริเวณผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็ง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) การออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือการไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาป เป็นระยะเวลาติดต่อกันเพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด จึงจะมีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลักสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การออกกำลังกายให้ติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที และออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์⁽³⁰⁾

การออกกำลังกาย มีส่วนช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการลดปริมาณคอเลสเตอรอล และ LDL (Low density lipoprotein) และเพิ่มปริมาณ HDL (High density lipoprotein) ซึ่งส่งผลลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้ การออกกำลังกาย ยังเป็นการควบคุมน้ำหนักตัวของร่างกาย ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งมีวิธีการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body mass index) ซึ่งเป็นสัดส่วนระหว่างน้ำหนักตัว กับ ส่วนสูงยกกำลังสอง

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2(\text{เมตร})}$$

ค่าดัชนีมวลกายจะบอกรสภาวะของร่างกาย คือ

ต่ำกว่า 20	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	แสดงว่า ผอม
20 – 24.9	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	แสดงว่า น้ำหนักตัวเหมาะสม
25 – 29.9	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	แสดงว่า เป็นโรคอ้วนระดับปานกลาง
มากกว่า 30	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	แสดงว่า เป็นโรคอ้วนระดับรุนแรง

บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรควรลดน้ำหนักด้วยวิธีการลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3) การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่เพียงพอ สิ่งที่ทำให้การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่เพียงพอ คือ ตารางการปฏิบัติงาน การเดินทาง การเจ็บป่วย ความเครียด อาหาร ยา การไม่ออกกำลังกาย ความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงดัง ความไม่สุขสบาย อุณหภูมิและความแออัด การนอนหลับเป็นการส่งเสริมทางด้านร่างกาย จิตใจและระบบประสาท ความต้องการการนอนหลับพักผ่อนและรูปแบบการนอนหลับแตกต่างกันแต่แต่ละบุคคลและแต่ละอายุ ตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งวัยผู้สูงอายุ การนอนหลับเป็นการหลีกเลี่ยงความอ่อนเพลียของร่างกายและสมอง

4) การบริโภคและการปฏิบัติที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยและไม่สวมหมวกกันน็อค การดื่มสุราและขับรถ การไม่ดูแลสุขภาพหรือไม่รับการตรวจสุขภาพ

การป้องกันการเจ็บป่วยประกอบด้วย

1. เลือกรับประทานอาหาร เน้นควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน
2. ออกกำลังกาย
3. ลดความเครียด
4. ไม่สูบบุหรี่
5. จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาการตายก่อนวัยอันควรของประชากรด้วยโรคตับแข็ง เลือดออกในทางเดินอาหาร มะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการตายและความพิการจากอุบัติเหตุขั้วรถยนต์

การดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงอันตราย

เพศชาย ดื่มมากกว่า 3 หน่วยมาตรฐานต่อวัน (standard drink) หรือ 21 หน่วยมาตรฐานต่อสัปดาห์

เพศหญิง ดื่มมากกว่า 2 หน่วยมาตรฐานต่อวัน (standard drink) หรือ 14 หน่วยมาตรฐานต่อสัปดาห์

1 หน่วยมาตรฐาน คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Ethanol) ผสมอยู่ 8-13 กรัม ซึ่งเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง(330 cc.)หรือครึ่งขวด,ไวน์ 1 แก้ว (140 cc.), สุราไม่ผสม/เหล้าขาว/เชียงซุน 1 เป๊กและสุราผสมโซดา 2 แก้ว

5) **การทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม** การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพเกิดขึ้นจากการสัมผัสสภาพผิดปกติของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานโดยการสูดดม การดูดซึม การกลืนกิน และการสัมผัสโดยตรง การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพเกิดได้หลายอย่าง

ผลการสัมผัสสารเคมีและชีวภาพในสถานที่ทำงาน คือ

1. มีผลต่อระบบสืบพันธุ์ คือ เป็นหมัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งหญิงและชาย การแท้ง
2. มะเร็งในระบบทางเดินหายใจ มะเร็งผิวหนัง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว
3. โรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุป **พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ** หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมในเรื่องสุขภาพของบุคคลตามความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและเป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งของตนเอง ครอบครัว ชุมชน เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ สามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับค่านิยม ความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และสิ่งแวดล้อม

2.6 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพียงจันทร์ โรจนวิภาต⁽³¹⁾ ศึกษาโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาชีพที่มีวุฒิปริญญาโทขึ้นไปในมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2531 เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามมาตรฐาน HRA และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HRA จาก Center for Disease control (CDC) สหรัฐอเมริกา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ และเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีอัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 48.36 พบว่า ค่าเฉลี่ย wellness score เท่ากับ 83.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.37 จำแนกตามเพศ ค่าเฉลี่ย wellness score เพศชาย เท่ากับ 83.27 บุคลากรเพศหญิงค่าเฉลี่ย wellness score เท่ากับ 84.19

Dee W. Edington⁽⁶⁾ ทำการศึกษาแบบระยะยาวตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-1998 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิต ในสถานประกอบการหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา โดยนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ค่า Wellness score อยู่ระหว่าง 40-80 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10 และพบว่า Wellness score ที่เพิ่มขึ้น ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจะลดลง และเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลก็จะเพิ่มขึ้นตาม

Bobbitt W.R.⁽³²⁾ ได้ใช้ HRA Tool ศึกษาในเจ้าหน้าที่ส่วนกลางของรัฐบาลที่ทำงานในสำนักงาน 375 คน (ร้อยละ 58) จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 650 คน วิธีการของ HRA นี้เป็นที่สนใจเพราะการตอบแบบสอบถามทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ผลของการศึกษา เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี และรายงานที่กลับคืนให้กับผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคน เป็นตัวกระตุ้นความสนใจที่ดีมาก เจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้สนใจตอบแบบสอบถามในครั้งแรก จะกลับมาสนใจที่จะตอบแบบสอบถามในครั้งต่อไป

Wagner และคณะ⁽³³⁾ ได้ทำการศึกษาเทคนิคในการกระตุ้นให้ประชาชนสนใจในสุขนิสัยที่อาจจะเป็นอันตรายกับสุขภาพทำให้เกิดโรคมัยต่างๆในภายหลัง โดยการรวบรวมข้อความต่าง ๆ 212 ชุด และโครงการสุขศึกษาต่างๆ 217 โครงการ ปรึกษาร่วมกับนักวิชาการระดับวิทยา นักชีวสถิติ และนักพฤติกรรมศาสตร์ สร้างเครื่องมือที่ช่วยในการกระตุ้น และเสริมสร้างเกี่ยวกับการศึกษาทางสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงการประพฤติปฏิบัติที่เป็นการเสี่ยงต่อสุขภาพ

วิมนต์ วันยะนาพร⁽¹⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงานกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 479 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อายุ ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) เป็นการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2546

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

บุคลากรที่สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

2. ประชากรตัวอย่าง (Population to be sampled)

บุคลากร ลูกจ้างประจำ สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ปี พ.ศ.2546 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่งานโภชนบำบัด คณงาน/ช่าง ฯลฯ ดังแผนภูมิที่ 1 รวมทั้งสิ้น 2,114 คน

3. ตัวอย่าง (Samples)

บุคลากรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้จากการสุ่มเลือก โดยวิธี Stratified random sampling ตามเทคนิคการสุ่มเลือกที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 รวม 400 คน

4. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดว่าสัดส่วนของผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ มีความเสี่ยงสูงมีอย่างน้อยร้อยละ 50 ของบุคลากรทุกกลุ่ม⁽³⁴⁾ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

เมื่อ	N	=	จำนวนประชากร 2,114 คน
	n	=	ขนาดของตัวอย่าง
	Z	=	1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %
	p	=	สัดส่วนของความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (0.5)
	q	=	สัดส่วนของการไม่พบความเสียหาย $(1-p) = 0.5$
	d	=	ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบ = 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{(2114)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2(2114-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)} \\ &= 325.21 \end{aligned}$$

จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 325 คน เมื่อกรณีเก็บข้อมูลไม่ครบ จึงพิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 400 คน

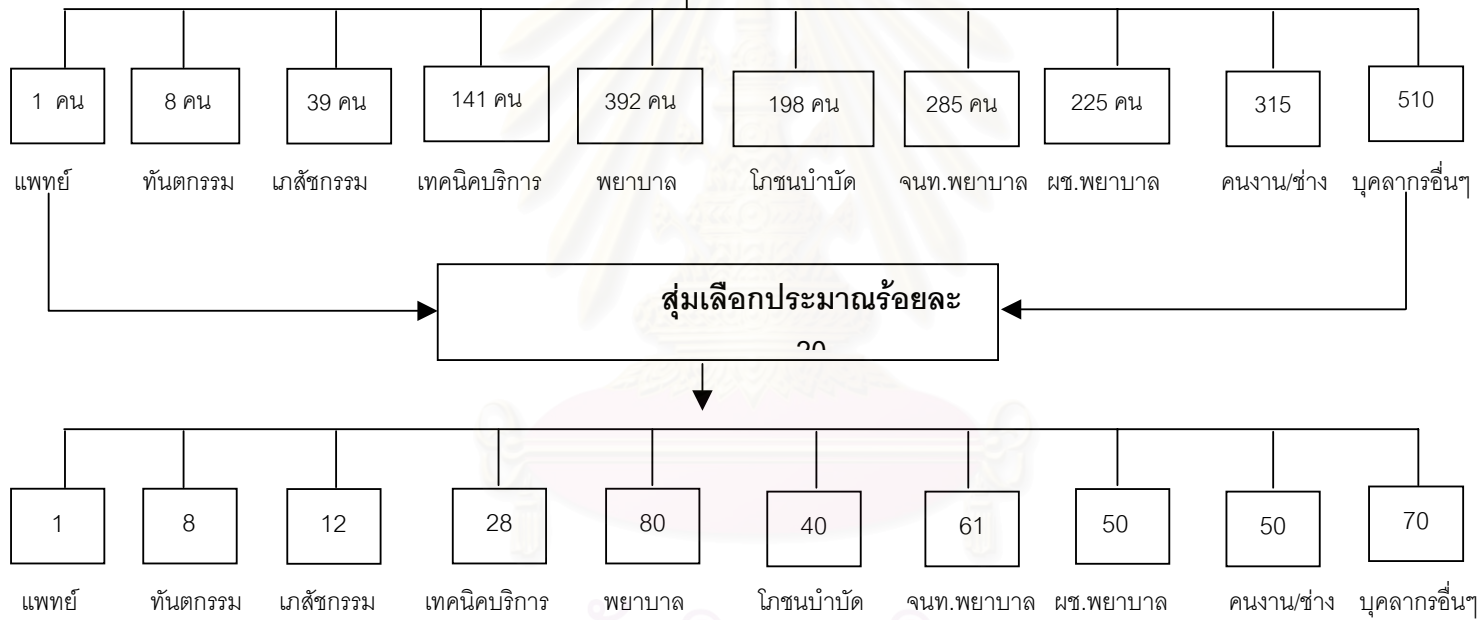
5.เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling Techniques) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling⁽³⁵⁾ ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรตามกลุ่มอาชีพประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ เภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด นักอรรถบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เป็นต้น เจ้าหน้าที่งานโภชนาการประกอบด้วย โภชนากร ผู้ช่วยโภชนากรและพนักงานครัว คนงาน/ช่าง และบุคลากรอื่น ๆ เช่น เลขานุการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน เป็นต้น

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกประชากรตัวอย่างร้อยละ 20 ในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ เภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด นักอรรถบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เป็นต้น งานโภชนาการ ประกอบด้วย โภชนากร ผู้ช่วยโภชนากรและพนักงานครัว คนงาน/ช่าง และบุคลากรอื่น ๆ เช่น เลขานุการ เจ้าหน้าที่ธุรการโดยวิธีจับสลาก

แผนภูมิที่ 1 แสดงเทคนิคการสุ่มเลือก

บุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 2,114 คน



สุ่มเลือกประมาณร้อยละ 20

จำนวนตัวอย่างรวม 400 คน

3.3 การสังเกตและการวัด (Observations and Measurement)

3.3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว
- 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน สถานะการเงินของครอบครัว
- 3) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถหรือโดยสารรถยนต์ในต่อนหน้า การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น
- 4) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument) คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา รายได้ สถานะการเงินของครอบครัว ช่วงเวลาการทำงาน จำนวนการทำงานต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ ประกอบด้วย ความดันโลหิต จำนวนวันที่เจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด การได้รับยาคลายเครียด/ยานอนหลับ ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย⁽³⁶⁾ การคาดเข็มขัดนิรภัย/การสวมหมวกกันน็อคขณะขับรถหรือโดยสารรถยนต์ในต่อนหน้า การรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมิน ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งพัฒนาจาก แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ โดยกรมสุขภาพจิต⁽³⁷⁾ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนทั้งทางบวกและทางลบ และคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนคือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่ำ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก(คะแนน)		ข้อความด้านลบ (คะแนน)	
ตอบไม่จริง	1		4
ตอบจริงบางครั้ง	2		3
ตอบค่อนข้างจริง	3		2
ตอบจริงมาก	4		1

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งพัฒนามาจาก มุจรส จันทรแสงสี⁽³⁸⁾ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและนำไปทดลองใช้ก่อนนำมาใช้จริงประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนทั้งทางบวกและทางลบ และคะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน คือ ความพึงพอใจในการทำงานต่ำ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความด้านบวก (คะแนน)		ข้อความด้านลบ (คะแนน)	
เป็นจริงมากที่สุด	5		1
เป็นจริงมาก	4		2
เป็นจริงบางส่วน	3		3
เป็นจริงน้อย	2		4
ไม่เป็นจริงเลย	1		5

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งพัฒนามาจาก ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง⁽³⁹⁾ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลง เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและนำไปทดลองใช้ก่อนนำมาใช้จริงประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ มีข้อความที่เป็นด้านบวกและด้านลบ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนทั้งทางบวกและทางลบ และคะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน คือการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความด้านบวก (คะแนน)		ข้อความด้านลบ (คะแนน)	
เห็นด้วยอย่างมาก	5		1
เห็นด้วย	4		2
ไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	2		4
ไม่เห็นด้วยเลย	1		5

ส่วนที่ 7 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (Stress test) ซึ่งพัฒนาจากสำนักพัฒนาสุขภาพจิต^(40,41) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และคะแนน 30 คะแนนขึ้นไปคือ ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมากมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	คะแนน
ไม่เคยเลย	0
เป็นครั้งคราว	1
เป็นบ่อยๆ	2
เป็นประจำ	3

3.5 เกณฑ์ที่ใช้วัดระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ พัฒนาจากเกณฑ์ของ Dee W. Edington มีทั้งหมด 14 ข้อ ดังนี้^(6,42,43)

1. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
2. การสูบบุหรี่
3. การออกกำลังกาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า
4. ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
5. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท
6. ระดับคอเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
7. มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก
8. จำนวนวันที่เจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมามากกว่า 5 วัน
9. มีความพึงพอใจในงานต่ำ
10. มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ
11. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพต่ำ
12. ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อกขณะขับ/ขี่รถหรือโดยสารรถยนต์
ในตอนหน้า
13. มีระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก
14. การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด 3 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า

เกณฑ์ความเสี่ยงด้านคุณภาพแบ่งได้ดังนี้

ความเสี่ยงต่ำ	0-2	ข้อ
ความเสี่ยงปานกลาง	3-4	ข้อ
ความเสี่ยงสูง	5	ข้อขึ้นไป

3.6 การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

3.6.1 ความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแบบสอบถามให้ถูกต้องเหมาะสม แก้ไขก่อนนำไปทดสอบ

3.6.2 ความน่าเชื่อถือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (Pretest Questionnaires) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁽⁴⁴⁾ และหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยวิธี Test-retest reliability⁽⁴⁵⁾ ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	(Cronbach's Alpha Coefficient)	(Test-retest reliability)
แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต	.75	ระหว่าง .763 -.913
แบบประเมินความพึงพอใจในงาน	.82	ระหว่าง .798 - .924
แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	.89	ระหว่าง .620 - .874
แบบทดสอบความเครียด	.88	ระหว่าง .734 – 1.00

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. เตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์
2. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูลในแบบสอบถามชนิดตอบเอง (self administered questionnaires) ใ้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์
4. เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ 2547
5. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล
6. สร้างคู่มือลงรหัส
7. แปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสตามคู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้ แล้วบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
8. เมื่อทราบระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะแจ้งผลการประเมิน พร้อมทั้งคำแนะนำไปยังบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) ⁽⁴⁶⁾

ตารางที่ 3.3 แสดงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่วิเคราะห์	ชนิดของข้อมูล	สถิติที่ใช้
1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา . สถานะการเงิน	เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ	พิสัย,ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ความถี่ ,ร้อยละ
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์	เชิงคุณภาพ	ความถี่, ร้อยละ
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ ในชีวิต ความพึงพอใจในงาน การประเมินความเครียด	เชิงคุณภาพ	ความถี่, ร้อยละ
4. ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ	เชิงคุณภาพ	ความถี่, ร้อยละ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เพศ กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ	ข้อมูลเชิงคุณภาพกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ	Chi-Square test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 และมีผลการตรวจสุขภาพประจำปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบชนิดตอบด้วยตนเอง (self administered questionnaire) โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงพัฒนามาจากเกณฑ์ของ Dee W. Edington โดยมีทั้งหมด 14 ข้อ ประเมินว่าเกณฑ์แต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2546 – มกราคม พ.ศ.2547 การตอบแบบสอบถาม โดยบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จากจำนวนบุคลากร 2,114 คน สุ่มเลือกตัวอย่างตามกลุ่มอาชีพ จำนวน 400 คน ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 393 คน คิดเป็น ร้อยละ 98.3 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 4.1 การตอบกลับข้อมูล
- 4.2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะการเงินของครอบครัว ช่วงเวลาการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน
- 4.3 ข้อมูลประวัติทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.4 ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับความเครียด
- 4.5 ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล
- 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 การตอบกลับของข้อมูล

จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด ได้รับการตอบกลับจำนวน 393 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.3 ตอบกลับมากที่สุดร้อยละ 100.0 ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตกรรม เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาล รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อื่นๆ คนงาน/ช่าง ผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 98.5, ร้อยละ 98.0 และร้อยละ 96.0 ตามลำดับ ตอบกลับน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่โภชนาการและโภชนบำบัด ร้อยละ 92.5 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละการตอบกลับของแบบสอบถาม

กลุ่มอาชีพ	จำนวนตัวอย่างที่ส่ง แบบสอบถาม (คน)	จำนวน ตอบกลับ (คน)	ตอบกลับ (ร้อยละ)
1.แพทย์	1	1	100.0
2.เภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร	12	12	100.0
3.ทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์	8	8	100.0
4.เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์	28	28	100.0
5.พยาบาล	80	80	100.0
6.ผู้ช่วยพยาบาล	50	48	96.0
7.เจ้าหน้าที่พยาบาล	61	61	100.0
8.เจ้าหน้าที่โภชนาการและโภชนบำบัด	40	37	92.5
9.คนงานและช่าง	50	49	98.0
10.เจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น เลขานุการ เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ธุรการ	70	69	98.5
รวม	400	393	98.3

4.2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ สถานะการเงิน ของครอบครัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ช่วงเวลาการทำงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 393 คน พบว่า

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.2 เพศชายร้อยละ 15.8 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1: 5.3

อายุ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่อายุระหว่าง 35-44 ปี เพศชายพบร้อยละ 54.8 และเพศหญิงร้อยละ 52.9 อายุเฉลี่ย 45.5 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 60 ปี

น้ำหนัก ทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-70 กิโลกรัม เพศชายพบร้อยละ 69.4 เพศหญิงร้อยละ 64.4 น้ำหนักเฉลี่ย 58.2 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 37 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุด 105 กิโลกรัม

ส่วนสูง ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 150 -160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 61.1 เพศชายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 161-170 เซนติเมตร(ร้อยละ 64.5) เพศหญิงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร (ร้อยละ 70.1)

รายได้ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีรายได้ประจำและรายได้เสริม ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-20,000 บาทต่อเดือน เพศชายพบร้อยละ 85.5 เพศหญิงพบร้อยละ 76.0 ค่ามัธยฐานคือ 15,000 บาท

สถานะการเงินของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่พอกินพอใช้ทั้งเพศชายและเพศหญิง เพศชายพบร้อยละ 54.8 เพศหญิงพบร้อยละ 56.2

สถานภาพสมรส พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 60.1

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 37.2 เพศชายการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.1) เพศหญิงส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40.8)

ช่วงเวลาการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานเวลาช่วงเช้าตามเวลาราชการทั้งเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40.5

จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน ส่วนใหญ่จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันอยู่ในช่วง 5-10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 93.1 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมง (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=393)	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	62(15.8)	331(84.2)	393(100.0)
สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:5.3			
อายุ			
35 – 44 ปี	34(54.8)	175(52.9)	209(53.2)
45 – 54 ปี	16(25.8)	114(34.4)	130(33.1)
55 – 60 ปี	12(19.4)	42(12.7)	54(13.7)
Min = 35 Max = 60 Median =44 Mean =45.5 S.D. =6.7			
น้ำหนัก			
35 – 50 กิโลกรัม	1(1.6)	91(27.5)	92(23.4)
51 – 70 กิโลกรัม	43(69.4)	213(64.4)	256(65.1)
71 – 90 กิโลกรัม	14(22.6)	26(7.9)	40(10.2)
91 กิโลกรัมขึ้นไป	4(6.5)	1(0.3)	5(1.3)
Min = 37 Max =105 Median = 57 Mean = 58.2 S.D. = 10.4			
ส่วนสูง			
140 - 150 เซนติเมตร	1(1.6)	55(16.6)	56(14.2)
151 – 160 เซนติเมตร	10(16.1)	232(70.1)	242(61.1)
161 – 170 เซนติเมตร	40(64.5)	43(13.0)	83(21.1)
ตั้งแต่ 171 เซนติเมตรขึ้นไป	11(17.7)	1(0.3)	12(3.1)
Min =144 Max = 178 Median = 157 Mean = 157.6 S.D. = 6.2			
รายได้รวม			
5,000 – 20,000 บาทต่อเดือน	53(85.5)	244(76.0)	297(77.5)
20,001 – 35,000 บาทต่อเดือน	9(14.5)	68(21.2)	77(20.1)
35,001 – 50,000 บาทต่อเดือน	0	4(1.2)	4(1.0)
50,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	0	5(1.6)	5(1.3)
ไม่ตอบ		10(3.0)	
Min =6,100 Max = 80,000 Median = 15,000 Mean =16,991.5 S.D.=9,369.3			

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

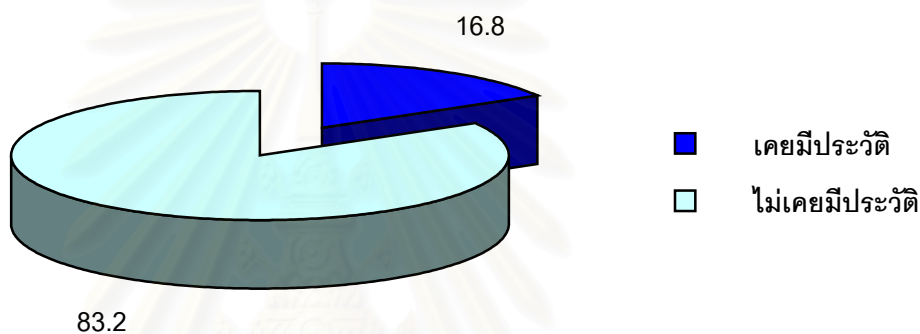
ปัจจัยส่วนบุคคล (n=393)	เพศชาย จำนวน(ร้อยละ)	เพศหญิง จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
สถานะการเงินของครอบครัว			
มีหนี้สิน	25(40.3)	78(23.6)	103(26.2)
พอกินพอใช้	34(54.8)	186(56.2)	220(56.0)
มีเหลือเก็บ	3(4.8)	67(20.2)	70(17.8)
สถานภาพ			
โสด	11(17.7)	108(32.6)	119(30.3)
สมรส	49(79)	187(56.5)	236(60.1)
หย่า	1(1.6)	21(6.3)	22(5.5)
หม้าย	1(1.6)	15(4.5)	16(4.1)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	14(22.6)	32(9.7)	46(11.7)
มัธยมศึกษา	23(37.1)	70(21.1)	93(23.7)
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	8(12.9)	30(9.1)	38(9.7)
ปริญญาตรี	11(17.7)	135(40.8)	146(37.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	6(9.7)	40(12.1)	46(11.7)
อื่นๆ	0	24(7.3)	24(6.1)
ช่วงเวลาการทำงาน			
ทำงานช่วงเวลาราชการ	29(46.8)	130(39.3)	159(40.5)
ทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก)	16(25.8)	108(32.6)	124(31.5)
ทำงานช่วงเวลาราชการอยู่เวรบางครั้ง	17(27.4)	92(27.8)	109(27.7)
อื่นๆ (ลาศึกษาต่อ)	0	1(0.3)	1(0.3)
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน			
5 – 10 ชั่วโมงต่อวัน	56(90.3)	310(93.7)	366(93.1)
11 – 20 ชั่วโมงต่อวัน	6(9.7)	21(6.3)	27(6.9)

Min = 6 Max = 15 Median = 8 Mean = 8.5 S.D. = 1.2

4.3 ข้อมูลประวัติทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพ

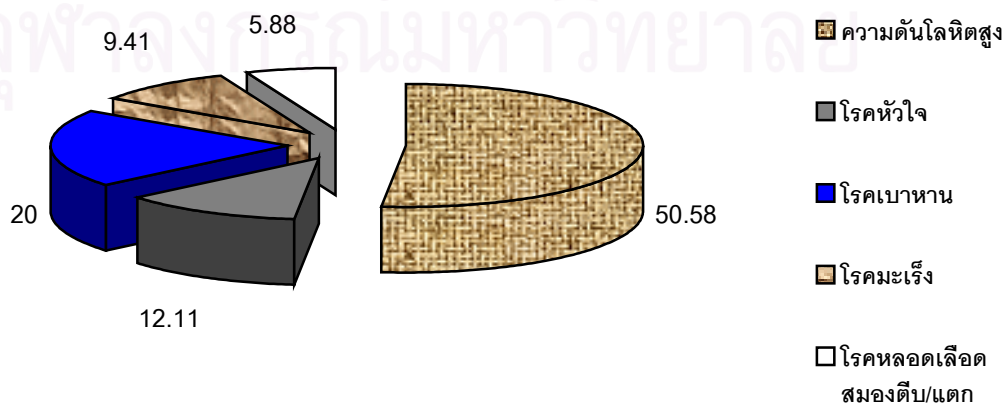
1. ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย โรค มะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก ร้อยละ 16.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 17.7 ของเพศชายทั้งหมด เพศหญิงร้อยละ16.6 ของเพศหญิงทั้งหมด ดังแผนภูมิที่ 4.1

แผนภูมิที่ 4.1 แสดงสัดส่วนของผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย



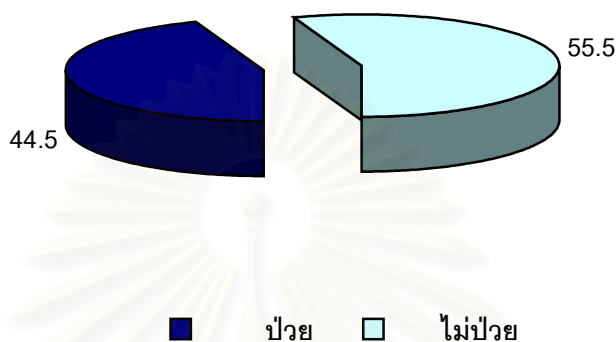
เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง 43 คน (ร้อยละ 50.6) โรคหัวใจ 12 คน (ร้อยละ12.1) โรคมะเร็ง 8 คน (ร้อยละ 9.5) โรคเบาหวาน 17 คน (ร้อยละ 20.0) และโรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก 5 คน (ร้อยละ 5.9) ของจำนวนผู้ที่เจ็บป่วย ทั้งหมด รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4.2

แผนภูมิที่ 4.2 แสดงสัดส่วนของผู้ที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยจำแนกตามโรค



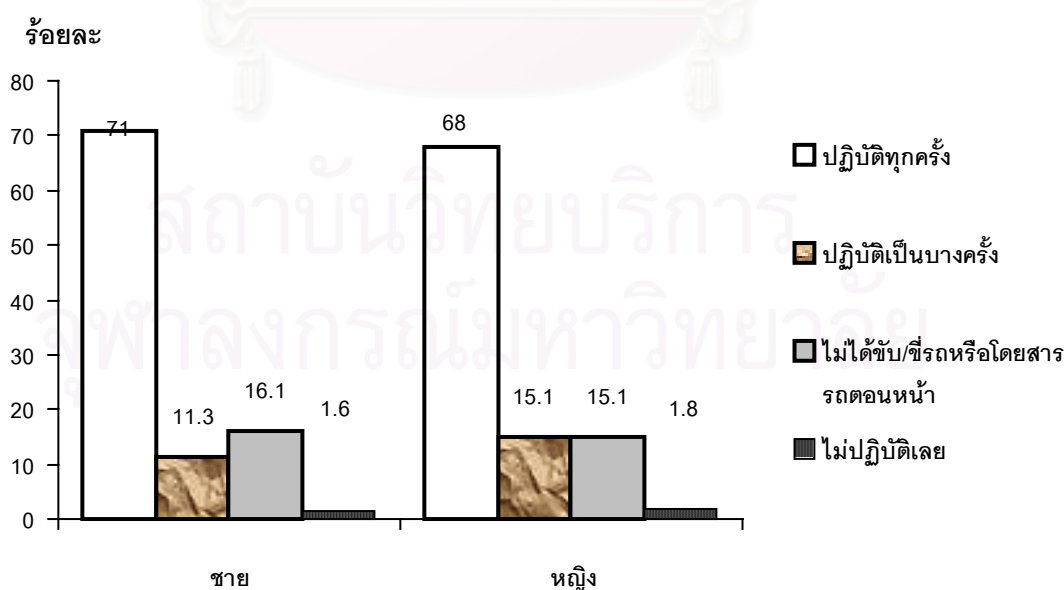
2. การเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา มีการเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 44.5 เพศชายเจ็บป่วย (ร้อยละ 50.0) เพศหญิงเจ็บป่วย (ร้อยละ 43.5) ดังแผนภูมิที่ 4.3

แผนภูมิที่ 4.3 แสดงสัดส่วนของการเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา



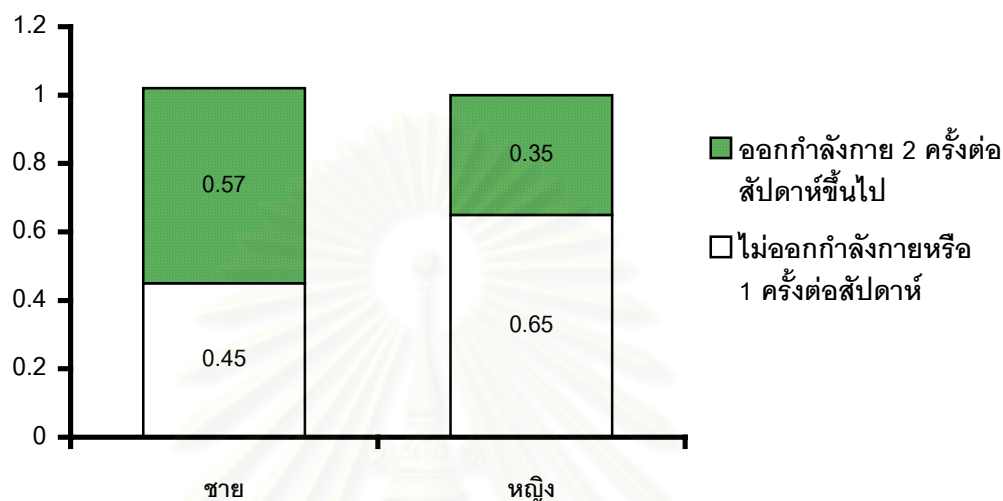
3. การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ในต่อนหน้า พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 68.4 เพศชายปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 71.0 เพศหญิงปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 68.0 ดังแผนภูมิที่ 4.4

แผนภูมิที่ 4.4 แสดงอัตราส่วนของการสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถ



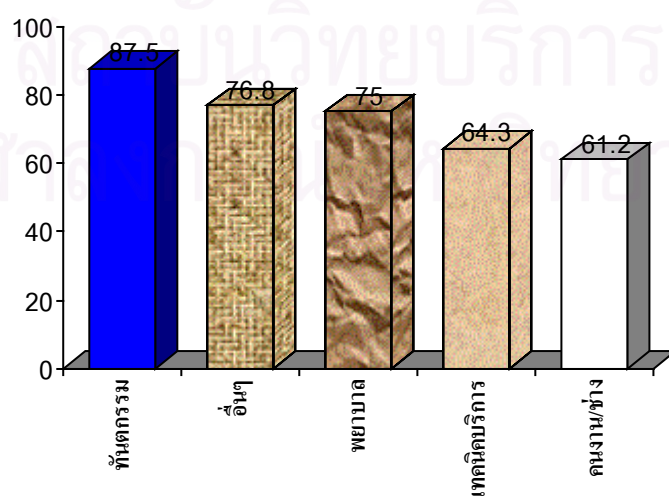
4. การออกกำลังกาย พบว่า มีผู้ออกกำลังกายต่อเนื่องนาน 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 38.2 เป็นชายร้อยละ 56.5 และเป็นหญิงร้อยละ 34.7 ดังแผนภูมิที่ 4.5

แผนภูมิที่ 4.5 แสดงสัดส่วนการออกกำลังกายจำแนกตามเพศ



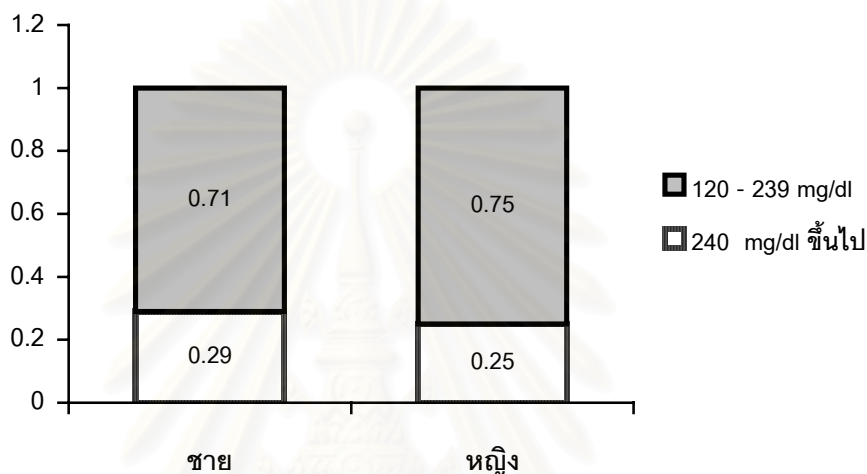
เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มอาชีพที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่งานทันตกรรมร้อยละ 87.5 รองลงมาคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่อื่นๆ ร้อยละ 76.8 พยาบาล ร้อยละ 75.0 เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 64.3 และกลุ่มคนงาน/ช่าง คิดเป็นร้อยละ 61.2 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 4.6

แผนภูมิที่ 4.6 แสดงร้อยละของการไม่ออกกำลังกายจำแนกตามกลุ่มอาชีพ



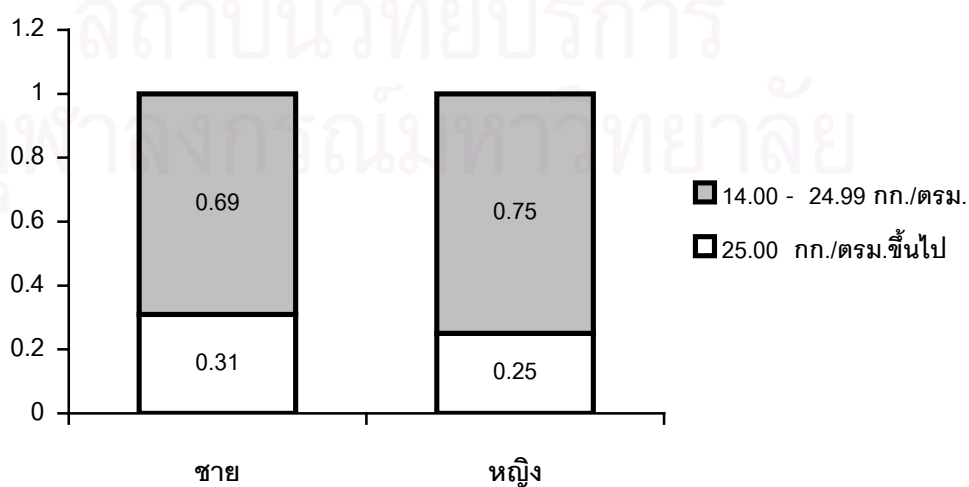
5. **ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด** พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปร้อยละ 26.0 เพศหญิงพบร้อยละ 25.4 เพศชายพบร้อยละ 29.0 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสุด 379 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 216.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังแผนภูมิที่ 4.7

แผนภูมิที่ 4.7 แสดงสัดส่วนของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดจำแนกตามเพศ



6. **ดัชนีมวลกาย** พบว่า ดัชนีตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ร้อยละ 26.0 เพศชายพบร้อยละ 30.6 เพศหญิงพบร้อยละ 25.1 ดัชนีมวลกายสูงสุด 38.6 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังแผนภูมิที่ 4.8

แผนภูมิที่ 4.8 แสดงสัดส่วนของดัชนีมวลกายจำแนกตามเพศ



5. การสูบบุหรี่ พบว่า มีประวัติสูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ 5.6 เพศชายสูบบุหรี่ (ร้อยละ 30.6) เพศหญิงส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.1)

6. การดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มร้อยละ 71.8 เพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 77.6) เพศชายส่วนใหญ่ดื่มเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 56.5)

7. การรับประทานยานอนหลับ/ยากลายเครียด กลุ่มตัวอย่างตอบว่ารับประทานยานอนหลับหรือยากลายเครียดร้อยละ 10.4 โดยส่วนใหญ่ไม่รับประทานทั้งเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 93.5 และร้อยละ 88.8 ตามลำดับ

8. การรับประทานอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่จะไม่เคยรับประทานอาหารมังสวิรัต ร้อยละ 36.9 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่รับประทานทุกวันร้อยละ 49.2 และอาหารประเภทไข่มันสูง พบว่าส่วนใหญ่รับประทานมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.1 รับประทานทุกวันร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 4.3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลประวัติทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลประวัติทางการแพทย์ (n=393)	เพศชาย จำนวน(ร้อยละ)	เพศหญิง จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
การเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา			
ป่วย	31(50.0)	144(43.5)	175(44.5)
ไม่ป่วย	31(50.0)	187(56.5)	218(55.5)
ประวัติเจ็บป่วยด้วย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด สมองตีบ/แตก			
เคย	11(17.7)	55(16.6)	66(16.8)
ไม่เคย	51(82.3)	276(83.4)	327(83.2)
การสูบบุหรี่/ยาเส้น			
สูบ	19(30.6)	3(0.9)	22(5.6)
ไม่สูบ	43(69.4)	328(99.1)	371(94.4)
การดื่มสุรา/เบียร์/ไวน์			
ไม่ดื่ม	25(40.3)	257(77.6)	282(71.8)
ดื่มบางครั้ง	35(56.5)	74(22.4)	109(27.7)
ดื่มประจำ	2(3.2)	0	2(0.5)
การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด			
รับประทาน	4(6.5)	37(11.2)	41(10.4)
ไม่รับประทาน	58(93.5)	294(88.8)	352(89.6)
การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์			
ไม่ออกกำลังกายเลยหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์	27(43.5)	216(65.3)	243(61.8)
ออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	35(56.5)	115(34.7)	150(38.2)
ดัชนีมวลกาย			
14.00 - 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	43(69.4)	248(74.9)	291(74)
25.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป	19(30.6)	83(25.1)	102(26.0)
<i>Min = 14.1 Max = 38.6 Median = 22.8 Mean = 23.4 S.D. = 3.8</i>			

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลประวัติทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ (n=393)	เพศชาย จำนวน(ร้อยละ)	เพศหญิง จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด			
120 - 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	44(71.0)	247(74.6)	291(74.0)
240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป	18(29.0)	84(25.4)	102(26.0)
Min = 123 Max = 379 Median =212 Mean =216.7 S.D. = 40.929			
การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ตอนหน้า			
ปฏิบัติทุกครั้ง	44(71.0)	225(68.0)	269(68.4)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	7(11.3)	50(15.1)	57(14.5)
ไม่ปฏิบัติเลย	1(1.6)	6(1.8)	7(1.8)
ไม่ได้ขับ/ขี่รถหรือโดยสารรถตอนหน้า	10(16.1)	50(15.1)	60(15.3)
การรับประทานอาหารมังสวิรัต/ชีวจิต			
ไม่เคย	19(37.3)	108(36.9)	127(36.9)
น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	19(37.3)	108(36.9)	127(36.9)
มากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	13(25.5)	64(21.8)	77(22.4)
ทุกวัน	0	13(4.4)	13(3.8)
ไม่ตอบ	11(17.7)	38(11.5)	49(12.5)
การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์			
ไม่เคย	3(5.1)	14(4.4)	17(4.5)
น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	7(11.9)	33(10.3)	40(10.6)
มากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	21(35.6)	114(35.7)	135(35.7)
ทุกวัน	28(47.5)	158(49.5)	186(49.2)
ไม่ตอบ	3(4.8)	12(3.6)	15(3.8)
การรับประทานอาหารไขมันสูง			
ไม่เคย	3(5.9)	23(8.0)	26(7.6)
น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	22(43.1)	91(31.5)	113(33.2)
มากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	25(49.0)	152(52.6)	177(52.1)
ทุกวัน	1(2.0)	23(8.0)	24(7.1)
ไม่ตอบ	11(17.7)	42(12.7)	53(13.5)

4.4. ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเครียด

4.4.1 การประเมินความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ในเรื่องการแก้ปัญหาส่วนใหญ่จะเห็นด้วยว่าเป็นจริงมากที่การแก้ปัญหาที่มีทางออกเสมอ ถึงร้อยละ 47.1 และเห็นว่าเป็นจริงมากและสนุกสนานทุกครั้งกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์ในวันหยุดพักผ่อนร้อยละ 35.1 เรื่องความพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่เห็นว่าเป็นจริงมากถึงร้อยละ 51.1 และเห็นว่าไม่จริงหรือจริงบางครั้งในเรื่องที่รู้สึกไม่พอใจเมื่อผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าตนเอง ร้อยละ 39.7 ถึงร้อยละ 53.2 ดังตารางที่ 4.4

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5

ตารางที่ 4.4 แสดงร้อยละของความพึงพอใจในชีวิตจำแนกรายข้อ

ข้อความ	ความคิดเห็น (ร้อยละ)			
	1	2	3	4
1. แม้สถานการณ์จะเลวร้าย ก็มีความหวังว่าจะดีขึ้น	1.0	29.0	44.8	25.5
2. ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ	0.8	12.5	39.7	47.1
3. เมื่อมีเรื่องทำให้เครียด จะปรับเปลี่ยนให้เป็นเรื่องผ่อนคลายหรือสนุกสนานได้	4.3	47.8	33.8	14.0
4. สนุกสนานกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์และวันหยุดพักผ่อน	2.0	29.0	33.8	35.1
5. รู้สึกไม่พอใจที่ผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน	53.2	39.7	5.1	2.0
6. รู้สึกพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่	0.8	14.8	33.3	51.1

หมายเหตุ * 1= ไม่จริง , 2=จริงบางครั้ง, 3= ค่อนข้างจริง, 4= จริงมาก

** ความพึงพอใจในชีวิตต่ำ คือ มีคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน

4.4.2 การประเมินความพึงพอใจในงาน พบว่า จะเห็นด้วยว่าเป็นจริงมากร้อยละ 38.7 ในเรื่องความพอใจในลักษณะงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันนี้ และมีความเพลิดเพลินและมีความสุขในการทำงานก็จะเห็นว่าเป็นจริงมากร้อยละ 38.4 ความพึงพอใจในผลงานที่ตนเองทำเห็นว่าเป็นจริงมากร้อยละ 49.9 การทำงานด้วยความกระตือรือร้นโดยสม่ำเสมอ เห็นว่าเป็นจริงมากร้อยละ 53.2 และในการที่คิดจะเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานที่ทำอยู่ ก็เห็นว่าเป็นจริงน้อยและไม่เป็นจริงเลยร้อยละ 22.9 ถึงร้อยละ 35.4 ดังตารางที่ 4.5

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในงานต่ำจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

ตารางที่ 4.5 แสดงร้อยละของความพึงพอใจในงานจำแนกรายข้อ

ข้อความ	ความคิดเห็น (ร้อยละ)				
	1	2	3	4	5
1.พอใจในลักษณะงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันนี้	3.1	2.3	38.7	38.4	17.6
2.ทำงานด้วยความกระตือรือร้นสม่ำเสมอ	0.3	0.5	28.5	53.2	17.6
3.มีความเพลิดเพลินและมีความสุขในการทำงาน	1.0	3.6	45.0	38.4	12.0
4.คิดจะเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานที่ทำอยู่	35.4	22.9	26.5	9.2	6.1
5.ท่านพึงพอใจในผลงานที่ตนเองทำ	0.5	0.8	27.5	49.9	21.4

หมายเหตุ * 1 =ไม่เป็นจริงเลย, 2= เป็นจริงน้อย, 3= เป็นจริงบางส่วน, 4= เป็นจริงมาก, 5=เป็นจริงมากที่สุด

** ความพึงพอใจในงานต่ำ คือ มีคะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4.3 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า จากการไปตรวจสุขภาพปัจจุบัน บุคลากรเห็นด้วยว่ามีสุขภาพสมบูรณ์ถึงร้อยละ 50.1 เห็นด้วยว่าสุขภาพตนเองดีเหมือนบุคคลอื่น ร้อยละ 48.3 และไม่เห็นด้วยอย่างมากในเรื่องที่รู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพถึงร้อยละ 34.4 รวมทั้งไม่เห็นด้วยที่แพทย์บอกว่าในปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดีร้อยละ 38.7 ดังตารางที่ 4.6

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำจำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 6.6

ตารางที่ 4.6 แสดงร้อยละการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนกรายข้อ

ข้อความ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ร้อยละ)				
	1	2	3	4	5
1.จากการไปตรวจสุขภาพปัจจุบันมีสุขภาพสมบูรณ์	1.8	3.8	27.2	50.1	17.0
2.รู้สึกว่าสุขภาพปัจจุบันดีขึ้นกว่าเดิม	2.8	20.6	38.2	29.3	9.2
3.แพทย์บอกว่าในปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดี	15.8	38.7	30.0	14.0	1.5
4.มีการเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง	3.6	10.7	15.0	62.8	7.9
5.ปัจจุบันสุขภาพไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับที่ผ่านมา	9.7	23.4	25.2	34.6	7.1
6.มีความรู้สึกสบายดีเหมือนที่เคยเป็น	2.5	10.7	24.4	49.6	12.7
7.รู้สึกสุขภาพดีเหมือนกับบุคคลอื่นๆ	1.8	8.9	28.0	48.3	13.0
8.ขณะนี้รู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง	12.2	34.4	27.0	22.6	3.8

หมายเหตุ *1 =ไม่เห็นด้วยอย่างมาก, 2 =ไม่เห็นด้วย, 3=ไม่แน่ใจ, 4= เห็นด้วย, 5= เห็นด้วยอย่างมาก

** การรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ คือ มีคะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน

4.4.4 การประเมินความเครียด พบว่า อาการเกี่ยวกับความเครียดส่วนใหญ่จะไม่เป็นเลยหรือเป็นบางครั้งอยู่ระหว่างร้อยละ 11.2 ถึงร้อยละ 81.4 และในเรื่องที่ตื่นตื้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยจะเป็นบ่อยๆ ร้อยละ 6.4 และการปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ เป็นบ่อยๆร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงร้อยละของการประเมินความเครียด จำแนกรายข้อ

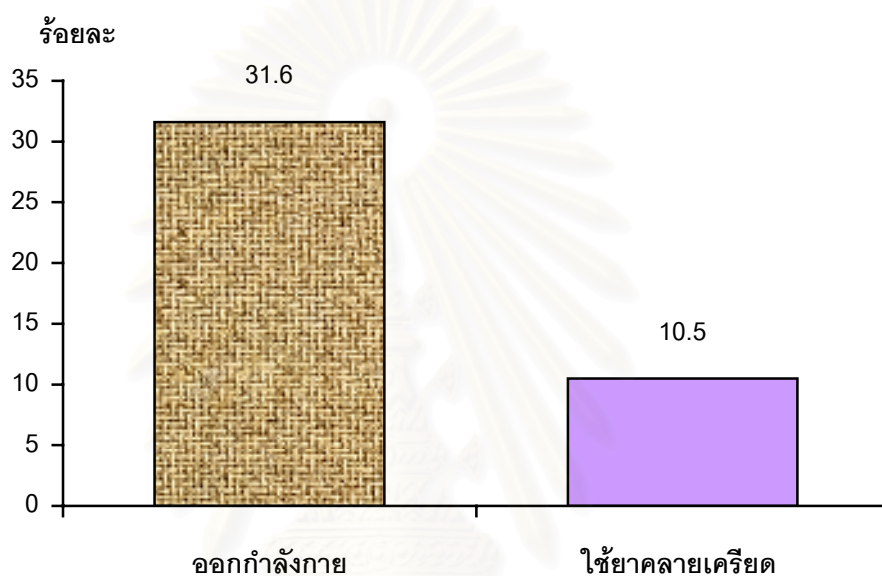
ข้อความ	การประเมินความเครียด (ร้อยละ)			
	0	1	2	3
1.นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวล	30.3	64.4	4.1	1.3
2.รู้สึกหงุดหงิด ไร้ค่าภูมิใจ	11.2	81.4	6.6	0.8
3.ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	71.0	28.0	0.8	0.3
4.มีความวุ่นวายใจ	27.2	69.0	3.8	0
5.ไม่อยากพบปะผู้คน	62.3	35.4	2.0	0.3
6.ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง	34.4	59.5	4.6	1.5
7.รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	47.8	50.9	1.3	0
8.รู้สึกหมดหวังในชีวิต	83.2	16.8	0	0
9.รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	86.5	12.2	1.0	0.3
10.กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	72.5	26.5	0.8	0.3
11.รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	36.4	60.8	2.5	0.3
12.รู้สึกเปลี่ยวจนไม่มีแรงจะทำอะไร	49.4	48.9	1.8	0
13.รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	38.2	59.3	2.5	0
14.มีอาการหัวใจเต้นแรง	49.4	47.3	2.8	0.5
15.เสียงสั้น ปากสั้นหรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ	60.6	37.2	1.8	0.5
16.รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	36.1	60.6	2.8	0.5
17.ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่	40.7	50.1	7.1	2.0
18.ตื่นตื้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	24.2	67.4	6.4	2.0
19.มีเหงื่อหรือเวียนศีรษะ	28.2	64.4	5.1	2.3
20.มีความสนใจตนเองหรือเพศตรงข้ามลดลง	45.3	48.3	5.3	1.0

หมายเหตุ * 0= ไม่เป็นเลย, 1= เป็นครั้งคราว, 2=เป็นบ่อยๆ, 3=เป็นประจำ

** ความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ คือ มีคะแนนสูงกว่า 30 คะแนน

สรุป กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์จำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 9.7 ในจำนวนนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายจำนวน 12 คน (ร้อยละ 31.6) และใช้ยาคลายเครียด/ยานอนหลับมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.5) ดังแผนภูมิที่ 4.9

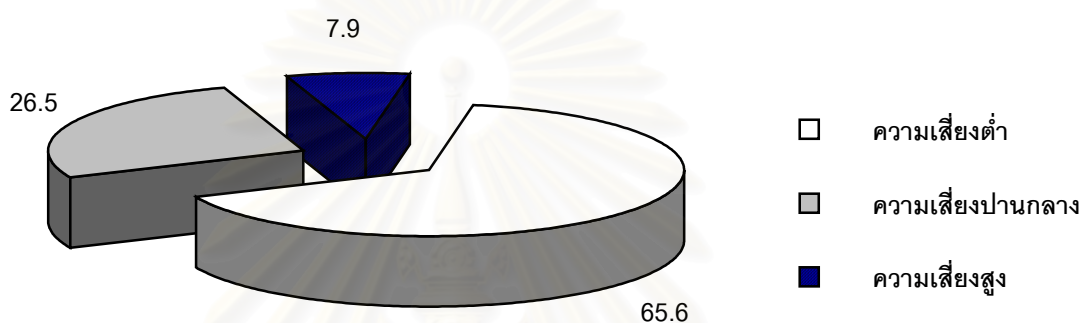
แผนภูมิที่ 4.9 แสดงร้อยละของการจัดการกับความเครียดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์



4.5 ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่ำ จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 และความเสี่ยงสูงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ดังแผนภูมิที่ 4.10

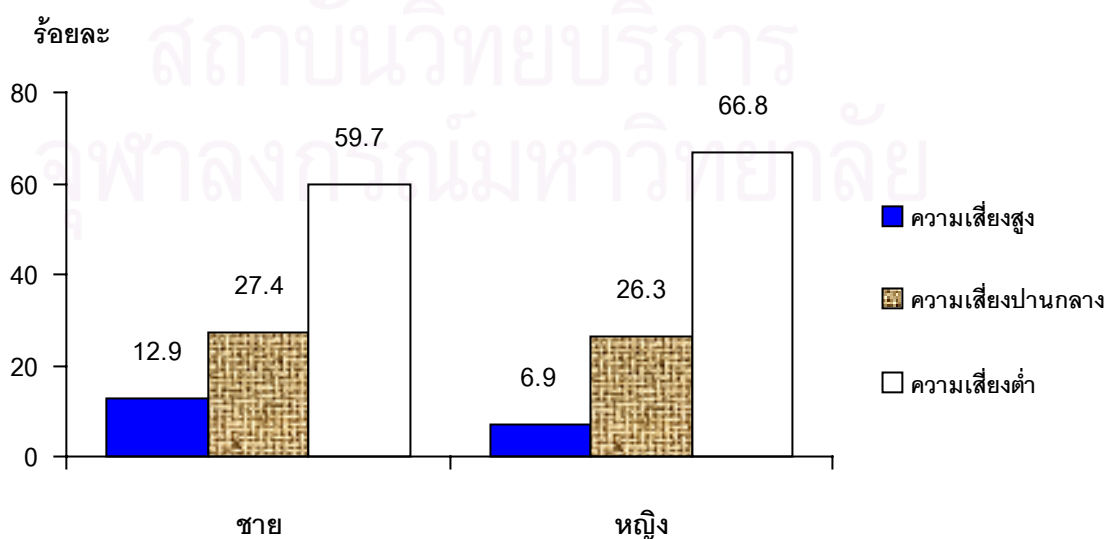
แผนภูมิที่ 4.10 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



พิจารณาระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

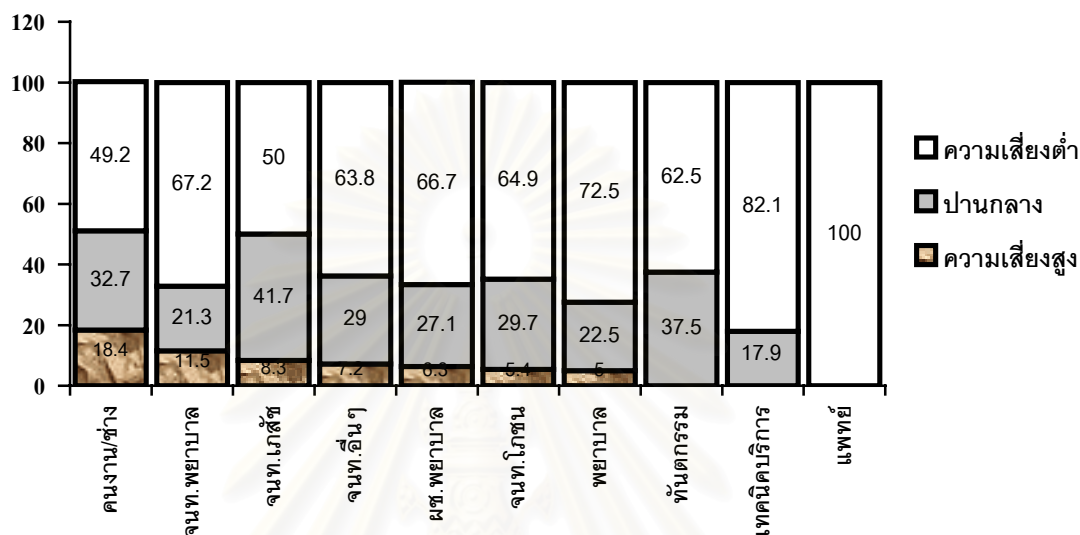
1. **เพศ** พบว่า เพศชายมีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 12.9 มากกว่าเพศหญิงซึ่งมีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 6.9 ระดับปานกลางเพศชายพบร้อยละ 27.4 เพศหญิงร้อยละ 26.3 ดังแผนภูมิที่ 4.11

แผนภูมิที่ 4.11 แสดงอัตราส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามเพศ



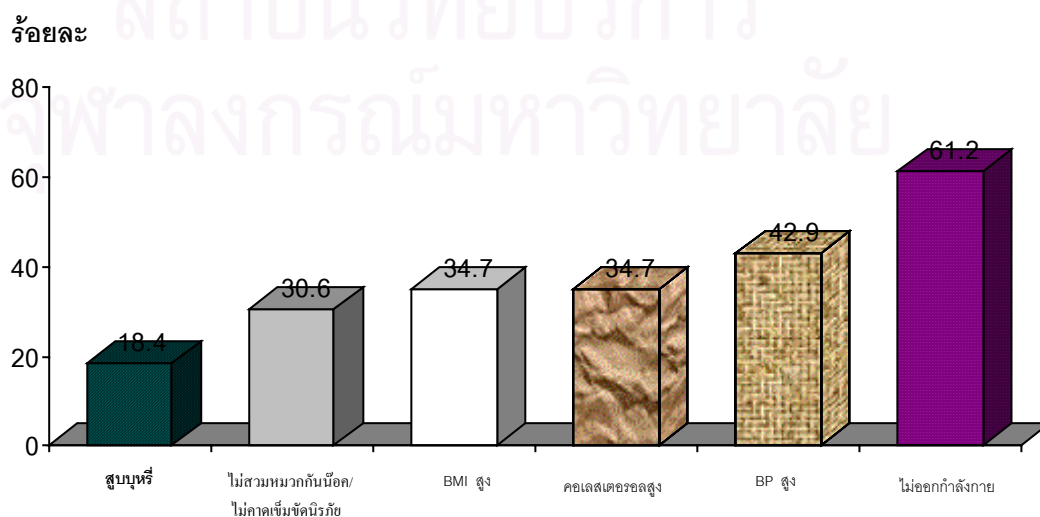
2. **ลักษณะกลุ่มอาชีพ** พบว่า กลุ่มคนงาน/ช่าง มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.4 และมีความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 32.7 ดังแผนภูมิที่ 4.12

แผนภูมิที่ 4.12 แสดงสัดส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามลักษณะกลุ่มอาชีพ



เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มคนงาน/ช่าง ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 61.2 สูบบุหรี่ร้อยละ 18.4 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อคร้อยละ 30.6 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 34.7 ดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 34.7 และความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 42.9 ดังแผนภูมิที่ 4.13

แผนภูมิที่ 4.13 แสดงร้อยละของกลุ่มคนงาน/ช่างจำแนกตามเกณฑ์ความเสี่ยงเป็นรายชื่อ



3. **อายุ** พบว่า ระดับความเสี่ยงสูง พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 13.1 ความเสี่ยงระดับปานกลางพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 40.7

4. **สถานภาพสมรส** พบว่า ระดับความเสี่ยงสูง พบมากที่สุดในกลุ่มสถานภาพหม้าย ร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ สถานภาพหย่า ร้อยละ 9.1

5. **ระดับการศึกษา** พบว่า ระดับความเสี่ยงสูงพบมากที่สุดในกลุ่มอาชีวศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 13.2 รองลงมาคือกลุ่มประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ ระดับความเสี่ยงปานกลาง พบมากที่สุดคือ กลุ่มประถมศึกษาร้อยละ 32.6 รองลงมาคือ กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 30.1 และ 29.2 ตามลำดับ

6. **รายได้** พบว่า กลุ่มรายได้ 5,000 - 20,000 บาท มีระดับความเสี่ยงสูง พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.4 มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 26.3 รองลงมา คือ กลุ่มรายได้ 20,001-35,000 บาท มีความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 6.5 มีความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 28.6

7. **สถานะการเงิน** พบว่า กลุ่มมีหนี้สินมีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 11.7 และมีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 34.0

8. **ช่วงเวลาการทำงาน** พบว่า ระดับความเสี่ยงสูงพบมากที่สุด คือกลุ่มช่วงเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 9.4 รองลงมาคือกลุ่มทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก) ร้อยละ 7.3 ความเสี่ยงระดับความเสี่ยงปานกลาง พบมากที่สุดคือ กลุ่มช่วงเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 30.2 รองลงมาคือ กลุ่มกลุ่มช่วงเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 25.7

9. **จำนวนชั่วโมงในการทำงาน** พบว่า ระดับความเสี่ยงสูงพบมากที่สุด คือกลุ่มที่ทำงาน 11-20 ชั่วโมงต่อวันพบร้อยละ 11.1 และความเสี่ยงระดับความเสี่ยงปานกลาง พบร้อยละ 25.9 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (n= 393)	รวม (จำนวน/ร้อยละ)	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ(จำนวน/ร้อยละ)		
		ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
เพศ				
ชาย	62(100.0)	37(59.7)	17(27.4)	8(12.9)
หญิง	331(100.0)	221(66.8)	87(26.3)	23(6.9)
อายุ				
35 – 44 ปี	209(100.0)	154(73.7)	45(21.5)	10(4.8)
45 – 54 ปี	130(100.0)	76(58.5)	37(28.5)	17(13.1)
55 ปีขึ้นไป	54(100.0)	28(51.9)	22(40.7)	4(7.4)
สถานภาพ				
โสด	119(100.0)	84(70.6)	27(22.7)	8(6.7)
สมรส	236(100.0)	149(63.1)	68(28.8)	19(8.1)
หย่า	22(100.0)	14(63.6)	6(27.3)	2(9.1)
หม้าย	16(100.0)	11(68.8)	3(18.8)	2(12.5)
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	46(100.0)	26(56.5)	15(32.6)	5(10.9)
มัธยมศึกษา	93(100.0)	55(59.1)	28(30.1)	10(10.8)
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	38(100.0)	22(57.9)	11(28.9)	5(13.2)
ปริญญาตรี	146(100.0)	103(70.5)	34(23.3)	9(6.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	46(100.0)	36(78.3)	9(19.6)	1(2.2)
อื่นๆ	24(100.0)	16(66.7)	7(29.2)	1(4.1)
รายได้				
5,000 – 20,000	297(100.0)	194(65.3)	78(26.3)	25(8.4)
20,001 – 35,000	77(100.0)	50(64.9)	22(28.6)	5(6.5)
35,001 – 50,000	4(100.0)	3(75.0)	1(25.0)	0
50,001 บาทขึ้นไป	5(100.0)	4(80.0)	1(20.0)	0
ไม่ตอบ	10(100.0)	(70.0)	(20.0)	(10.0)

ตารางที่ 4.8 แสดงระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=393)	รวม (จำนวน/ ร้อยละ)	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)		
		ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
สถานะการเงินของครอบครัว				
มีหนี้สิน	103(100.0)	56(54.4)	35(34.0)	12(11.7)
พอกินพอใช้	220(100.0)	147(66.8)	56(25.5)	17(7.7)
มีเหลือเก็บ	70(100.0)	55(78.6)	13(18.6)	2(2.9)
ช่วงเวลาการทำงาน				
ช่วงเวลาราชการ	159(100.0)	96(60.4)	48(30.2)	15(9.4)
ทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก)	124(100.0)	87(70.2)	28(22.6)	9(7.3)
ช่วงเวลาราชการและอยู่เวร เป็นบางครั้ง	109(100.0)	74(67.9)	28(25.7)	7(6.4)
อื่นๆ(ลาศึกษาต่อ)	1(100.0)	1(100.0)	0	0
เวลาการทำงาน				
5 – 10 ชั่วโมงต่อวัน	366(100.0)	241(65.8)	97(26.5)	28(7.7)
11- 20 ชั่วโมงต่อวัน	27(100.0)	17(63.0)	7(25.9)	3(11.1)
กลุ่มอาชีพ				
แพทย์	1(100.0)	1(100)	0	0
เภสัชกรรม	12(100.0)	6(50.0)	5(41.7)	1(8.3)
ทันตกรรม	8(100.0)	5(62.5)	3(37.5)	0
เทคนิคบริการ	28(100.0)	23(82.1)	5(17.9)	0
พยาบาล	80(100.0)	58(72.5)	18(22.5)	4(5.0)
ผช.พยาบาล	48(100.0)	32(66.7)	13(27.1)	3(6.3)
จนท.พยาบาล	61(100.0)	41(67.2)	13(21.3)	7(11.5)
โภชนบำบัด	37(100.0)	24(64.9)	11(29.7)	2(5.4)
คนงาน/ช่าง	49(100.0)	24(49.2)	16(32.7)	9(18.4)
จนท.อื่นๆ	69(100.0)	44(63.8)	20(29.0)	5(7.2)

เกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ

จากระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า เกณฑ์ความเสี่ยงที่พบจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาทีน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ พบจำนวน 243 คน (ร้อยละ 61.8) ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงระดับสูง 28 คน ความเสี่ยงระดับปานกลาง 78 คน และความเสี่ยงระดับต่ำ 137 คน

รองลงมาคือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป พบจำนวน 102 คน ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงระดับสูง 17 คน ความเสี่ยงระดับปานกลาง 44 คน และความเสี่ยงระดับต่ำ 41 คน

เกณฑ์ระดับคอเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบจำนวน 102 คน ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงระดับสูง 21 คน ความเสี่ยงระดับปานกลาง 49 คน และความเสี่ยงระดับต่ำ 32 คน

เกณฑ์ความเสี่ยงที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างพบน้อยที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ประจำหรือดื่มที่อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงปานกลางพบจำนวน 2 คน ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนร้อยละขององค์ประกอบของเกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

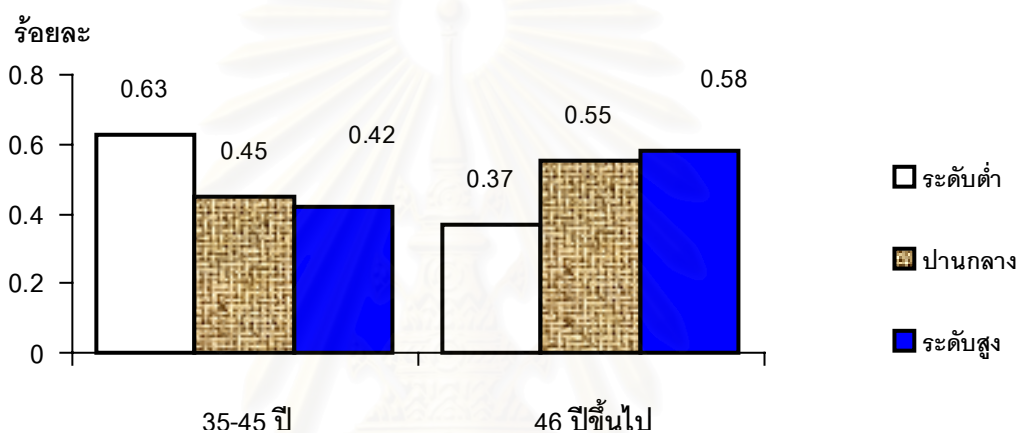
เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)			รวม (จำนวน/ ร้อยละ)
	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	
1.ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป	32(12.4)	49(47.1)	21(67.7)	102(26.0)
2.การดื่มสุรา/เบียร์/ไวน์	0	2(1.9)	0	2(0.5)
3. การสูบบุหรี่	12(4.6)	6(5.8)	4(12.9)	22(5.6)
4.การออกกำลังกายต่อเนือง 30 นาที น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	137(53.1)	78(75.0)	28(90.3)	243(61.8)
5.ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท	13(5.0)	18(17.3)	15(48.4)	46(11.7)
6.ระดับคอเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	41(15.9)	44(42.3)	17(54.8)	102(26.0)
7.มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก	22(8.5)	27(25.9)	17(54.8)	66(16.8)
8.จำนวนวันที่เจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 5 วัน	15(5.8)	19(18.3)	14(45.2)	48(12.2)
9. การใช้ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด 3 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า	7(2.7)	6(5.8)	6(19.4)	19(4.8)
10.ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อกขณะขับ/ขี่รถ	15(5.8)	40(38.5)	9(29.0)	64(16.3)
11. มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ	10(3.9)	24(23.1)	11(35.5)	45(11.5)
12.มีความพึงพอใจในงานต่ำ	4(1.6)	4(3.8)	2(6.5)	10(2.5)
13. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพต่ำ	3(1.2)	16(15.4)	7(22.6)	26(6.6)
14.มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	11(4.3)	13(12.5)	14(45.2)	38(9.7)
จำนวนตัวอย่าง	258(100.0)	104(100.0)	31(100.0)	393(100.0)

**ความเสี่ยงต่ำ 0-2 ข้อ, ความเสี่ยงปานกลาง 3-4 ข้อ, ความเสี่ยงสูง 5 ข้อขึ้นไป10

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

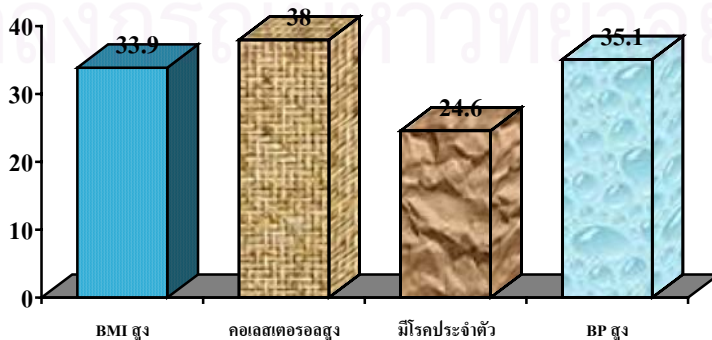
1. **อายุ** เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มอายุใหม่เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.002$) โดยกลุ่มอายุ 35-45 ปี มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 5.9 และกลุ่มอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงร้อยละ 10.5 ดังแผนภูมิที่ 4.14

แผนภูมิที่ 4.14 แสดงอัตราส่วนของระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ



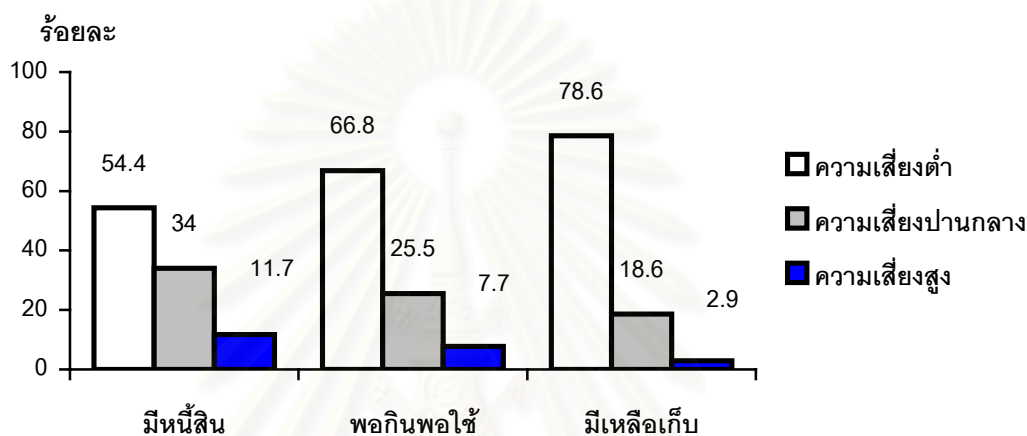
เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์ความเสี่ยงแต่ละข้อ พบว่า กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไปมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปร้อยละ 33.9 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 38.0 มีประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ร้อยละ 24.6 ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปร้อยละ 35.1 ดังแผนภูมิที่ 4.15

แผนภูมิที่ 4.15 แสดงร้อยละของกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไปจำแนกตามเกณฑ์ความเสี่ยง



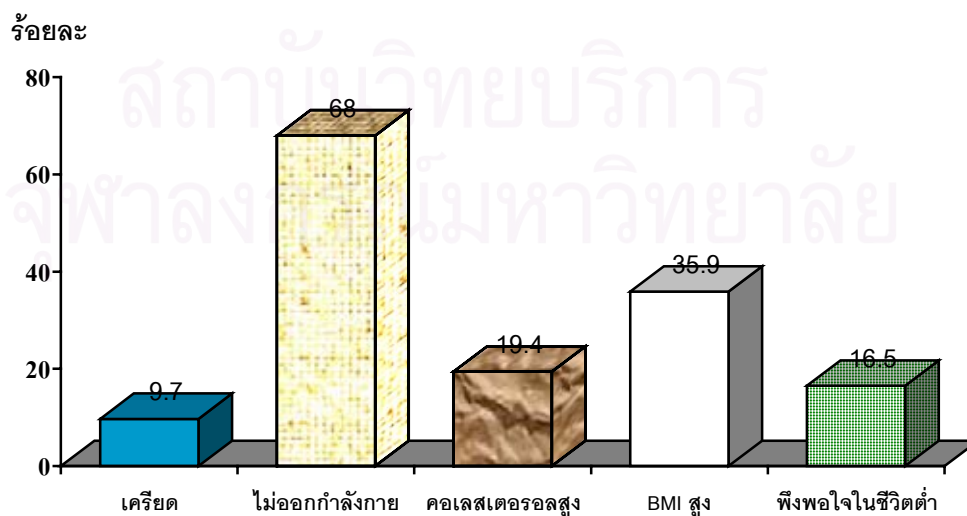
2. **สถานะการเงินของครอบครัว** พบว่า สถานะการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.018$) โดยกลุ่มมีหนี้สินมีระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 11.7 กลุ่มพอกินพอใช้มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 7.7 และกลุ่มมีเหลือเก็บมีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 2.9 ดังแผนภูมิที่ 4.16

แผนภูมิที่ 4.16 แสดงอัตราส่วนของระดับความเสี่ยงจำแนกตามสถานะการเงินของครอบครัว



เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์ความเสี่ยงในแต่ละข้อ พบว่า กลุ่มที่มีหนี้สินมีระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.7 ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 68.0 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 19.4 ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปร้อยละ 35.9 และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำร้อยละ 16.5 ดังแผนภูมิที่ 4.17

แผนภูมิที่ 4.17 แสดงร้อยละของเกณฑ์ความเสี่ยงในแต่ละข้อของกลุ่มมีหนี้สิน



3.เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.250$) โดยเพศชายมีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง คิดเป็นร้อยละ 12.9 เพศหญิงมีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงคิดเป็นร้อยละ 6.9

4.ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.317$) โดยการศึกษาในระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 13.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 10.9 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 10.8 การศึกษาระดับปริญญาตรี มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 6.2 การศึกษาระดับอื่นๆ มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 4.1 และ การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 2.2

5.สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.823$) โดยสถานภาพหม้ายพบว่ามีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุดร้อยละ 12.5 สถานภาพโสดมีระดับความเสี่ยงสูงน้อยที่สุดร้อยละ 6.7

6.รายได้ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มรายได้ใหม่ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.721$) โดยกลุ่มรายได้ 5,000-20,000 บาท มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 8.4 และกลุ่มรายได้ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 5.8

7.จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.690$) โดยกลุ่มที่ทำงาน 11-20 ชั่วโมงต่อวัน มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 11.1 และกลุ่มที่ทำงาน 5-10 ชั่วโมงต่อวัน มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 7.7

8.เวลาของการทำงาน พบว่า เวลาของการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.667$) โดยกลุ่มทำงานช่วงเวลาราชการ มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 9.4 กลุ่มทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก) มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 7.3 และกลุ่มช่วงเวลาราชการและอยู่เวรเป็นบางครั้ง มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 6.4 และกลุ่มที่ไม่มีระดับความเสี่ยงสูง คือกลุ่มอื่นๆ

9. **ลักษณะของงาน** เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มลักษณะงานใหม่ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ลักษณะของงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.885$) โดยกลุ่มที่สัมผัสกับผู้ป่วยประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มเจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ พยาบาล กลุ่มผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาล และ คนงาน มีระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 7.7 และกลุ่มที่ไม่สัมผัสกับผู้ป่วยประกอบด้วย กลุ่มงานโภชนาบำบัด กลุ่มเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ธุรการ เสนาธิการ และช่าง มีระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 8.4 (ดังตารางที่ 4.10)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ			p-value
	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	
	(จำนวน / ร้อยละ)	(จำนวน/ร้อยละ)	(จำนวน/ร้อยละ)	
1. เพศ				
ชาย	37(59.7)	17(27.4)	8(12.9)	0.250
หญิง	221(66.8)	87(26.3)	23(6.9)	
2. อายุ				
35 – 45 ปี	162(73.0)	47(21.2)	13(5.9)	0.002*
46 ปีขึ้นไป	96(56.1)	57(33.3)	18(10.5)	
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	26(56.5)	15(32.6)	5(10.9)	0.317
มัธยมศึกษา	55(59.1)	28(30.1)	10(10.8)	
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	22(57.9)	11(28.9)	5(13.2)	
ปริญญาตรี	103(70.5)	34(23.3)	9(6.2)	
สูงกว่าปริญญาตรี	36(78.3)	9(19.6)	1(2.2)	
อื่นๆ	16(66.7)	7(29.2)	1(4.1)	
4.สถานภาพสมรส				
โสด	84(70.6)	27(22.7)	8(6.7)	0.823
สมรส	149(63.1)	68(28.8)	19(8.1)	
หย่า	14(63.6)	6(27.3)	2(9.1)	
ม่าย	11(68.8)	3(18.8)	2(12.5)	
5.รายได้(บาทต่อเดือน)				
5,000 – 20,000 บาท	194(65.3)	78(26.3)	25(8.4)	0.721
20,001 บาทขึ้นไป	57(66.3)	24(27.9)	5(5.8)	

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ			p-value
	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	
	(จำนวน / ร้อยละ)	(จำนวน / ร้อยละ)	(จำนวน / ร้อยละ)	
6.สถานะการเงินของครอบครัว				
มีหนี้สิน	56(54.4)	35(34.0)	12(11.7)	0.018*
พอกินพอใช้	147(66.8)	56(25.5)	17(7.7)	
มีเหลือเก็บ	55(78.6)	13(18.6)	2(2.9)	
7.จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน				
5 - 10 ชั่วโมงต่อวัน	241(65.8)	97(26.5)	28(7.7)	0.690
11- 20 ชั่วโมงต่อวัน	17(63.0)	7(25.9)	3(11.1)	
8. ช่วงเวลาการทำงาน				
ทำงานช่วงเวลาราชการ	96(60.4)	48(30.2)	15(9.4)	0.667
ทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก)	87(70.2)	28(22.6)	9(7.3)	
ทำงานตามเวลาราชการ แต่อยู่เวรบางครั้ง	74(67.9)	28(25.7)	7(6.4)	
9.ลักษณะของงาน				
กลุ่มที่สัมผัสกับผู้ป่วย	182(66.4)	71(25.9)	21(7.7)	0.885
กลุ่มที่ไม่สัมผัสกับผู้ป่วย	76(63.9)	33(27.7)	10(8.4)	

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อค หรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารตอนหน้า ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ดัชนีมวลกายและการรับประทานอาหารไขมันสูง

1.การสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.167$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 18.2) ความเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 6 คน (ร้อยละ 27.3)

2.การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด พบว่า การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาคลายเครียดมีความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 6 คน (ร้อยละ 31.6) ซึ่งเท่ากับกับความเสี่ยงระดับปานกลาง

3.การออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 28 คน(ร้อยละ11.5) ความเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 78 คน(ร้อยละ 32.1)

4.การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถมีความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 14.1) ความเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 40 คน (ร้อยละ 62.5)

5.ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับสูง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.8) ระดับปานกลาง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 42.3)

6.ดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับสูง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.7) ระดับปานกลาง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 47.1)

7.การรับประทานอาหารไขมันสูง พบว่า การรับประทานอาหารไขมันสูงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.351$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารไขมันสูงมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 9.0) และความเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 55 คน (ร้อยละ 27.4) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)			p-value
	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	
1.การสูบบุหรี่/ยาเส้น				
สูบ	12(54.5)	6(27.3)	4(18.2)	0.167
ไม่สูบ	246(66.3)	98(26.4)	27(7.3)	
2. การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด				
รับประทาน	7(36.8)	6(31.6)	6(31.6)	<0.001*
ไม่รับประทาน	251(67.1)	98(26.2)	25(6.7)	
3.การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์				
ออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	121(80.7)	26(17.3)	3(2.0)	<0.001*
ไม่ออกกำลังกายเลยหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์	137(56.4)	78(32.1)	28(11.5)	

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)			p-value
	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	
4. การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ตอนหน้า				
ปฏิบัติ	243(73.9)	64(19.5)	22(6.7)	< 0.001*
ไม่ปฏิบัติ	15(23.4)	40(62.5)	9(14.1)	
5. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด				
ต่ำกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	217(84.1)	60(57.7)	14(45.2)	< 0.001*
ตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป	41(15.9)	44(42.3)	17(54.8)	
6. ดัชนีมวลกาย				
ต่ำกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	226(87.6)	55(52.9)	10(32.3)	< 0.001*
ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป	32(12.4)	49(47.1)	21(67.7)	
7. การรับประทานอาหารไขมันสูง				
ไม่รับประทานหรือ 1 วันต่อสัปดาห์	98(70.5)	33(23.7)	8(5.8)	0.351
รับประทานมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	128(63.7)	55(27.4)	18(9.0)	

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2546 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self administered questionnaires) เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงพัฒนามาจากเกณฑ์ของ Dee W. Edington โดยมีทั้งหมด 14 ข้อ ประมาณว่าเกณฑ์แต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2546 – มกราคม 2547 การตอบแบบสอบถามโดยบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จากจำนวนบุคลากร 2,114 คน ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี สุ่มเลือกตัวอย่างตามกลุ่มอาชีพ จำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 393 คนคิดเป็นร้อยละ 98.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด – ต่ำสุด และ Chi – square test

5.1 สรุปผลการศึกษา

1) การตอบกลับของแบบสอบถาม

จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด ได้รับการตอบกลับทั้งหมด 393 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.3 ตอบกลับมากที่สุดร้อยละ 100.0 ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตกรรม เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาล รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อื่นๆ คนงานและช่าง ผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 98.5 ร้อยละ 98.0 และร้อยละ 96.0 ตามลำดับ ตอบกลับน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่โภชนาการและโภชนบำบัด ร้อยละ 92.5

2) ปัจจัยส่วนบุคคล

บุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 393 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 เพศชาย ร้อยละ 15.8 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1: 5.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35-44 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 45.5 ปี สถานภาพสมรสพบมากที่สุดร้อยละ 60.1 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 30.3 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 37.2 รายได้ต่อเดือนมีมากที่สุดอยู่ในช่วง 5,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.5 รายได้ต่ำสุด 6,100 บาท สูงสุด 80,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 16,991.5 บาท มีพื้นฐาน 15,000 บาท สถานะทางการเงินของครอบครัวส่วนใหญ่พอกินพอใช้คิดเป็นร้อยละ 56.0 มีหนี้สินร้อยละ 26. ช่วงเวลาการทำงานส่วนใหญ่ทำงานตามเวลาราชการและไม่ได้อยู่เวร คิดเป็นร้อยละ 40.5 จำนวนชั่วโมงการทำงาน 5-10 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 93.1 (ตารางที่ 4.2)

3) พฤติกรรมสุขภาพและประวัติทางการแพทย์

จากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า บุคลากรสูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ 5.6 พบอัตราชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การดื่มสุรา/เบียร์/ไวน์เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 27.7) พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง การออกกำลังกาย พบว่า บุคลากรที่ไม่ออกกำลังกายพบมากทั้งเพศชายและเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.8 เพศหญิงพบร้อยละ 65.3 เพศชายร้อยละ 43.5 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพ พบว่า สัดส่วนของเจ้าหน้าที่งานทันตกรรมไม่ออกกำลังกายมากที่สุด ร้อยละ 87.5 รองลงมาคือกลุ่มเจ้าหน้าที่อื่นๆและพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 76.8 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถ พบว่า ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 68.4 การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียดร้อยละ 10.4 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า (ร้อยละ 36.9) รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกวันร้อยละ 49.2 และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 52.1

ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจสุขภาพ พบว่า บุคลากรมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยประจำตัวเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก คิดเป็นร้อยละ 16.8 จำแนกได้เป็น โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.6 โรคหัวใจร้อยละ 12.1 โรคมะเร็งร้อยละ 9.41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 และโรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก ร้อยละ 5.9 ของกลุ่มผู้มีประวัติเจ็บป่วย

ระดับคอเลสเทอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 26.0 พบในเพศชายร้อยละ 29.0 เพศหญิงร้อยละ 25.4 และดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ร้อยละ 26.0 พบในเพศหญิงร้อยละ 25.1 เพศชายร้อยละ 18.6 และจากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำร้อยละ 11.5 ความพึงพอใจในงานต่ำร้อยละ 2.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำร้อยละ 6.6 และมีระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.7 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกลุ่มที่มีความเครียดสูง พบว่า มีการออกกำลังกายร้อยละ 31.6 และใช้ยาคลายเครียด/ยานอนหลับร้อยละ 10.5

4) ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า โดยส่วนใหญ่บุคลากรมีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 65.6 และบุคลากรที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.5 ความเสี่ยงระดับสูงพบร้อยละ 7.9 และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงตามปัจจัยส่วนบุคคลมีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า เพศชายมีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 12.9 เพศหญิงมีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงร้อยละ 6.9

อายุ พบว่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี มีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด พบร้อยละ 13.1 และกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7

ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญาีมีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 13.2 และกลุ่มการศึกษาระดับประถมศึกษามีความเสี่ยงระดับปานกลางพบร้อยละ 2.2

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพหม้ายมีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.5 และสถานภาพสมรสมีความเสี่ยงระดับปานกลางพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.7

รายได้ พบว่า กลุ่มรายได้ 5,000 - 20,000 บาทต่อเดือนมีระดับความเสี่ยงสูงมากที่สุด คือ ร้อยละ 8.4 และกลุ่มรายได้ 20,001-35,000 บาทต่อเดือน พบความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.6

สถานะการเงินของครอบครัว พบว่า กลุ่มมีหนี้สินระดับความเสี่ยงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.7 และมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุดพบร้อยละ 34.0

จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน พบว่า กลุ่มที่ทำงาน 11-20 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.1 และกลุ่มที่ทำงาน 5-10 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุด พบร้อยละ 26.5

ช่วงเวลาการทำงาน พบว่า กลุ่มทำงานช่วงเวลาราชการมีความเสี่ยงระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.4 และร้อยละ 30.2

ลักษณะงานและอาชีพ พบว่า กลุ่มคนงาน/ช่างมีความเสี่ยงระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.4 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความเสี่ยงจะพบว่า กลุ่มคนงาน/ช่างไม่ออกกำลังกายร้อยละ 61.2 ความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 42.9 และดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 34.7 และในกลุ่มเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมพบความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.7

5) ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า อายุ สถานะการเงินของครอบครัว การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ในตอหน้า ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังนี้

อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มอายุ 35-45 ปี มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 5.9 และกลุ่มอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 10.5

สถานะการเงินของครอบครัว พบว่า สถานะการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มมีหนี้สินมีระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 11.7 กลุ่มพอกินพอใช้มีระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 7.7

การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด พบว่า การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาคลายเครียดมีความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 31.6 ซึ่งเท่ากับกับความเสี่ยงระดับปานกลาง

การออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 11.5 ความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1

การสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถมีความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 14.1 ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 62.5

ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับสูงร้อยละ 54.8 ระดับปานกลางร้อยละ 42.3

ดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับสูงร้อยละ 67.7 ระดับปานกลางร้อยละ 47.1

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีพ.ศ. 2546 มีประเด็นน่าสนใจดังนี้

1) การตอบกลับข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 98.3 โดยเฉลี่ย และในแต่ละแผนกก็มีอัตราการตอบกลับอยู่ระหว่างร้อยละ 92.5 – 100.0 จึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้ แต่มีหลายกลุ่มที่มีจำนวนตัวอย่างน้อย เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตกรรม เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่เทคนิคบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและประวัติทางการแพทย์

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า บุคลากรยังมีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย ค่อนข้างมากถึงร้อยละ 61.8 โดยเพศชายไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 43.5 เพศหญิงไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 65.3 ซึ่งสอดคล้องกับไกรสร วิวัฒน์กุลและคณะ (2541)⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาบุคลากรศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น พบว่า บุคลากรออกกำลังกายไม่ประจำ ร้อยละ 71.2 เช่นเดียวกับประภาเพ็ญและคณะ (2543)⁽⁴⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย พบว่า คนงานส่วนใหญ่ร้อยละ 64.6 ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย และการศึกษาของเพียงจันทร์ โรจนวิภาต (2531)⁽³¹⁾ ที่ศึกษาโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาชีพในมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า บุคลากรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 35.0 เพศชายออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 42.4 เพศหญิงออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 30.2

2. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า มีจำนวนบุคลากรที่ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ค่อนข้างมาก ถึง 102 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 ซึ่งอาจจะเป็นผลจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูงบ่อยครั้ง คือ รับประทานอาหารประเภท ไขมันสูงมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.1 และรับประทานอาหารไขมันสูงทุกวัน ร้อยละ 7.1 ร่วมกับมีการออกกำลังกายน้อย เป็นผลทำให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับไกรสร วิวัฒน์กุลและคณะ (2541)⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาบุคลากรศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น พบว่า บุคลากรมีระดับคอเลสเตอรอลที่ผิดปกติร้อยละ 17.5 และบุคลากรรับประทานอาหารประเภทไขมันสูงบ่อยครั้ง (มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ถึงร้อยละ 48.7

3. ดัชนีมวลกาย พบว่า บุคลากรที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป พบจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 โดยพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 25.1 และร้อยละ 18.6 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากเพศหญิงและเพศชายมีการออกกำลังกายน้อย และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้งเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับไกรสร วิวัฒน์กุลและคณะ (2541)⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาบุคลากรศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น พบว่า บุคลากรมีดัชนีมวลกายที่เกินปกติร้อยละ 27.9

4. จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างดี คือ บุคลากรร้อยละ 94.4 ไม่สูบบุหรี่ พบสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่พบในเพศชาย ร้อยละ 30.6 ของบุคลากรเพศชายทั้งหมด และร้อยละ 71.8 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีดื่มบางครั้งเพียงร้อยละ 27.7 และดื่มประจำร้อยละ 0.5 ซึ่งถือว่าน้อย ส่วนใหญ่พบในเพศชาย พฤติกรรมการใช้ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับพบร้อยละ 10.4 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพฤติกรรมการสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ ไม่ปฏิบัติเลยค่อนข้างน้อยมีเพียงร้อยละ 1.8 ปฏิบัติเป็นบางครั้งพบ ร้อยละ 14.5 อาจจะเป็นเนื่องจากมีกฎหมายบังคับไว้ทำให้บุคลากรปฏิบัติเป็นประจำค่อนข้างมากถึงร้อยละ 68.4 สอดคล้องกับไกรสร วิวัฒน์กุลและคณะ (2541)⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาบุคลากรศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น พบว่า บุคลากรไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 92.8 สูบบ้างร้อยละ 4.7 และสูบประจำร้อยละ 2.5 และร้อยละ 59.3 ไม่ดื่มสุรา และสอดคล้องกับเพียงจันทร์ โจรนวิภาต (2531)⁽³¹⁾ ที่ศึกษาโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาชีพในมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า บุคลากรสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 6.4 ดื่มสุราประจำร้อยละ 1.3 แต่การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อคขณะขับ/ขี่รถ ยังมีน้อยอาจจะเนื่องมาจากขณะนั้นยังไม่มีกฎหมายบังคับ แต่แตกต่างกับสุริยา วีรวงศ์ (2541)⁽⁴⁹⁾ ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมของคนกรุงเทพฯ พบว่า บุคลากรสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 14.3 เพศชายสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 27.5 เพศหญิงสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 6.8 แต่ดื่มสุราประจำร้อยละ 6.0 เป็นเพศชายร้อยละ 9.9 เพศหญิงดื่มสุราประจำร้อยละ 3.8 ทั้งนี้ที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคนทั่วไป และผลการศึกษาที่สอดคล้องก็อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนในสถาบันสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป

5. ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยและไม่ป่วยไม่แตกต่างกันมาก คือ มีการเจ็บป่วยร้อยละ 44.5 ไม่ป่วยร้อยละ 55.5 ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการจดจำจำนวนวันที่เจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน และพบว่า บุคลากรมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตกร้อยละ 16.8 ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการที่รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น

3) ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความเครียด

1. จากการศึกษา พบว่า บุคคลากรที่มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำพบร้อยละ 11.5 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับเพียงจันทร์ โจรินวิภาต (2531)⁽³¹⁾ ที่ศึกษาบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาชีพในมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่พอใจในชีวิตมาก

2. บุคคลากรที่มีความพึงพอใจในงานต่ำ พบเพียงร้อยละ 2.5 ไม่พบในเพศชาย พบในเพศหญิงน้อยเพียงร้อยละ 3.0 ซึ่งสอดคล้องกับสกล ลิขิตภูมิ (2545)⁽⁵⁰⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเทศไทย ปีพ.ศ.2545 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่พึงพอใจในงานสูง

3. บุคคลากรที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำพบเพียงร้อยละ 6.6 พบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับสกุลรัตน์ ศิริกุล (2544)⁽⁵¹⁾ ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า บุคคลส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาของชินชิวัน โพธิ์รุ่ง (2540)⁽³⁹⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

4. ระดับความเครียด พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตที่ดี ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์พบร้อยละ 9.7 แต่กลุ่มนี้ก็ถือว่ามีความสำคัญเพราะอาจจะมีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาการเกี่ยวกับความเครียดส่วนใหญ่จะไม่เป็นเลยหรือเป็นบางครั้งอยู่ระหว่างร้อยละ 11.2 ถึงร้อยละ 81.4 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายร้อยละ 30.6 ใช้นานอนหลับ/ยากลายเครียดร้อยละ 10.5

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีสุขภาพค่อนข้างดี ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับต่ำ (ร้อยละ 65.6) ซึ่งสอดคล้องกับ Dee W. Edington⁽⁶⁾ ที่ศึกษาสถานะทางสุขภาพของบุคลากรในสถานประกอบการหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่า Wellness score ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-80 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80 และสอดคล้องกับ Bobbit W.R.⁽³²⁾ ที่ทำการศึกษานำหน้าที่ส่วนกลางของรัฐบาลที่ทำงานในสำนักงาน พบว่าเจ้าหน้าที่มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี และอาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ตรวจสุขภาพและเมื่อพิจารณาตามปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า มีเพียงปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ และสถานะการเงินของครอบครัวเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ (p-value<0.05) มีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ภาวะความรับผิดชอบในงานหรือในชีวิตก็เพิ่มมากขึ้นตามความเครียดอาจเพิ่มขึ้นตาม ภาวะโรคเพิ่มขึ้น เวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองอาจน้อยลง และการจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายก็อาจน้อย

2. สถานะการเงินของครอบครัว พบว่า สถานะการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) โดยกลุ่มมีหนี้สินที่มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 11.7 อาจจะเป็นเนื่องมาจากภาระหนี้สินทำให้บุคคลมีความเครียดมากกว่าคนที่ไม่มีหนี้สินรวมทั้งเวลาส่วนใหญ่อาจต้องทำงานหารรายได้เพิ่มขึ้นหรือมีเรื่องต้องคิดมาก เรื่องหนี้สินมากกว่าที่จะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายและการเลือกรับประทานอาหาร อาจมีให้เลือกรับประทานน้อยกว่า

3. เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) โดยเพศชายมีระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับเพียงจันทร์ โจรนวิภาต (2531)⁽³¹⁾ ที่ศึกษาโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาที่พินมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เพศหญิงจะมีคะแนน Wellness score สูงกว่าเพศชาย

4. ลักษณะกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มคนงานและช่างจะมีความเสี่ยงระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่ลักษณะของอาชีพก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ตอนหน้าทุกครั้ง แต่การออกกำลังกายสม่ำเสมอพบค่อนข้างน้อย และรับประทานอาหารไขมันสูงบ่อยครั้ง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเสี่ยงด้านสุขภาพแล้ว พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การรับประทานอาหารอนหลับ/ยากลายเครียด การออกกำลังกาย และการสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ตอนหน้า ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและดัชนีมวลกาย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวก็เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพอยู่แล้ว เมื่อบุคลากรมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็จะทำให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตาม

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลนำผลที่ได้จากการวิจัยการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยมีการจัดทำแผนกิจกรรมที่ชัดเจน

2. จัดกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และทราบข้อมูลพื้นฐานสุขภาพของบุคลากร

3. จัดทำแผนกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันไป โดยเฉพาะกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพิ่มจากกิจกรรมที่มีอยู่หรือจัดกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรที่มีน้ำหนักเกินให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

4. จัดทำแผนรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารส่งเสริมสุขภาพ อาทิ เรื่องการรับประทานอาหารไขมันสูงให้น้อยลง เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้ง อาจเป็นสาเหตุของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงของบุคลากรเป็นส่วนใหญ่

5. จัดทำแผนรณรงค์เรื่องการสวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขีรถอย่างต่อเนื่องให้ปฏิบัติได้ทุกครั้งที่ขับขีรถหรือโดยสารรถในต่อนหน้าให้ได้ครบทุกคน ร้อยละ 100.0 เพราะเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างง่าย และชี้ให้เห็นอันตรายและโทษจากกฎหมายจากการไม่สวมหมวกกันน็อคหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย

6. เน้นให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีให้ได้ร้อยละ 100.0 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ อาทิ ปัญหาเรื่องดัชนีมวลกายที่เกินค่าปกติ หรือระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่าปกติ แล้วรีบทำการแก้ไขปัญหา หรือรีบรักษาโดยเร็ว และอาจเพิ่มการตรวจระดับคอเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 35 ปีที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์

7. จัดทำโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมกับกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาล

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะในกลุ่มบุคลากรเดิมที่ได้เคยรับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าของบุคลากรเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ศึกษาความเสี่ยงด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในกลุ่มอายุอื่นหรือบุคลากรในสังกัดอื่น
3. ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนค่ารักษาพยาบาลกลุ่มบุคลากรที่ได้รับการประเมินกับกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ

รายการอ้างอิง

1. พงศ์เทพ วิจารณ์เดชะ.การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา.กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์,2542.
2. O'Brien,E. and O'Malley,K.High Blood Pressure in What it means for you and How to control it .Singapore : PG Publishing Ltd,1983.
3. McComb,M.E.and Becker,B.L. Using Mass Communication Theory.Englewood Clippis.New Jersey : Printice Hall,1979.
4. The Carter Center of Emory University.Health Risk Appraisal Program.Healthier People ,1988.1:28.
5. ศรีเวื่อน แก้วกั้งวาล.จิตพัฒนาการทุกช่วงวัย .พิมพ์ครั้งที่ 6 .กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2538.
6. Edington D W.Emerging research: A view from one research center. American Journal of Health Promotion ,2001.15:341-9.
7. Warshaw. L J.Encyclopaedia of Occupational Health and Safety.4 th Edition. United states of America :1998.15.24-8.
8. O Donnell P.M. How to Design Workplace Health Promotion Programs.2000.29-32.
9. Anspaugh D.J, Dignan M.B and Anspaugh S. L.Health risk appraisal .In:Michelle Turenne,editor.Developing Health Promotion Programs.1st ed , 2000.
10. อนุวัฒน์ ศุภขุติกุล.สุขภาพของโลก ค.ศ. 2020 : ภาพอนาคตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์จำกัด,2541.
11. วิพุธ พูลเจริญ.สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม..พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี:2544.
12. กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข.บทเรียนสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ .(online). แหล่งที่มา [http:// www.anamai.moph.go.th/newsletter /concept.html](http://www.anamai.moph.go.th/newsletter/concept.html). (2003, มกราคม 3).
13. World Health Organization (Region Office for Europe).Public Health in Latvia with particular reference to Health Promotion.Copenhagen:1998.
14. Pender,N.J.and Pender,A.R.,Healthpromotion in Nursing Practice.2nd ed. Norwalk Connecticut:Appleton and Lange,1987.
15. กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ .(Online) .แหล่งที่มา : <http:// www.anamai.moph.go.th/newsletter/news.htm> (2002, ธันวาคม 20).

16. ส่วนติดตามประเมินผล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
นโยบายสู่การปฏิบัติ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
นนทบุรี : 2542.
17. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารการประชุม(อัดสำเนา), 2542.
18. วสุธร ต้นวัฒนกุล. สุขภาพกับคุณภาพชีวิตเส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : เอ.บี.พี.рін, 2544.
19. วิมนต์ วันยะนาพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงานกับ
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์.
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
20. Kasl, S. and Cobb, S (1966a), Health behavior, illness behavior and sick-role behavior:
I. Health and illness behavior. Archives of Environmental Health, 12(2), 246-264.
21. Weiss, Gregory L. and Lynne E. Lonmquist. The Society of Health, Healing and
Illness. New Jersey : Prentice Hall, 1996.
22. Harris, D.M. and Guten, S. Health Prospective Behavior : And exploratory study.
Journal of health and Social Behavior. 1979.
23. Bedworth, A.E. and Bedworth, D.A. Health of Human Effective. New Jersey:
Prentice-Hall, 1982.
24. Gochman, D.S. Health behavior : emerging research perspective. edited . New York :
Plenum Press, 1988.
25. สมทรง รักษ์เฝ้า และสรงค์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: 2540.
26. สุดา วิไลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
27. Green, L.W. Kreuter, M.W. Health Promotion Planning an Education and Environmental
Approach. 2nd ed. Glatfelter Spring Forge: Thomson-Shore, 1991.
28. Luckman, J. and Sorensen, K.C. Coronary Hearth disease. In: Medical-Surgical Nursing
2nd ed. W.B. Saunders and Company. Philadephia : 1980.
29. ประไพศรี ศิริจักรวาล. อาหารและโภชนาการกับสุขภาพ. ฉลากโภชนาการ. สถาบันวิจัย
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
30. กรมอนามัย. คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทหาร
ผ่านศึก, 2540.

31. เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต,ศุภชัย แสงรัตนกุล.โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคลกรระดับ เฉพาะสาขา วิชาชีพในมหาวิทยาลัยมหิดล.วารสารสุขภาพศึกษา.2540;20:41-54.
32. Bobbitt,W.R.Health Risk Appraisal in Federal Employee Workplace.HRA User Conference Summary Proceeding.Atlanta:1983.
33. Wagner,M.H. an Assessment of Health Hardzard/Health Risk Appraisal,American Journal of Public Health .1982.
34. Statistical Report 1998. King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society, Bangkok :1998.
35. สมรัตน์ เลิศมหาดุทธิ.สถิติในการวิจัย.ใน.ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม,บรรณานุกรม. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร : 2541.
36. กรมอนามัย.คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทหาร องค์การผ่านศึก,2540
37. กรมสุขภาพจิต.แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ใหญ่.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,2544.
38. มธุรส จันทร์แสงสี.ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตกับการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
39. ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง.การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยมหิดล,2540.
40. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทย.รายงานการวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:2542.
- 41.สุจริต สุวรรณชีพ.ความเครียด.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์การศาสนา,2532.
42. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์. แนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย . (online) .แหล่งที่มา <http://www.rcpt.org/page/guideline.php> (2002, กรกฎาคม 26).
43. สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย.คู่มือการปฏิบัติงานภาคสนาม.กรุงเทพมหานคร:2546.
44. ธีรชัย งามสันติวงศ์ . หลักและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่องานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : เซ็นจูรี่ จำกัด, 2543.
45. Aday. L N.Designing and Conducting Health Survey.A comprehensive Guide.2nd ed. San Francisco:CA:Jossey-Base Publishes,1996.

46. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2537.
47. ไกรสร วิวัฒน์กุล และ คณะ.การศึกษาประสิทธิผลโครงการพัฒนาสุขภาพบุคลากร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2542:2.
48. ประภาเพ็ญ สุวรรณ,มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์,นิภา มนูญปิจุ และ วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย. วารสารสุขภาพศึกษา.2543:86.
49. สุรียา วีระวงศ์.การรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมของคน กรุงเทพมหานคร.สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.รายงานการวิจัย.2541.
50. สกล ลิขิตภูมิ .ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเทศไทย ปี 2545.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
51. สกฤรัตน์ ศิริกุล.การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในจังหวัดนครสวรรค์.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2544.
52. สำนักงานกลางสภาวิชาชีพ.รายงานการวิจัย ; การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์.กรุงเทพมหานคร:2542.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546**

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

2. แบบสอบถาม มีทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจในงาน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบทดสอบความเครียด จำนวน 20 ข้อ

*** แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2546 โปรดตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ครบทุกข้อ ผลการตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์กับตัวท่านเองและต่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่อไป และหากท่านต้องการทราบผลการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของตัวท่านโปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ผู้วิจัยจะตอบกลับผลการประเมินให้ท่านภายหลังดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ***

.....ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม.....

สถาบันนวัตกรรมการ

นางสาวเพ็ชรรัตน์ ศิริรัตน์
นิสิตปริญญาโท ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
โทรศัพท์ 06-7819187

ชื่อ.....ที่อยู่(แผนก/ตึก).....

แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงและเติมค่าลงในช่องว่าง

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม / ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. ระดับการศึกษา
- 1.ประถมศึกษา 2.มัธยมศึกษา
- 3.อาชีวศึกษา/ อนุปริญญา 4.ปริญญาตรี
- 5.สูงกว่าปริญญาตรี 5.อื่นๆ(ระบุ).....
5. สถานภาพ
- 1.โสด 2.สมรส
- 3.หย่า 4.ม่าย
- 4.อื่นๆ(ระบุ).....
6. รายได้รวม.....บาทต่อเดือน (ทั้งรายได้ประจำและรายได้เสริม)
7. สถานะทางการเงินของครอบครัว
- 1.มีหนี้สิน 2.พอกินพอใช้
- 3.มีเหลือเก็บ
8. จำนวนการทำงานต่อวัน.....ชั่วโมง
9. ปัจจุบันเวลาการทำงานของท่าน
- 1.ทำงานช่วงเวลาเข้าตลอด
- 2.ทำงานเป็นกะ(เช้า/บ่าย/ดึก)
- 3.ทำงานช่วงเวลาเช้าแต่อยู่เวรเป็นบางครั้ง
- 4.อื่นๆระบุ.....

SEX

AGE

BMI 1

EDU

STATUS

INCOME

S-INCOME

HOUR

TIME

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์

สำหรับผู้วิจัย

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย x ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงและเติมค่าลงในช่องว่าง

1. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยหรือไม่

1.ป่วย (ระบุ).....วัน 2.ไม่ป่วย

Hx 2

2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| - โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |

DIAG 5

3. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือได้รับยาจากแพทย์เกี่ยวกับโรคต่อไปนี้หรือไม่

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| - โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
| - โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก | <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |

TREAT

4. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

BP 3

5. ระดับคอเลสเตอรอล.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

CHO 4

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงและเติมค่าลงในช่องว่าง

1. ท่านสูบบุหรี่/ไปป์/ยาเส้นหรือไม่

1. ไม่สูบ

2. สูบ

1. สูบ.....มวนต่อวัน สูบมานาน.....ปี

2. เลิกสูบบุหรี่นาน.....ปี

SMOKE 6

2. ท่านดื่มสุรา/เบียร์/ไวน์หรือไม่

1. ไม่ดื่ม

2. ดื่มเป็นบางครั้ง (ระบุประเภท).....จำนวน.....แก้ว**ต่อสัปดาห์/เดือน

3. ดื่มเป็นประจำ (ระบุประเภท).....จำนวน.....แก้ว**ต่อสัปดาห์/เดือน

DRINK 7

(*1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋องหรือครึ่งขวด,ไวน์ 1 แก้ว,สุราไม่ผสม/เหล้าขาว/เชียงซุน 1 เป๊ก

และสุราผสมโซดา 2 แก้ว)

3. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องกันนาน 30 นาที/ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่ออกกำลังกายเลยหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์
2. ออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป
4. ท่านสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับ/ขี่รถหรือนั่งโดยสารรถยนต์ตอนหน้าหรือไม
- 1.ปฏิบัติทุกครั้ง 2.ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 3.ไม่ปฏิบัติเลย 4.ไม่ได้ขับ/ขี่รถ หรือโดยสารรถตอนหน้า
- 5.ท่านรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด)หรือไม่
1. รับประทาน(ระบุ).....ครั้งต่อเดือน
2. ไม่รับประทาน
- 6.ประเภทอาหารที่ท่านรับประทานประจำ
1. อาหารมังสวิรัต / ชิวจิต ไม่เคย < 1 วัน/ สัปดาห์ >1 วัน/ สัปดาห์ ทุกวัน
2. ประเภทเนื้อสัตว์ ไม่เคย <1 วัน/ สัปดาห์ >1วัน/ สัปดาห์ ทุกวัน
3. อาหารไขมันสูง ไม่เคย < 1 วัน/ สัปดาห์ >1วัน/ สัปดาห์ ทุกวัน
4. อื่นๆ ระบุ

EXERC 8

SAFE 9

MED 10

FOOD

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริง (1)	จริงบ้าง ครั้ง (2)	ค่อนข้าง จริง (3)	จริงมาก (4)
1	แม้สถานการณ์จะเลวร้าย ฉันก็มีความหวังว่าจะดีขึ้น				
2	ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ				
3	เมื่อมีเรื่องทำให้เครียด ฉันมักปรับเปลี่ยนให้เป็นเรื่อง ผ่านคลายหรือสนุกสนานได้				
4	ฉันสนุกสนานทุกครั้งกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์และ วันหยุดพักผ่อน				
5	ฉันรู้สึกไม่พอใจที่ผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน				
6	ฉันพอใจกับสิ่งที่ฉันเป็นอยู่				

P11-1

P11-2

P11-3

P11-4

P11-5

P11-6

P11

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจในงาน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่เป็น	สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	บางส่วน (3)	น้อย (2)	จริงเลย (1)	
1.	ท่านพอใจในลักษณะงานที่ท่านทำอยู่ในปัจจุบันนี้						P12-1
2.	ท่านทำงานด้วยความกระตือรือร้นโดยสม่ำเสมอ						P12-2 P12-3
3.	ท่านมีความเพลิดเพลินและมีความสุขในการทำงาน						P12-4
4.	ท่านคิดจะเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานที่ท่านทำอยู่						P12-5
5.	ท่านพึงพอใจในผลงานที่ท่านเองทำ						P12

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็น	ไม่แน่	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย	
	อย่างมาก (5)	ด้วย (4)	ใจ (3)	ด้วย (2)	อย่างมาก (1)	
1. จากการไปตรวจสุขภาพปัจจุบันท่านมีสุขภาพสมบูรณ์						P13-1 P13-2
2. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพปัจจุบันดีขึ้นกว่าเดิม						P13-3
3. แพทย์บอกว่าในปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดี						P13-4
4. ท่านเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง						P13-5
5. ปัจจุบันสุขภาพท่านไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับที่ผ่านมา						P13-6
6. ท่านรู้สึกสบายดีเหมือนที่เคยเป็น						P13-7
7. ท่านสุขภาพดีเหมือนบุคคลอื่น						P13-8
8. ขณะนี้ท่านรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน						P13

ส่วนที่ 7 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (Stress test)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด
ในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา

อาการ พฤติกรรม หรือ ความรู้สึก	ระดับอาการ				สำหรับผู้วิจัย
	ไม่เคยเลย (0)	เป็นครั้งคราว (1)	เป็นบ่อยๆ (2)	เป็นประจำ (3)	
1.นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวล					S14-1
2.รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ					S14-2
3.ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด					S14-3
4.มีความวุ่นวายใจ					S14-4
5.ไม่อยากพบปะผู้คน					S14-5
6.ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง					S14-6
7.รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง					S14-7
8.รู้สึกหมดหวังในชีวิต					S14-8
9.รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า					S14-9
10.กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา					S14-10
11.รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ					S14-11
12.รู้สึกเปลี่ยวจนไม่มีแรงจะทำอะไร					S14-12
13.รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร					S14-13
14.มีอาการหัวใจเต้นแรง					S14-14
15.เสียงสั่น ปากสั่นหรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ					S14-15
16.รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ					S14-16
17.ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่					S14-17
18.ตื่นตื้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย					S14-18
19.มีเหงื่อหรือเวียนศีรษะ					S14-19
20.มีความสนใจตนเองหรือเพศตรงข้ามลดลง					S14-20

S14

...ขอขอบคุณในการตอบแบบสอบถามค่ะ...



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ

แผนก

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

****แบบตอบกลับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ****

คุณมี...ความเสี่ยงด้านสุขภาพระดับ ต่ำ / กลาง / สูง
 คุณมีดัชนีมวลกายเท่ากับ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

คำแนะนำ

- ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง
 - ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด/หวานจัด
 - สวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถหรือโดยสารรถคนหน้า
 - ควรออกกำลังกายต่อเนื่องนาน 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - ควรงด/ลด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์(สุรา/เบียร์/ไวน์)
 - ควรดูแลสุขภาพหัวใจ
 - ควรตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี /ตรวจเต้านมด้วยตนเอง/ตรวจมะเร็งปากมดลูก
 - ควรทำจิตใจให้สนุกสนานกับการทำงาน
 - ควรทำจิตใจให้สบาย ลดความเครียด
-
-

ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่า 20	กก./ตรม. แสดงว่า	ผอม
20 – 24.99	กก./ตรม. แสดงว่า	น้ำหนักตัวเหมาะสม
25 – 29.99	กก./ตรม. แสดงว่า	โรคอ้วนระดับปานกลาง
มากกว่า 30	กก./ตรม. แสดงว่า	โรคอ้วนระดับรุนแรง

*****อย่าลืม... ดูแลเสริมสร้างสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างนะคะ*****

ด้วยความปรารถนาดี

จาก.....นิสิตปริญญาโท ภาควิชาศสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

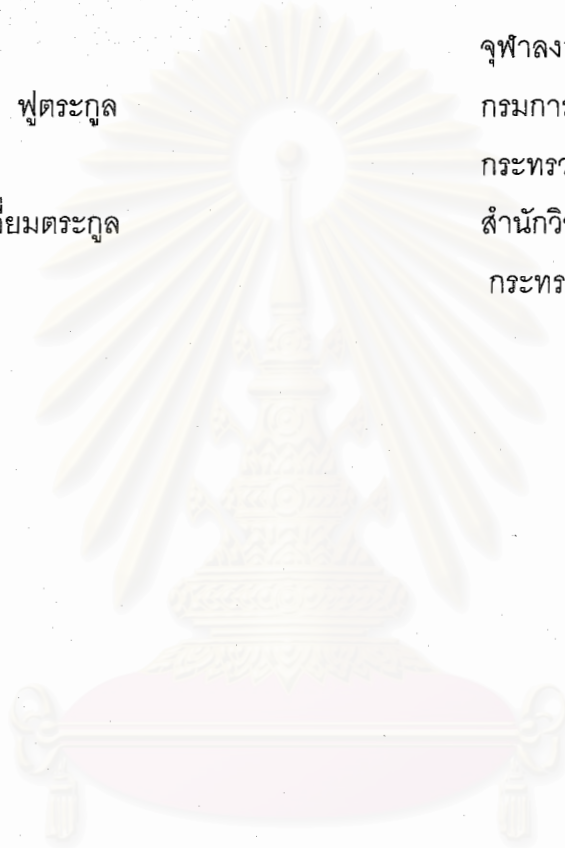


ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ โล่ห์สุนทร | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล | คณบดี คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. นายแพทย์สมาน พุตระกูล | กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.เอื้องฟ้า คงเยี่ยมตระกูล | สำนักวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเพชรรัตน์ ศิริรัตน์ เกิดวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ปีการศึกษา 2538 ศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย