

การสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ



นางสาวหรรษา รักษาคม

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2879-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THAI PHYSICIANS' HEALTH SURVEY AND FACTORS RELATED TO HEALTH

Miss. Hansa Ruksakom

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Occupational Medicine

Department of Preventive Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2879-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
โดย	นางสาวหรรษา รักษาคม
สาขาวิชา	อาชีวเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิริณกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
( ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล )

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
( ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูรณ์ โฉมสุพรรณ )

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
( รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิริณกุล )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
( อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง )

..... กรรมการ  
( รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล )

ทรรษา รักษาคม : การสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

( THAI PHYSICIANS' HEALTH SURVEY AND FACTORS RELATED TO HEALTH )

อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม:อาจารย์  
นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง จำนวนหน้า 139 ISBN 974-17-2879-4

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของแพทย์ไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการสุ่มเลือกตามเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รายชื่อจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 โดยใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างด้วยการทดสอบไคสแควร์

ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 380 ฉบับ จาก 440 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.36 ผลจากแบบสอบถามพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 60.3% เพศหญิง 39.7% อายุเฉลี่ย 40.8 ปี จบแพทย์เฉพาะทางคิดเป็นร้อยละ 64.2 ด้านการทำงานพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในวิชาชีพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.2 เวลาการทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์

ด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.8 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าอันดับหนึ่งเป็นโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 20.6 อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 10.8 และจากการสำรวจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ข้อมูลการสัมผัสสิ่งแวดล้อม สุขภาพจากการทำงาน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อเลือด ต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบและรังสีมากที่สุดในทุกวันทำงาน ( คิดเป็นร้อยละ 23.7 4.7 และ 3.2 ตามลำดับ ) พบมีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $p < 0.05$  )

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการพิจารณาวางรากฐานงานวิจัย เพื่อพัฒนาสุขภาพแพทย์ไทยในระยะยาว

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติ	.....
สาขาวิชา	อาชีวเวชศาสตร์	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา	.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	.....

## 4575273030 : MAJOR OCCUPATIONAL MEDICINE

KEY WORD: THAI PHYSICIANS / HEALTH SURVEY.

HANSA RUKSAKOM : THAI PHYSICIANS' HEALTH SURVEY AND FACTORS RELATED TO HEALTH. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. PORNCHAI SITHISARANKUL, MD, MPH, DrPH  
 THESIS COADVISOR : ARNOND VORAYINGYONG, M.D., 139 pp. ISBN 974 -17- 2879 -4

The purpose of this descriptive study was to survey health status of Thai physicians and factors related to health by systematic random sampling according to license numbers from CCME registration (Center for Continuing Medical Education). The study was conducted during December 2002 and March 2003 by mailing questionnaires and telephone interviewing to 440 Thai physicians. Data were analysed for percent, mean, median, standard deviation, and tested for association by Chi-square.

The response rate was 86.36% (380/440). The results showed that 380 Thai physicians were 229 male (60.3%) and 151 female (39.7%), mean age was 40.8 years, 64.2% were medical specialists. Thai physicians had good satisfaction in the occupation ( 60.2% ), and mean working time was 62.4 hours per week. Regarding health status, this survey found that there were 241 physicians had no underlying diseases (63.8%) and allergy was the most common disease ( 20.6% ), and the second was hypertension (10.8%). In the past six months, Thai physicians were most frequently ill with the upper respiratory tract infection (35.8%). Regarding occupational hazards, the physicians exposed everyday to blood, anesthetic gases and radiation ( 23.7 4.7 and 3.2 %, respectively ). There were statistical association between age and hypertension, diabetes and cancer (  $p < 0.05$  ).

This result shows that health status of Thai physicians should be collected and improved.

Department Preventive and Social Medicine	Student's signature.....
Field of study Occupational Medicine	Advisor's signature.....
Academic year 2002	Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร และ อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง ที่ให้ความกรุณาาร่วมเป็นประธานและกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุลผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ที่ให้ข้อมูลของแพทย์และเป็นผู้จัดสรรทุนการวิจัย ซึ่งโครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสกว.และ สสส. ปีพ.ศ. 2545 อันเป็นทุนส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้บรรลุเป้าหมาย จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอระลึกถึงพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้โอกาสผู้วิจัย ได้เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา และขอระลึกถึงพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนผู้วิจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณ ปุก จุน ย้อย ทราญ น่องฟ้า พิโหนก พิเพ็ญ พิติและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมไปถึงบุคคลที่ช่วยอำนวยความสะดวกด้วยประการต่าง ๆ อันส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งมีอาจกล่าวนามได้หมด ณ ที่นี้ ผู้วิจัยจะระลึกถึงความดีของท่านด้วยความประทับใจตลอดไป

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หรรษา รักษาคม

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1. บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	4
ตัวแปร.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
ปัญหาจริยธรรม.....	5
นิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์.....	8
สุขภาพกับคุณภาพชีวิต.....	11
การส่งเสริมสุขภาพ.....	16
สิ่งคุกคามสุขภาพ.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	31
รูปแบบการวิจัย.....	31
ประชากรและตัวอย่าง.....	31
ระยะเวลาดำเนินการวิจัย.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ส่วนที่ 1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรูปของตารางประกอบการ บรรยาย.....	37
ส่วนที่ 2 นำเสนอการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับปัจจัยด้าน สุขภาพ.....	81
5. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	112
สรุปผลการศึกษา.....	112
อภิปรายผลการศึกษา.....	117
ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น.....	123
ข้อเสนอแนะ.....	124
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	125
รายการอ้างอิง.....	126
ภาคผนวก.....	131
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1 จำนวน ร้อยละแบบสอบถามที่ตอบกลับจำแนกตามวิธีการตอบกลับแบบสอบถาม.....	36
4-2 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของแบบสอบถามที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับ จำแนกตามเพศ.....	36
4-3 จำนวน ร้อยละในเรื่องของข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับเพศ ศาสนา ภูมิลำเนาสถานภาพสมรส และอาชีพคู่สมรส.....	38
4-4 จำนวน ร้อยละตามระดับการศึกษาและสถาบันที่จบแพทย์.....	40
4-5 จำนวน ร้อยละแยกตามสาขาเฉพาะทาง.....	41
4-6 จำนวน ร้อยละในเรื่องของความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์และประวัติการทำงาน.....	43
4-7 จำนวน ร้อยละในเรื่องของประวัติการทำงานและการทำคลินิกส่วนตัว.....	44
4-8 จำนวน ร้อยละในด้านสุขภาพเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ย.....	45
4-9 จำนวน ร้อยละในเรื่องเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	45
4-10 จำนวน ร้อยละในเรื่องเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ยจำแนกตามการศึกษา.....	46
4-11 จำนวน ร้อยละในเรื่องของหมู่เลือด และปัญหาทางสายตา.....	47
4-12 จำนวน ร้อยละของการมีโรคประจำตัวของแพทย์และบุคคลในครอบครัว.....	48
4-13 จำนวน ร้อยละของโรคประจำตัวกลุ่มต่าง ๆ ของแพทย์และบุคคลในครอบครัว.....	48
4-14 จำนวน ร้อยละเกี่ยวกับแพทย์ที่เจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	50
4-15 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาล.....	52
4-16 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการผ่าตัด.....	53
4-17 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของภาวะอุบัติเหตุและประวัติหลับในขณะขับรถในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	54
4-18 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องประวัติยาที่รับประทานเป็นประจำ.....	55
4-19 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี.....	56
4-20 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด.....	57
4-21 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ.....	58

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-22 จำนวน ร้อยละในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการทำประกันชีวิต จำนวนกรมธรรม์ และพฤติกรรมของแพทย์เมื่อเจ็บป่วย.....	59
4-23 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปี.....	61
4-24 จำนวน ร้อยละในเรื่องประเภทอาหารที่รับประทานในช่วง 6 เดือน.....	62
4-25 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการออกกำลังกายและชนิดกีฬาที่เล่นในช่วง 6 เดือน.....	64
4-26 จำนวน ร้อยละเกี่ยวกับงานอดิเรก และการเดินทางท่องเที่ยวในช่วง 6 เดือน.....	65
4-27 จำนวน ร้อยละเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา.....	66
4-28 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการเล่นพนัน เล่นหุ้นในช่วง 6 เดือน.....	67
4-29 จำนวน ร้อยละในเรื่องของวิธีผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยานอนหลับช่วง 6 เดือน..	68
4-30 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา...	69
4-31 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ คำแนะนำในด้านต่าง ๆ ในช่วง 6 เดือน...	70
4-32 จำนวน ร้อยละในเรื่องของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพทางด้านกายภาพ ด้านสารเคมีและ ด้านชีวภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	73
4-33 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของคุณค่าที่ไปด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	75
4-34 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของคุณค่าที่ไปด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	76
4-35 ข้อมูลโดยรวมของคุณค่าที่ไปด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	77
4-36 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของคุณค่าที่ไปด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	78
4-37 ข้อมูลเชิงปริมาณในด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	80
4-38 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้กับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุและ ระดับการศึกษา.....	82

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-39 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคภูมิแพ้กับการทำงานเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติ นอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร.....	83
4-40 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้กับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี.....	84
4-41 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่อง ของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว.....	85
4-42 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของ การแนะนำบริโภคอาหาร แนะนำควบคุมน้ำหนัก แนะนำการออกกำลังกายและแนะนำ เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา.....	86
4-43 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคภูมิแพ้กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคาม สุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด.....	87
4-44 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	88
4-45 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการทำงานเกี่ยวกับการ การทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้าน บริหาร.....	89
4-46 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี.....	90
4-47 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว.....	91
4-48 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการแนะนำบริโภคอาหาร แนะนำควบคุมน้ำหนัก แนะนำการออกกำลังกาย และแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา.....	92
4-49 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับข้อมูลด้านการสัมผัส สิ่งคุกคามสุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด.....	93

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-50 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืดกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	94
4-51 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืดกับการทำงานเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติ นอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานและการทำงานด้านบริหาร.....	95
4-52 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคหืดกับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี.....	96
4-53 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคหืดกับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว.....	97
4-54 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคหืดกับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการเลิกสูบบุหรี่ดื่มสุรา.....	98
4-55 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืดกับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด.....	99
4-56 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวานกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	100
4-57 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวานกับการทำงานเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานและการทำงานด้านบริหาร....	101
4-58 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์และการตรวจสุขภาพประจำปี.....	102
4-59 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว.....	103
4-60 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการเลิกสูบบุหรี่ดื่มสุรา.....	104
4-61 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวานกับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด.....	105

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-62 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคมะเร็งกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุและระดับการศึกษา.....	106
4-63 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็งกับการทำงานเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร.....	107
4-64 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคมะเร็งกับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี.....	108
4-65 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคมะเร็งกับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว.....	109
4-66 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคมะเร็งกับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา.....	110
4-67 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็งกับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด.....	111

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

วิชาชีพแพทย์ (Medical Profession) เป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมมนุษย์มาหลายยุคหลายสมัย บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพแพทย์นั้นได้รับการยกย่องจากสังคมหรือประชาชนทั่วไป ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ด้วยคุณลักษณะของอาชีพและด้วยคุณธรรมของแพทย์เอง ในสังคมทั่วไป “แพทย์” เป็นต้นแบบของความเป็นสุภาพดีทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แม้ความเจริญทางด้านวิทยาการเทคโนโลยีก้าวไปอย่างรวดเร็วและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะเห็นห่างกันออกไปบ้าง แต่ความยอมรับของสังคมที่ยังนับถือ “แพทย์” ให้เป็นต้นแบบของความเป็นสุภาพดีนั้น ยังคงอยู่ตราบเท่าทุกวันนี้

เมื่อมองย้อนกลับไปแพทย์ทำงานหนักเริ่มตั้งแต่แรกเข้าศึกษาในระบบการฝึกอบรม ตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์จนถึงแพทย์ประจำบ้านและตลอดช่วงชีวิตการทำงานของแพทย์ มีการศึกษาของมหาวิทยาลัยอัลเบอร์ต้าแสดงถึงการทำงานในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วทำงาน 85 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ถึง 2 เท่า และการทำงานที่มากเกินไปนี้เป็นสิ่งสำคัญมากที่ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของแพทย์<sup>1</sup> ช่วงก่อนศตวรรษที่ 19 พบว่ามีแพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยเป็นจำนวนมากเนื่องจากอุทิศเวลาให้กับงานมาก ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง แต่พอเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการเฝ้าระวังและดูแลกันในกลุ่มแพทย์มากขึ้น ทำให้อัตราการตายลดลงได้บ้าง<sup>2</sup>

เมื่อเวลาผ่านไปสังคมมีการเปลี่ยนแปลง มีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ประชากรเพิ่มขึ้นและมีการเรียกร้องจากสังคมภายนอกมากขึ้น แพทย์จึงต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งยังต้องทำงานนอกเวลาเพื่อจุนเจือเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว ขณะเดียวกันก็ต้องแบ่งเวลาให้กับครอบครัวด้วย Owen<sup>3</sup> กล่าวถึง แบบแผนการจัดสรรเวลาในชีวิต (Time – Allocation Model) ไว้ว่า ชีวิตควรมีการแบ่งเวลาในสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างกิจกรรมหลัก 3 ประการ คือ การทำงาน การพักผ่อน และการใช้เวลากับครอบครัว หากแพทย์ผู้ใดจัดให้อยู่ในสมดุลได้ ก็ประสบความสำเร็จและสร้างศักยภาพให้กับวิชาชีพแพทย์ได้ แต่ถ้าแพทย์บริหารจัดการล้มเหลวก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตครอบครัวได้ จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ชาวแคนาดาพบว่า 63% ให้ความเห็น

ว่าแพทย์มีการทำงานที่หนักมาก และ 55% กล่าวว่าชีวิตการทำงานของแพทย์มีผลกระทบต่อครอบครัวและชีวิตส่วนตัวอย่างมาก<sup>4</sup>

นอกจากนี้การทำงานที่มากเกินไปยังมีผลต่อสภาวะจิตใจอันก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและจิต ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นเกิดจากลักษณะงานที่มีความเครียด ความขัดแย้งในบทบาทวิชาชีพ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความไม่พึงพอใจในงาน ตลอดจนปัญหาความรับผิดชอบงานหลายด้าน เงินเดือนและผลประโยชน์ตอบแทนไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ สิ่งเหล่านี้เป็นแรงกดดันในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้<sup>5</sup> เนื่องจากบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมในทางลบ ได้แก่ ร่างกายอ่อนเพลีย ความท้อแท้ใจ ไม่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ละเลยงาน มองไม่เห็นความสำคัญของมนุษย์<sup>5,6</sup> ทำให้ขาดความสนใจในการปฏิบัติงานและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยได้

อีกประการหนึ่งนั้น อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสี่ยง กล่าวคือการทำงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งคุกคามสุขภาพ (health hazards) หลากหลายประเภท ได้แก่ เชื้อโรค สารเคมี รังสีต่างๆ เป็นต้น จะเห็นว่าเป็นงานที่เสี่ยงต่ออันตรายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เฉพาะทางบางสาขา อาทิเช่น ศัลยแพทย์ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะทำผ่าตัดและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมมากกว่าแพทย์ทั่วไป วิทยุแพทย์ซึ่งสัมผัสกับยาสลบหลากหลายประเภท รังสีแพทย์ที่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับแร่กัมมันตรังสี และรังสีในการรักษาโรคต่างๆ พยาธิแพทย์ซึ่งต้องสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมและย้อมสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพของแพทย์<sup>7,8</sup> นอกจากนี้ความเสี่ยงเหล่านี้แล้วการทำงานของแพทย์ทำให้เกิดความเครียดตลอดเวลา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>8</sup> เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ต้องมีความรู้และทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความจำเพาะค่อนข้างสูงในอาชีพแพทย์ ซึ่งอาชีพอื่นไม่มี นั่นก็คือ การทำงานไม่เป็นเวลา การต้องมาปฏิบัติงานกลางดึก การได้รับโทรศัพท์ปรึกษาหรือถูกตามไปดูแลรักษาเมื่อไรก็ได้

นอกจากสภาพงานดังกล่าวข้างต้น ยังมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของแพทย์เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป อันได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ภาวะเงินเฟ้อ การจราจรติดขัด สภาพแวดล้อมเป็นพิษ การมีประชากรหนาแน่นเกินไป การมีอาชญากรรม เป็นต้น ตลอดจนความตึงเครียดและความสับสนวุ่นวายของชีวิตสมัยใหม่ พัฒนาการของระบบสารสนเทศ ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เกือบทุกเรื่องในระบบสังคม ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งสิ้น<sup>9</sup>

ความเครียดต่อร่างกายและจิตใจดังกล่าว อาจทำให้แพทย์ขาดความสนใจและไม่ให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับแพทย์เองมีความรู้ด้านการแพทย์ ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ไม่ได้มีการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกัน และดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป<sup>10</sup> ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยไม่ถูกต้องแม่นยำ อีกกรณีหนึ่งที่แพทย์ต้องเครียดกับงานที่รับผิดชอบนอกเวลาแล้วต้องขับรถก็มีอุบัติเหตุการณที่ประสบอุบัติเหตุค่อนข้างสูง<sup>11</sup> การที่แพทย์เสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมไป ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยประสบการณ์จึงเกิดความเชี่ยวชาญและแตกฉานในสาขาวิชานั้น ๆ ยิ่งมีอายุมากก็ยิ่งมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเป็นลำดับ อีกทั้งการรับอยู่เวรนอกเวลาจากโรงพยาบาลเอกชนเพื่อหารายได้พิเศษเพิ่มเติมทำให้ไม่มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การพักผ่อน การมีสังคมกับเพื่อนร่วมงาน และแม้กระทั่งให้เวลากับครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของแพทย์อยู่ในขั้นที่น่าเป็นห่วง ทั้งหมดเป็นผลที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีผู้ใดในประเทศไทยสนใจศึกษามาก่อน

มีข้อมูลที่น่าสนใจจากต่างประเทศ พบว่า การประสบอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างสูงและการที่แพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยก่อนวัยอันควรก็มีอุบัติการณ์สูงเช่นกัน<sup>8,11</sup> ซึ่งเป็นไปได้ว่า อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสรังสีคุกคามต่อสุขภาพอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน<sup>8,9,11,12</sup> เป็นต้น จึงเป็นเรื่องที่น่าเสียดายที่รัฐได้ลงทุนสร้างบุคลากรแพทย์นับเป็นมูลค่ามหาศาลในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข แต่ผลผลิตแพทย์ที่กลับสู่สังคมมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่ ในทางเศรษฐศาสตร์จึงถือว่าการลงทุนสร้างแพทย์นั้นค่อนข้างสูงแต่กลับได้ผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า ทั้งยังขาดการพัฒนาให้ยั่งยืนและต่อเนื่องอันก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกับประชาชนชาวไทย

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าถ้าแพทย์ให้ความสนใจกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองมากขึ้น แพทย์ไทยจะมีสุขภาพดีทั้งในวันนี้และในวันข้างหน้า อีกทั้งยังเป็นผู้ที่พร้อมด้วยคุณสมบัติในการให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับประชาชนชาวไทย

### คำถามการวิจัย

อัตราชุกของภาวะความเจ็บป่วยในโรคกลุ่มต่าง ๆ ของแพทย์ไทยเป็นเท่าไร  
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแพทย์ไทยมีอะไรบ้าง



## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไปของแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราชุกของภาวะความเจ็บป่วยในโรคกลุ่มต่าง ๆ ของแพทย์ในประเทศไทย ในส่วนของโรคประจำตัวและความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
2. เพื่อศึกษาข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์ไทยในส่วนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการทำงาน ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่วนตัว ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพขณะทำเวชปฏิบัติ และข้อมูลการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพขณะทำงาน

## ตัวแปร

### ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ เวลาการทำงาน รายได้ ความพึงพอใจในวิชาชีพ การทำงานภาครัฐและเอกชน
3. ปัจจัยด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย งานอดิเรก วิธีผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมทางศาสนา
4. ปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การใช้ยาอย่างถูกวิธี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันอุบัติเหตุ
5. ปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพจากการทำงาน ทั้งด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี

### ตัวแปรตาม

อัตราชุกของความเจ็บป่วยของโรคกลุ่มต่าง ๆ

## ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยวิธีใช้แบบสอบถามนั้นเปรียบเสมือนการรับฟังคำบอกเล่าจากผู้ตอบข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งไม่อาจพิสูจน์ให้แน่นอนได้ว่าถูกต้องมากน้อยเพียงใด

ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถควบคุมอคติที่อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ ( Volunteer bias )

## ปัญหาด้านจริยธรรม

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในหัวข้อต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อมูลเฉพาะบุคคล ข้อมูลด้านวิชาชีพและการทำงาน ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพขณะทำงาน ซึ่งเป็นเพียงการตอบแบบสอบถามไม่มีการกระทำใดๆที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้น การนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของบุคคลนั้น การตอบแบบสอบถามเป็นการขอความร่วมมือ โดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับ อีกทั้งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ก็เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและผู้ตอบแบบสอบถามยังได้ประโยชน์ในการตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอีกด้วย

## นิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

แพทย์ไทย หมายถึง ผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

การสำรวจภาวะสุขภาพ หมายถึง การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการศึกษาจะใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self – administered questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

## ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

โครงการสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์นี้ นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และไม่เคยทำมาก่อนเนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนของทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศ การศึกษานี้จึงถือเป็นการสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย พอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

1. ทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพแพทย์กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาและนำเสนอข้อมูลให้กับแพทย์ได้ทราบ
2. เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการสร้างสมมุติฐานเพื่อการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต่อไป
3. ใช้เป็นต้นแบบของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือวิชาชีพอื่นได้ เช่น พยาบาล เกษัชกร ทันตแพทย์ เป็นต้น และนำมาเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ แสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น
4. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับกลยุทธ์การรณรงค์ให้แพทย์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น อีกทั้งสามารถนำมาปรับใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือของประชาชนมากที่สุด ถ้าทำให้แพทย์เกิดศรัทธากับแนวทางการสร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ แพทย์ก็จะเป็นกลไกสำคัญ และเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติตาม
5. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่มีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบของการบริหาร การทำวิจัยและการให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้
6. นับเป็นโอกาสอันดีที่แพทย์มีความใส่ใจต่อสุขภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ครบสัมติตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปก็เป็นผลดีกลับสู่ประชาชนได้โดยตรง อีกทั้งยังสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อสมาชิกแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมั่นคงอยู่ควบคู่กับสังคมไทยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย ( Conceptual Framework )



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้นำเสนอเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
2. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต
3. การส่งเสริมสุขภาพ
4. สิ่งคุกคามสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ( ศ.น.พ. ) เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับของแพทยสภาตั้งขึ้นด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2543<sup>13</sup> ในหมวดที่ 1 จะกล่าวถึง ชื่อ เครื่องหมาย วัตถุประสงค์ และหน้าที่ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ หมวดที่ 2 เป็นคำจำกัดความ ประเภทของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง ซึ่งจะกล่าวพอสังเขป ดังนี้

หมวด 1

ชื่อ เครื่องหมาย วัตถุประสงค์ และหน้าที่

ข้อ 3 ให้จัดตั้งหน่วยงานการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ขึ้นในแพทยสภา มีชื่อว่า “ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์” มีชื่อย่อว่า ศ.น.พ. ใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า “Center for Continuing Medical Education” มีชื่อย่อว่า CCME.

ข้อ 4 ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์นี้จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 5 ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้ :

- 5.1 กำหนดนโยบายและมาตรฐานการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
- 5.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์มีความรู้ความสามารถและทักษะวิชาชีพเท่าทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ
- 5.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง
- 5.4 ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและฝึกอบรม องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ และสถานพยาบาลในการจัดการศึกษาต่อเนื่อง
- 5.5 ตรวจสอบ ประเมิน และรับรองคุณภาพของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องที่สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพจัดขึ้น
- 5.6 เผยแพร่ให้สาธารณชนรับทราบถึงกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- 5.7 ออกระเบียบต่าง ๆ ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
- 5.8 รายงานกิจกรรมต่อแพทยสภาเป็นครั้งคราว และเป็นประจำปี

## หมวด 2

คำจำกัดความ ประเภทของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

### ข้อ 6 ในข้อบังคับนี้

“การศึกษาต่อเนื่อง” หมายความว่า การศึกษาและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพให้อยู่ในระดับมาตรฐาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และหมายรวมถึงกิจกรรมใด ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการพัฒนาตนเอง แสวงหาองค์ความรู้ใหม่เพื่อไปประยุกต์ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขได้

แพทยสภาเป็นองค์กรที่ดูแลและให้ข้อมูลข่าวสารกับแพทย์มาตลอด และเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 ได้เริ่มมีการจัดตั้งศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ภายใต้การกำกับของแพทยสภา จึงได้เริ่มมีการสำรวจทะเบียนแพทย์ขึ้น (ตารางที่ 2-1) และด้วยการพัฒนาระบบการติดตามบวกกับกระแสการตื่นตัวเรื่องการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ในปีนี้ (พ.ศ. 2545) ทำให้มีการตอบรับและยืนยันชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบันมากถึงร้อยละ 87.2 จึงนับเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยจะมีแหล่งเก็บข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับแพทย์อย่างเป็นทางการซึ่งมีประโยชน์มากในเรื่องของฐานข้อมูลในการที่จะค้นคว้าวิจัย การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การวางแผนงานและนโยบายต่างๆรวมถึงการรณรงค์และการสร้างเสริมพัฒนาคุณภาพแพทย์ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ซึ่ง

งานวิจัยนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสุขภาพแพทย์ที่มีชีวิตและปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะมีผลต่อสุขภาพ เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่น่าเชื่อถือและช่วยให้แพทย์มีความตระหนักเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและดูแลตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพและเชื่อมโยงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพไปสู่ประชาชนได้

ตารางที่ 2-1 แสดงผลสำรวจทะเบียนแพทย์ก่อนและหลังมีระบบเครือข่ายการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

จำนวนแพทย์	ปี พ.ศ.		
	2542	2543*	2545
ทราบที่อยู่ปัจจุบัน	10,314 (41.3%)	16,664 (63.6%)	20,218 (73.6%)
ไม่ตอบกลับ	13,663 (54.8%)	8,229 (31.4%)	4,416 (16.1%)
ทราบว่าเสียชีวิตแล้ว	722 (2.8%)	734 (2.8%)	987 (3.59%)**
จดหมายตีกลับ	254 (1.0%)	180 (0.7%)	84 (0.3%)
พำนักอยู่ต่างประเทศ	393 (1.8%)	393 (1.5%)	393 (1.4%)
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>24,953</b>	<b>26,200</b>	<b>27,477</b>

หมายเหตุ \*ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เริ่มก่อตั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543

\*\* ได้ทราบจำนวนแพทย์ที่เสียชีวิตเพิ่มเติมจาก “โครงการหาเพื่อน” ในงานประชุมอบรมแพทย์ผู้บริหารการศึกษาต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 17-18 ธันวาคม 2544 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ในต่างประเทศจะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพแพทย์และปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากมีฐานข้อมูลและมีระบบบันทึกที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สะดวกต่อการค้นคว้า ศึกษาวิจัยในเรื่องต่าง ๆ มีความก้าวหน้าทางด้านวิชาการและงานวิจัย และมีผลต่อการวางแผนหรือนโยบายเพื่อการวางแผนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าการมีฐานข้อมูลที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัย ด้านการศึกษา ด้านการบริหาร ด้านสังคม เป็นต้น การที่แพทย์สภาได้มีการจัดตั้งศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ขึ้น ด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าวแล้วข้างต้น และมีการรวบรวมรายชื่อทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศที่ถูกรวบรวมไว้ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นับเป็นโอกาสอันดีที่จะได้มีการพัฒนาศูนย์รวมข้อมูลให้ป็นฐานเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

## 2. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ( พ.ศ. 2525 )<sup>14</sup> เขียนไว้ว่า สุขภาพประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ สุขและสภาพหรือสภาวะ สุข หมายถึง ความสบาย ความสำราญ ความปราศจากโรค ส่วนภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ สุขภาพจึงหมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายคำว่า “สุขภาพ” (Health) ว่าเป็นสภาวะ ที่บุคคลปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึงสภาวะที่ดีทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม (physical, mental, and social well-being) หรือใช้คำว่า ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล คำว่า “คุณภาพชีวิต” ก็เป็นอีกคำหนึ่งที่มีความหมายในลักษณะเดียวกัน ตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์บันทึกไว้ว่า คำว่าคุณภาพชีวิตนั้น ปรากฏขึ้นใช้ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยการปาฐกถาต่อหน้าสาธารณชน ของ เลนดอน จอห์นสัน (Lyndon Johnson) เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ.1964 ที่สวนสาธารณะจตุรัสเมดิสัน (Madison Square) จากนั้นมาจึงมีการใช้คำนี้ทั่วไป<sup>15</sup> ปัจจุบันนี้มีการใช้ถ้อยคำที่จะอธิบายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีอยู่มาก เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (well – being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นต้น

มีผู้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้หลายแนวคิด ความหมายจึงไม่แน่นอนแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา ค่านิยม โครงสร้างสังคม ประสบการณ์ความรู้ ความหมายจึงค่อนข้างกว้างและซับซ้อนแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย แต่ในทุกความหมายมีข้อสรุปตรงกันว่า “ความเป็นอยู่ที่ดี” ของมนุษย์<sup>16,17,18</sup> ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (ค.ศ.1996) ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึงแนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวาง อันเป็นผลซับซ้อนจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพของจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ<sup>16</sup>

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>14</sup> นั้น คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับ ชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึงสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกสุขสบาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ คือ หนึ่ง มีอิสรภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และ ความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่าง ๆ สอง คือ มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วน



บุคคล (personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเอง ได้แก่ โอกาสที่จะสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และผู้ร่วมงาน โอกาสที่จะได้มีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของครอบครัว ความสามารถที่จะเข้าถึงความสวยงาม ตลอดจนความเพลิดเพลินทางสติปัญญาซึ่งหมายรวมถึง การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ งานแสดงดนตรี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่น ๆ รวมไปถึงความสามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมที่มีไว้เพื่อนันทนาการ เช่น การท่องเที่ยว การกีฬา การอ่านและการดูโทรทัศน์ เป็นต้น<sup>19</sup>

คณะกรรมการประสานงานโครงการปรัณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2529) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งความจำเป็นพื้นฐาน หมายถึง ความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์แต่ละคนในสังคม<sup>20</sup>

ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม หรือความรู้สึกที่มีความสุขของมนุษย์ โดยที่บุคคลนั้นรับรู้ความเป็นอยู่ของตนเอง อันเนื่องมาจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ในอดีตและในชีวิตปัจจุบัน ซึ่งเกิดได้จากการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อปัจจัยภายนอกตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป

จากการศึกษาความหมายของสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่วนสำคัญที่สุด คือ การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ดังนั้น องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต จึงน่าจะเป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่ต้องทราบเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งมีข้อสรุปแตกต่างกันไปตามแต่ละการศึกษา แต่ละสังคมและวัฒนธรรม ยกตัวอย่างดังนี้

องค์การอนามัยโลก (ค.ศ.1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้เป็น 6 ด้าน คือ ร่างกาย (physical health), ภาวะจิตใจ (psychological state), ระดับของการมีอิสระในตนเอง (level of independence), สัมพันธภาพในสังคม (social relationship), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) และจิตวิญญาณ (Spiritual)<sup>21</sup>

Zhan L.<sup>22</sup> (ค.ศ.1992) ได้สรุปองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction), อัตมโนทัศน์ (self concept), ศักยภาพของร่างกาย (health and functioning) และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic factors) ซึ่งทั้งหมดนี้ยังขึ้นอยู่กับ ลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล (personal background), สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม (social situation, culture and environment) ที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นอีกด้วย

จากการศึกษาของอัจฉราและขจีจรัส<sup>23</sup> พบว่าองค์ประกอบหรือปัจจัยในเรื่องดังกล่าวได้มีการกำหนดขึ้นแตกต่างกันออกไปตามระดับของการศึกษานั้น ๆ โดยยกตัวอย่างการแบ่งดังนี้ 1) องค์ประกอบหรือปัจจัยระดับจุลภาค ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การศึกษา รายได้ การมีงานทำ ความมั่นคง ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว เสรีภาพ สุขภาพและความเจ็บป่วย การเลื่อนฐานะทางสังคม นันทนาการ การใช้เวลาว่างและเกียรติยศ เป็นต้น 2) องค์ประกอบหรือปัจจัยระดับมหภาค ได้แก่ รายได้ประชาชาติ ทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี อัตราเกิดและตาย อัตราการเพิ่ม ขนาด การย้ายถิ่น โครงสร้างอายุ ระบบสังคมและการเมือง คุณค่าทางศาสนา คุณค่าทางวัฒนธรรม รูปแบบการดำรงชีวิต และกระบวนการพัฒนาการค้า ระบบเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โครงการช่วยเหลือ เป็นต้น ซึ่งจะพบว่าองค์ประกอบในระดับมหภาคนี้ ถือเป็นดัชนีของสังคม (social Indicators) องค์ประกอบหรือปัจจัยเหล่านี้ จะเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดหรือคาดประมาณความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลในระดับชุมชนหรือประเทศได้

ฟลานาแกน (Flanagan)<sup>24</sup> ทำการศึกษา คุณภาพชีวิตของชาวอเมริกันพบว่าเรื่องต่าง ๆ ที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่กำหนดว่าเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตมี 15 เรื่อง เรียกว่า มิติของความพึงพอใจในชีวิต (Domain Life Satisfaction) มีรายละเอียดดังนี้ 1.) ความปรกติสุขทางด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตแบ่งเป็น องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต (ประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน) และสุขภาพ ความปลอดภัยส่วนบุคคล (ประกอบด้วย การมีความสุข ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ) 2.) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก การเลี้ยงดูบุตรหลาน สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท 3.) กิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การร่วมกิจกรรมในท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ 4.) การพัฒนาตนเองและมีความรู้ลึกซึ้งอิ่มเอมใจ (Fullfilment) ได้แก่ การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง การประกอบอาชีพการงาน การได้รับการยอมรับในสังคมและการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 5.) สันทนาการ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ รวมถึงการหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา การท่องเที่ยว เป็นต้น

องค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตกล่าวถึงในเรื่องของความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในชีวิตและอัตมโนทัศน์ ซึ่งมีผู้ให้ไว้หลายความหมาย ดังต่อไปนี้ คือ

French and Saward<sup>25</sup> (ค.ศ.1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกยินดีที่เกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ ปรารถนา หรือคาดหวัง ซึ่งบุคคลได้รับจากงานที่เขาปฏิบัติอยู่

Campbell<sup>26</sup> ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตไว้ว่า เป็นความคิดเห็นของแต่ละบุคคลซึ่งเปรียบเทียบระหว่างความสุขสบายในสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่คาดหวังในมิติต่าง ๆ กัน

มีผู้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติของคุณภาพชีวิต หลายท่าน<sup>24,26,27,28,29</sup> พบที่จะสรุปมิติของความพึงพอใจในชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ชีวิตส่วนตัว ได้แก่ การได้รับสิ่งบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจ การดูแลสุขภาพ การพัฒนาสติปัญญา ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ
2. ชีวิตครอบครัว ได้แก่ ชีวิตสมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท
3. ชีวิตการทำงาน ได้แก่ สภาพการทำงาน ผู้ร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ความมั่นคงในงาน ความมีอิสระในการทำงาน โอกาสก้าวหน้า ลักษณะงาน ความปลอดภัยในการทำงาน
4. ชีวิตทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

อัทมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง รวมถึงค่านิยมและคุณค่าของลักษณะเหล่านั้นเป็นสิ่งที่บุคคลสะสมไว้ตั้งแต่เริ่มรับรู้ (perceives) เข้าใจ (conceives) และประเมิน (evaluate) สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว<sup>30</sup> การที่บุคคลมองตนเองว่าตนเองมีความเป็นอยู่อย่างไรวินั้น เป็นการประเมินเชิงจิตวิสัยโดยเจ้าตัวบอเอง (self-evaluation)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ถูกกล่าวถึงในแต่ละงานวิจัยมีแตกต่างกันไป โดยจะคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันไปบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแม้ว่าจะไม่ครอบคลุมทุกประการ แต่ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านั้นล้วนแต่ให้ประโยชน์ในแง่ข้อมูลที่แตกต่างกันไปทั้งสิ้น

องค์การ UNESCO<sup>31</sup> กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน ได้แก่

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) คือ สิ่งที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดของสังคมโดยรวม วัดได้โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเช่น อัตราการว่างงาน อัตราการเกิดอาชญากรรม ความหนาแน่นของประชากร รายได้ ประชาชาติ อัตราการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. ด้านจิตวิสัย (subjective measures) คือการที่บุคคลนั้น บอกเล่าถึงการรับรู้ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัว เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติ ต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตรวมถึงความพึงพอใจในชีวิต

Frank-Stromberg<sup>28,29,32,33</sup> ประเมินคุณภาพชีวิตใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยบุคคลโดยผู้อื่นเป็นผู้ประเมิน เช่น ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาวะความเจ็บป่วย ผู้ประเมินคือ บุคลากรทางการแพทย์ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยตัวบุคคลผู้ประเมินเอง ผลออกมาเป็นคะแนน
3. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นบรรยาย (subjective scale yielding qualitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยตัวบุคคลผู้ประเมินเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงลักษณะสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

การประเมินคุณภาพชีวิต การสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต หรือตัวชี้วัดดังกล่าวมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดที่แตกต่างกันไปในแต่ละสาขาวิชา การให้คำนิยามและความหมายรวมถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่แสดงถึงเรื่องต่าง ๆ ของชีวิตที่ควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต

ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมักกล่าวถึงทฤษฎีของ Maslow ว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการอยู่เสมอและเป็นความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด โดยมีลำดับชั้นความสำคัญอยู่ ถ้าความต้องการชั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้วจะนำไปสู่ความต้องการชั้นสูงต่อไป เรียกว่าลำดับชั้นความต้องการนี้ว่า Maslow ' s Hierarchy of Needs<sup>34</sup> ซึ่งกล่าวถึง ความต้องการของมนุษย์ ใน 3 ด้านหลัก คือ กาย จิตและสังคม โดยจัดลำดับชั้นความต้องการเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการขั้นพื้นฐานทางสรีระ (basic physiological needs) เป็นความต้องการเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายคงสภาพอยู่ได้และเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อน เป็นต้น
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety & security needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ทางร่างกาย จิตใจ รวมทั้งทรัพย์สินและผลประโยชน์ เช่น ภัยเด็ก ต้องการการปกป้องคุ้มครองจากผู้ใหญ่ และผู้ใหญ่ต้องการความมั่นคงในอาชีพ การเงิน เป็นต้น
3. ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ (love & belongings needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นยอมรับ ต้องการความเป็นมิตรจากคนอื่น ต้องการความมีสิทธิ ความเป็นเจ้าของ การเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. ความต้องการความรู้สึกของการนับถือหรือภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem needs) เป็นความต้องการระดับสูงเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเอง ความมีชื่อเสียง เกียรติยศ เป็นที่นับถือในสังคม ได้รับการยกย่องและเห็นว่าตนมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนาสูงสุด โดยอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง (self actualization needs) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ เช่น ความต้องการเป็นคนดี มีคุณธรรม ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้อยู่ในตำแหน่งบริหาร ใช้ความสามารถของตนเองให้เต็มที่ เป็นต้น

การที่มนุษย์ได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายในจำนวนที่เหมาะสมจะทำให้มนุษย์มีสุขภาพกายดี และการได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจอย่างเพียงพอ จะทำให้มนุษย์มีสุขภาพจิตดี การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีจะนำความสุขความพอใจมาสู่มนุษย์ นั่นคือ การได้รับสิ่งที่ต้องการจะนำความสุข ความพอใจมาสู่มนุษย์ ซึ่งหมายถึง การมีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

หากสรุปปัจจัยต่าง ๆ อย่างกว้าง ๆ แล้ว สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตล้วนแล้วแต่ตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ ตามทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ปัจจัยทางด้าน กาย จิตและสังคม

แพทย์เป็นอาชีพที่สามารถบรรลุถึง ความต้องการขั้นสูงสุดของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) คือ มีความรู้สึกอิ่มเอมใจ (fulfillment) เพราะเมื่อแพทย์ได้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยแล้วจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า<sup>35</sup> การศึกษาของ Chuck และคณะ<sup>36</sup> พบว่าแพทย์มีความพึงพอใจในงานที่ทำ ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงความมีคุณธรรมและความนับถือตนเอง ที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้รู้สึกสนุกและพึงพอใจในงานที่ทำ

จากความหมายของสุขภาพ ที่องค์การอนามัยโลก<sup>15</sup> ได้ให้คำนิยามตามที่กล่าวถึงข้างต้น การมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ บุคคลที่ประกอบวิชาชีพแพทย์ควรเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่จากการทำงานที่หนักและต้องทำงานไม่เป็นเวลานี้เองอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแพทย์ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดสุขภาพทางด้านร่างกายเป็นอัตราชุกของความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ส่วนทางด้านสังคมและจิตใจจะได้รับการประเมินโดยตัวบุคคลผู้นั่นเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงลักษณะสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

### 3. การส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น<sup>37</sup>

เกษม นครเขตต์<sup>38</sup> ได้อ้างถึงนักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศได้ให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าหมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค

( Changing Life styles for Disease Prevention ) โดยเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค จะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้น จัดเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก เพราะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมยุคปัจจุบัน ในประเทศไทยความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ แม้ว่าจะได้มีการนำคำนี้มาใช้อย่างกว้างขวาง แต่ก็เป็นการนำไปใช้ในความหมายที่คับแคบเฉพาะทาง ซึ่งมักจะมุ่งประเด็นไปที่การส่งเสริมสุขภาพทางกาย และบางครั้งได้มีการใช้คำว่า “Health Promotion” ในความหมายเดียวกับ “Health Protection” หรือ “Health Prevention”

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ คนแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ คือ แฮริสและกูเตน (Haris and Guten)<sup>39</sup> ได้ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ

กอชแมน (Gochman อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์)<sup>40</sup> ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้จ่าย เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น

เพนเดอร์ (Pender)<sup>41</sup> กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เพนเดอร์ ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่สำคัญของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งทั้งสององค์ประกอบนี้มีพื้นฐานในการจูงใจ และมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว และสังคม เป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการกระทำ (Approach Behavior ) ไม่มีจุดเน้นที่โรคและปัญหาสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

ส่วนการป้องกันโรค ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรง ต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของร่างกายของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการป้องกันระยะแรก ส่วนการป้องกันระยะที่ 2 มีจุดเน้นที่การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและให้การรักษาทันที เพื่อหยุดยั้งกระบวนการเกิดพยาธิสภาพ และการป้องกันโรคระยะที่ 3 เป็นการฟื้นฟู

สมรรถภาพเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น เป็นพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเกิดโรค ( Avoid Behavior ) ซึ่งมุ่งเน้นที่โรคและปัญหาสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่ขัดขวางหรือยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพที่มีผลต่อสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้การเกิดพฤติกรรม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้าน<sup>41</sup> คือ

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive – Perceptual factors) นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ นั่นคือปัจจัยนี้มีผลทางอ้อมนั่นเอง

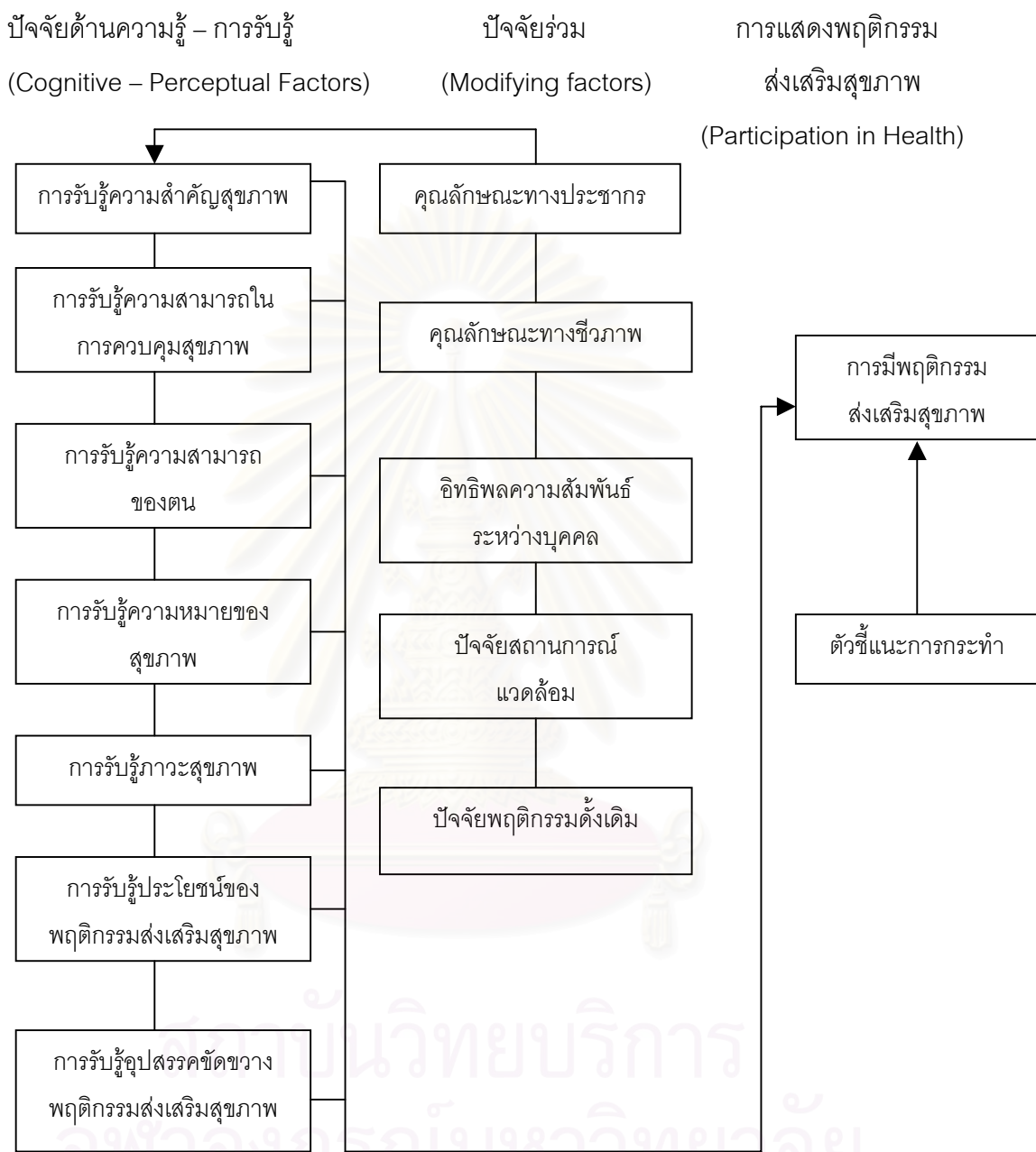
3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ประกอบด้วย ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล เช่น ความรู้สึกสุขสบาย และตัวชี้แนะการกระทำภายนอกบุคคล เป็นสิ่งช่วยสนับสนุนและผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน เพนเดอร์ ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2-1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2-1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับ 1987

(Pender's Health Promotion Model, 1987)





ต่อมา เพนเดอร์ได้ปรับปรุงและคิดค้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model 1996)<sup>42</sup> โดยตัดตัวแปรที่ไม่ชัดเจน เช่น ตัวชี้แนะการกระทำ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนตัวแปรทางประชากร และลักษณะทางชีวภาพ โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เคยมีมาก่อนว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 ด้าน คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristic and Experience) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำภายหลังปัจจัยอันเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตนั้น ซึ่งประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต การปฏิบัติพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในปัจจุบันในรูปของนิสัยหรือความเคยชิน โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self – Related Affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ในเรื่องของ ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal Biologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal Sociocultural Factors) เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา

2. ความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior – Specific Cognition and Affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) จะเป็นการเสริมแรงในทางบวก ได้แก่ การลดความรู้สึกเหนื่อยล้า การได้รับรางวัล เป็นต้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้ที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีผลในทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self – Efficacy) เป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุน ให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมาย มีพื้นฐานมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง ประสบการณ์ที่เกิดจากการเห็นการกระทำของผู้อื่น การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ประการสุดท้ายคือสภาพร่างกาย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่กระทำ (Activity – Related Affect)

เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรม แล้วถูกตัดสินใจด้วยความคิดและเก็บไว้ในความจำ จากนั้นจึงนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในเวลาต่อมา

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ ผ่านกระบวนการของการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่างที่ทำต่อเนื่องกันมา

อิทธิพลระหว่างบุคคล ถือว่าเป็นตัวแปรสำคัญ และเป็นกลยุทธิ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences) ว่าจะเชื่อ หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

3. ผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Behavior Outcomes) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Actions) คือ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้กระบวนการด้านความรู้สึก ความเข้าใจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นและการวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งความมุ่งมั่นตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ไม่สัมพันธ์กับวิธีการ จะทำให้เกิดผลของความตั้งใจที่ดี (Good Intentions) แต่ล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

3.2 ปัจจัยที่เป็นความต้องการและความพึงพอใจ ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate – Competing Demands and Preferences) เป็นพฤติกรรมอื่นที่แทรกเข้ามาแล้วสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติมากกว่าสิ่งที่ตั้งใจไว้เดิม ความสามารถในการเอาชนะปัจจัยที่แทรกเข้ามาจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคล (Self – regulating)

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางบวกต่อผู้ปฏิบัติ โดยสามารถนำไปใช้ได้กับการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดชีวิต

ดังที่กล่าวแล้วว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธิ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง รวมทั้งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นแรงกดดันทางสังคมหรือส่งเสริมให้บุคคลคิดที่จะปฏิบัติ อีกทั้งในเรื่องของการรับรู้ประโยชน์จะช่วยเหลือเสริมแรงในทางบวกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น จะเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ เป็นกลไกสำคัญของการให้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งต่อตัวแพทย์เองและประชาชนทั่วไป

#### 4. สิ่งคุกคามสุขภาพ

สิ่งคุกคาม<sup>43</sup> (hazard) คือ ปัจจัยหรือสถานการณ์บางอย่างในสถานที่ทำงาน ที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย

ความเสี่ยง<sup>43</sup> (risk) คือ ผลรวมระหว่างองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ

1. ความเป็นไปได้ (likelihood) ที่สิ่งคุกคามในสถานที่ทำงานจะก่อให้เกิดอันตราย
2. ผลที่ตามมา (consequences) หรือความรุนแรงที่จะเกิดจากสิ่งคุกคามนั้น ๆ

นิยามเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ<sup>44</sup>

1. โรคเหตุอาชีพหรือโรคจากการประกอบอาชีพ (occupational disease) หมายถึง โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสาเหตุหลักมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคาม หรือสภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม โดยที่อาการของความเจ็บป่วยนั้นอาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน หรือเมื่อเลิกงาน หรือภายหลังที่ได้ออกจากงานนั้นแล้ว ตัวอย่างโรคได้แก่การบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ โรคซิลิโคสิส โรคพิษตะกั่ว โรคฝุ่นฝ้าย โรคพิษตัวทำละลาย โรคผิวหนังเหตุอาชีพ เป็นต้น

2. โรคเกี่ยวข้องกับการทำงาน (work –related disease) หมายถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสาเหตุปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน (multi – factorial diseases). สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับงานเป็นปัจจัยหนึ่งของสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่ สภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม หรือลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง หรือสภาพของงานที่ไม่เหมาะสมกับโครงสร้าง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานอาจเป็นสาเหตุเริ่มต้น หรือทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ซึ่งได้แก่โรคหัวใจขาดเลือด โรคกระเพาะอาหาร โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคของกล้ามเนื้อ และกระดูกโครงร่าง เป็นต้น

ปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วย สุขภาพเสื่อมถอย หรือเกิดความไม่สบายกายในการทำงานนั้น อาจแบ่งออกเป็น<sup>45</sup>

1. อันตรายจากสารเคมี (Chemical hazards) ปฏิบัติการเกิดพิษของสารเคมีต่อร่างกาย แบ่งได้ดังนี้

- 1) สารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง (irritants)
- 2) สารที่ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน (asphyxiants)
  - ชนิดธรรมดา (simple asphyxiants)
  - ชนิดที่ให้ออกซิเจนเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย (chemical asphyxiants)
- 3) สารที่ทำให้หมดสติและ/หรือทำให้มีเมฆา (anesthetics and narcotics)

- 4) สารที่เป็นพิษต่อทุกระบบของร่างกาย (systemic poisons) เช่น ระบบสร้างเลือด
- 5) สารที่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อปอด (lung scaring agent)
- 6) สารก่อมะเร็ง (carcinogens)
- 7) สารเคมีที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารก (teratogens)
- 8) สารเคมีที่ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (genetic mutation)
- 9) อื่น ๆ

2.อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical hazards) ได้แก่ ความร้อน แสงสว่าง ความสั่นสะเทือนและกัมมันตรังสี

3.อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางชีวภาพ (biological hazards) หมายถึง อันตรายจากสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่เรียกว่า จุลชีพ ที่แขวนลอยหรือปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานรวมทั้งสารพิษ ซึ่งสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วย หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ได้

4.อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางการยศาสตร์ (ergonomic hazards) คือวิชาที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการออกแบบงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน

ประโยชน์ของการยศาสตร์มีหลายประการได้แก่

- ช่วยลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน
- ช่วยลดอุบัติเหตุจากการทำงาน
- ช่วยลดความผิดพลาดในการทำงาน
- เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- เพิ่มผลผลิตทั้งจากบุคคลและกลุ่ม
- สร้างความพึงพอใจในงาน

มีการศึกษาจากหลายสถาบันในต่างประเทศ ที่แสดงว่าอาชีพแพทย์นั้นมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น<sup>7,8,11,54,58,60</sup> Carpenter และคณะ<sup>๖</sup> ได้ทำการศึกษาสาเหตุการตายในกลุ่มแพทย์ในประเทศอังกฤษและเวลส์ช่วงปีค.ศ.1962-1992 ในแพทย์ชายทั้งหมด 18,358 คน และแพทย์หญิง 2,168 คน กลุ่มอายุ 25-74 ปี โดยเปรียบเทียบอัตราการตายกับประชากรทั่วไปพบว่าประชากรแพทย์มีอัตราการตายต่ำกว่าประชากรทั่วไปอาจเนื่องมาจากมีอัตราการสูบบุหรี่ที่น้อยกว่าและมีการเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพที่ดีกว่า ส่วนในกลุ่มแพทย์เองนั้นพบว่าอุบัติเหตุการสัมผัสกับสารพิษ (accidental poisoning) ทำให้อัตราการตายในกลุ่มแพทย์เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ชาย โดยพบมากที่สุดใ

กลุ่มสูติ-นรีแพทย์ และในแพทย์หญิงพบสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิสัญญีแพทย์ ถ้าเปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ทั่วไป พบว่า จิตแพทย์มีอัตราตายสูงสุด สำหรับทุกสาเหตุการตาย (RR = 1.12) และสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งลำไส้ (RR = 1.67) ในวิสัญญีแพทย์ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง (RR = 2.22) และมะเร็งผิวหนัง (melanoma) (RR = 3.33) มากกว่าสาขาอื่น พบความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มจิตแพทย์ (RR = 1.67) และแพทย์ด้านหู คอ จมูก (RR = 2.25) ส่วนในศัลยแพทย์ทั่วไปพบความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (RR = 2.40) ในจักษุแพทย์ พบความเสี่ยงต่อมะเร็งกล่องเสียง (RR = 7.63) แต่ผลการศึกษา พบว่ามีนัยสำคัญเพียงเล็กน้อยของมะเร็งที่พบในแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้ นั่นอาจสะท้อนให้เห็นว่า สิ่งคุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพยังเป็นสิ่งที่เราต้องสืบค้นและศึกษาต่อไป

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Linn และคณะ<sup>46</sup> ได้ทำการสำรวจสถานภาพทางสุขภาพ ความพึงพอใจในงาน ความเครียดจากการทำงาน และความพึงพอใจในชีวิต ในกลุ่มแพทย์ที่อยู่ในสถาบันที่ให้ความรู้ทางด้านวิชาการ (academic faculty) หรืออาจารย์แพทย์ กับแพทย์ที่ไม่ใช่อาจารย์แพทย์ (clinical faculty) ของมลรัฐแถบตะวันตกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ.1984 ทำการสำรวจโดยการส่งแบบสอบถามชนิดที่ตอบกลับเอง (self-administered questionnaire) กับแพทย์จำนวน 211 คน ผลการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแพทย์ 2 กลุ่มนี้ ในเรื่องของความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) ความเครียดโดยรวม (total stress) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มอาจารย์แพทย์มีรายงานถึงจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากกว่า การใช้เวลาในวันหยุดน้อยกว่า และใช้เวลามากกว่าในเรื่องของงานวิจัยและการเรียนการสอน แต่มีการตรวจคนไข้ในแผนกผู้ป่วยนอกน้อยกว่า และยังพบว่าอาจารย์แพทย์ (academic physicians) มีความขัดแย้งมากกว่าในเรื่องของงานที่ทำและชีวิตส่วนตัว มีความกดดันในเรื่องของการใช้เวลามากกว่า และมีความพึงพอใจในเรื่องของรายได้น้อยกว่า แต่มีภาวะสุขภาพภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาดีกว่าแพทย์ที่ไม่ได้เป็นอาจารย์แพทย์ อย่างไรก็ตาม แพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม ก็มีความพึงพอใจในเรื่องของสุขภาพและชีวิตโดยรวม เท่ากันหรือมากกว่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป

ชนิดา เรืองเดช<sup>47</sup> ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยศึกษาข้อมูลจากอาจารย์แพทย์จำนวน 217 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองด้วยวิธีการเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และ

การสนทนากลุ่มย่อย ผลการวิจัยพบว่าอาจารย์แพทย์ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือมีค่าเท่ากับ 4.91 (SD = 0.69) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์เพศหญิงในมิติของงานบริการและชีวิตสังคมสูงกว่าอาจารย์แพทย์เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจารย์แพทย์ที่มีอายุในช่วง 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของงานวิจัย งานบริการ ความพอใจในวิชาชีพ ความพอใจในงานโดยรวม ชีวิตส่วนตัว ชีวิตสังคม อุตมโนทัศน์สูงกว่าอาจารย์แพทย์ที่มีอายุในช่วง 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chan และคณะ<sup>48</sup> ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มรังสีแพทย์ในสหรัฐอเมริกา โดยทำการสำรวจรังสีแพทย์ (วินิจฉัย รักษา นิวเคลียร์) จำนวน 2,804 คน ที่มีรายชื่ออยู่ใน American College of Radiology พบว่า 65% มีความพึงพอใจในวิชาชีพ และพบว่า 31% มีความพึงพอใจมากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี 32% รู้สึกเหมือนเดิม และอีก 37% มีความพึงพอใจน้อยลง ปัจจัยที่รังสีแพทย์มีความพึงพอใจ ได้แก่ แพทย์ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป การทำงานในเขตเมือง การทำงานในมลรัฐแถบตะวันตก การทำงานเต็มเวลาและรายได้จากเงินเดือน แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Nuclear Medicine) มีความพึงพอใจมากกว่าสาขาทางรังสีวิทยาสาขาอื่น ส่วนความพึงพอใจของรังสีแพทย์เพศหญิงและเพศชายนั้น แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Hojat M. และคณะ<sup>49</sup> เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ในเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษา และการประกอบวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์เพศหญิงและเพศชาย ซึ่งจบการศึกษา จาก Jefferson Medical College Graduates สหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1982-1986 พบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญกับแง่มุมด้านจิตสังคมของการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายจะสนใจในเรื่องของข้อมูลผู้ป่วย (patient chart) และมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมักจะเลือกเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรม เพศชายมักเลือกเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมมากกว่า ในเรื่องความพึงพอใจโดยทั่วไปแล้วไม่แตกต่างกัน แต่เพศชาย มีแนวโน้มที่จะพอใจในวิชาชีพมากกว่าเพศหญิง ในแง่ของการตัดสินใจเป็นแพทย์และการรับรู้ถึงความรู้สึกว่าเป็นอาชีพที่เป็นรางวัลของชีวิต ซึ่งสัดส่วนของการปฏิบัติงานเต็มเวลาของเพศชาย มากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chuck และคณะ<sup>36</sup> ศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ โดยทำการสำรวจแพทย์จำนวน 406 คน ในโซลาโน รัฐแคลิฟอร์เนีย ใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ (mailed questionnaire) มีแพทย์ตอบกลับ 251 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ 62% ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพึง

พอใจในงานที่ทำ คิดเป็น 80% ของอัตราการตอบกลับ 92% มีความรู้สึกดีเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือคนไข้ 93% มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ 86% มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน กล่าวโดยสรุป พบว่าแพทย์มีความสุขกับการทำงาน และมีความพึงพอใจโดยรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาขั้นปฐมภูมิและแพทย์ที่เน้นการรักษา (primary care and non-primary care physicians) ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงความมีคุณธรรมและความนับถือตนเอง ที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้รู้สึกสนุกและพึงพอใจในงานที่ทำ

Frank และคณะ<sup>50</sup> ทำการสำรวจอัตราการใช้วิตามินและอาหารเสริมในแพทย์หญิงชาวอเมริกัน จำนวน 4,501 คน ระหว่างอายุ 30-70 ปี โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผลการศึกษาพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์หญิงมีการทานวิตามินเสริม ซึ่ง 35.5% ทานอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยังเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีการทาน Antioxidant เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคกระดูกพรุน ในคนที่มีการทานวิตามินเสริมอย่างสม่ำเสมอนี้พบว่าการบริโภคผักและผลไม้ทุกวัน มากกว่ากลุ่มที่ทานวิตามินเป็นบางครั้ง หรือกลุ่มที่ไม่ได้ทานวิตามินเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ ) และมีการบริโภคอาหารประเภทไขมันน้อยกว่า ( $p < 0.01$ ) ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มที่ทานมังสวิรัต ก็ยังมีการทานวิตามินเสริมสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ทานเนื้อสัตว์ สรุปได้ว่า แพทย์หญิงมีการตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ หรือโรคกระดูกพรุน จะมีการใช้วิตามินเสริม อย่างน้อยเท่ากับประชากรทั่วไป

แมคคอมิค<sup>51</sup> ได้ศึกษาถึงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยศึกษา 2 ช่วง ช่วงแรกรายงานในปี 1980 ซึ่งเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยา ช่วง 1975-1979 ในช่วงที่ 2 ปี 1991 รายงานข้อมูลในช่วง 1987-1988 ทั้งนี้เพื่อต้องการประเมินสถานการณ์ และดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 14 ปี ที่ผ่านมา พบว่าในระยะหลังถึงแม้ว่าจะมีความพยายามอย่างมากในการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม แต่ก็ยังพบอัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น 3 เท่า (60.4 ถึง 187.0 ครั้ง/บุคลากรที่ปฏิบัติงาน 100 คน) สาเหตุที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการรายงานที่เพิ่มขึ้น และมีการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นด้วย

คริสเทนเสน และคณะ<sup>52</sup> ได้ศึกษาถึง ความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วย ของบุคลากรด้านสุขภาพ และผลของการปฏิบัติงานตามหลักการ Universal Precautions ทำการศึกษาเชิงสำรวจ โดยแจกแบบสอบถามชนิดนิรนาม จำนวน 1,308 ชุด แก่บุคลากรทุกคนที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาด 380 เตียง และได้รับตอบแบบสอบถามคืน 901 ชุด (ร้อยละ 69) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ตอบแบบสอบถามเคยสัมผัสเลือดของ

ผู้ป่วยในรอบสัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถาม แพทย์มีอัตราการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยสูงสุด รองลงมาคือพยาบาล จากบุคลากร 5 กลุ่มได้แก่แพทย์ พยาบาล พนักงานที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ ชันสูตร ผู้ช่วยพยาบาล และนักเรียนพยาบาล

Dienstag และ Ryan<sup>53</sup> รายงานถึงอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสูงกว่าบุคลากรอาชีพอื่น ๆ ถึง 6 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องอภิบาลคนไข้ ตลอดจนศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาธิแพทย์ ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control, CDC) ประมาณว่ามีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี จากการได้รับเชื้อขณะปฏิบัติงาน 12,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ 500-600 คนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 700 -1,200 คน กลายเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี และในแต่ละปีมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 250 ราย

Beekmann และคณะ<sup>54</sup> ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในบุคลากรที่ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทง โดยการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวี จากรายงานการศึกษา 14 รายงาน พบว่าในจำนวนการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มหรือ ของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดของผู้ป่วยทิ่มแทง 2,000 ครั้ง มีเพียง 6 ครั้งเท่านั้นที่เกิดการติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทงมีเพียงร้อยละ 0.3 แม้ว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เอชไอวีในบุคลากรจะต่ำกว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสูงถึงร้อยละ 10-35 แต่การติดเชื้อเอชไอวี จะมีผลต่อบุคลากรมากกว่าทั้งในด้านชีวิต ค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบทางจิตสังคม

วิภา ภาวนาภรณ์<sup>55</sup> ศึกษาอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาหาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบยูนิเวอร์แซลพรีค่อนซ์ของพยาบาลปฏิบัติงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ เลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 38.7) รองลงมาได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทเข็ม (ร้อยละ 25.3) ของมีคม (ร้อยละ 18.2) และเครื่องแก้ว (ร้อยละ 17.8) กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในหน่วยฉุกเฉินเกิดอุบัติเหตุสูงสุด ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ กลุ่มที่ทำงานในห้องคลอด ร้อยละ 83.3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับยูนิเวอร์แซลพรีค่อนซ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี และมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกัน



สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ<sup>56</sup> ได้ศึกษาอุบัติเหตุน้ำดื่มและถูกของมีคมบาดในบุคลากรทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โดยการให้แบบสอบถามในเดือนมกราคม 2535 จากแบบสอบถาม 3,600 ชุด มีผู้ตอบกลับร้อยละ 80.8 ร้อยละ 51.5 ของบุคลากรจำได้ว่าเคยประสบอุบัติเหตุในรอบ 6 เดือนก่อน อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากถูกเข็มตำ รองลงมาคือถูกแก้วแตกและเครื่องมือมีคมบาดตามลำดับ เข็มที่มีรูใช้เจาะเลือดและฉีดยาเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุที่พบได้มากที่สุด ถ้าอุบัติการณ์ของการถูกเข็มตำ และถูกของมีคมบาดอยู่ในอัตราสูงเช่นนี้ พอจะคาดคะเนได้ว่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อเอดส์จากการปฏิบัติงานในประเทศไทยถึงปีละ 5.9 คน

Frank และคณะ<sup>57</sup> ได้ทำการศึกษาคูณลักษณะของกุมารแพทย์หญิงในสหรัฐอเมริกา โดยการส่งแบบสอบถาม ไปยังกุมารแพทย์หญิง จำนวน 807 ราย เปรียบเทียบกับแพทย์หญิงสาขาอื่น จำนวน 4,501 ราย โดยทำการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ผลการศึกษาพบว่า กุมารแพทย์หญิง ทำงานน้อยกว่าและมีรายได้ต่ำกว่า แต่มีความตึงเครียดจากการทำงานน้อยกว่า ทำงานไม่หนักมากและมีความพึงพอใจในอาชีพมากกว่าเมื่อเทียบกับแพทย์หญิงสาขาอื่น ทั้งยังมีการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการรักษาผิวพรรณ การรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักค่อนข้างดี กุมารแพทย์หญิงมีเปอร์เซ็นต์ของชีวิตคู่ จำนวนบุตรมากกว่าแพทย์หญิงสาขาอื่น มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมมากกว่า (Continuing medical education) แต่มีการออกกำลังกายที่น้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์หญิงส่วนใหญ่จะทำ mammogram ก็ต่อเมื่อมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ซึ่งอาจจะช้าเกินไปและในรายงานฉบับนี้ยังแนะนำให้มีการคัดกรองในกลุ่มแพทย์หญิงอย่างจริงจัง

Camargo และคณะ<sup>58</sup> ได้ทำการศึกษา แบบ Prospective cohort ในแพทย์ชายชาวอเมริกัน จำนวน 22,071 คน ในกลุ่มอายุ 40-84 ปี พบว่าแพทย์ผู้ชายที่ดื่มสุรามากจะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการตายแปรผันตามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเพิ่มขึ้นในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ( มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แก้วต่อวัน) และพบสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คือ มะเร็ง (488 ราย) อันดับสอง คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (394 ราย)

O'Donnell และคณะ<sup>59</sup> ได้ทำการศึกษาถึงภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดและอัตราตายในแพทย์ชายชาวอเมริกัน เป็นการศึกษาแบบ Prospective cohort นายแพทย์ชายชาวอเมริกัน จำนวน 18,682 คน ที่มีอายุในช่วง 40-84 ปี พบว่าภาวะความดันโลหิตสูง และการเพิ่มขึ้นของ Systolic blood pressure มีความสำคัญกับการเพิ่มขึ้น

ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและระบบหลอดเลือด (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/แตก, ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน) และมีหลักฐานพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Alexander และคณะ<sup>7</sup> ได้ทำการศึกษหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ในวิสัญญีแพทย์ โดยทำการศึกษาจากฐานข้อมูล (The physicians master file data base) ศึกษาแบบ Prospective cohort ศึกษาวิสัญญีแพทย์ จำนวน 40,242 คน เปรียบเทียบกับแพทย์สาขาอื่น 40,211 คน ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการตายจากโรคมะเร็ง, โรคหัวใจ ในกลุ่มวิสัญญีแพทย์และแพทย์กลุ่มอื่นไม่ต่างกัน ยกเว้นการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในกลุ่มวิสัญญีแพทย์ (rate ratio [RR] = 1.45, 95% confidence interval [CI] = 1.07-1.97) และการตายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related death [RR] = 2.79, 95% [CI] = 1.87-4.15) นอกจากนี้ยังพบอัตราตายที่มีความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นในกลุ่มวิสัญญีแพทย์ชาย (RR=1.82, 95% CI=1.09-3.02) และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ (RR=7.98, 95% CI=1.0-63.84) กล่าวโดยสรุป พบว่า การใช้สารหรือยาอย่างผิดวิธีและการฆ่าตัวตาย (Substance abuse and suicide) เป็นสิ่งคุกคามสุขภาพที่สำคัญ (occupational hazards) สำหรับวิสัญญีแพทย์

Gross และคณะ<sup>10</sup> ได้ทำการศึกษาแบบ Retrospective ในกลุ่มแพทย์ถึงแหล่งการดูแลสุขภาพ (RSOC = The regular source of care) และการดูแลสุขภาพตนเองที่สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติและคำแนะนำที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำในส่วนนี้ และมีความสัมพันธ์กับการเป็นแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา ซึ่งอาจมีผลต่อการบริการด้านป้องกันโรคในเวลาต่อมา

Harrison และคณะ<sup>60</sup> ได้ทำการศึกษาแนวโน้มอัตราการติดเหล้าในกลุ่มแพทย์ชายในสกอตแลนด์ ที่เปลี่ยนไปในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ทำการศึกษา Prospective เป็นระยะเวลา 15 ปี (ในปี 1973-1987) สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็น อลกอฮอล์ลิซึม (Alcoholism) ในกลุ่มแพทย์ เทียบกับวิชาชีพอื่นที่มีสังคมและเศรษฐกิจฐานะในระดับเดียวกัน และทำการปรับตามฐานอายุ (Age-specific adjusted rates) สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นอลกอฮอล์ลิซึม (Alcoholism) จะวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และลงรหัสตาม ICD-10 การศึกษาพบว่าแพทย์มีความเสี่ยงสูงของการติดเหล้า (Alcoholism) เมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น แต่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้ จะพบในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

ในต่างประเทศประชากรแพทย์เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ในด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความเข้าใจพื้นฐานของโรคและความผิดปกติเป็นอย่างดี<sup>11, 12, 50, 57</sup> และยังเป็นต้นแบบการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ<sup>8, 10, 58, 59, 60</sup> และผลงานหลายชิ้นที่นำไปขยายผลไปสู่การสร้างแนวทางการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป<sup>10, 59, 60</sup> อีกทั้งยังมุ่งประเด็นไปที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในการป้องกันดูแลและเฝ้าระวังโรคด้วยตนเอง<sup>10, 50</sup>



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

##### ประชากรและตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** (Target Population) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องที่มีรายชื่ออยู่ในศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในประเทศไทย มีจำนวน 27,477 คน

**ตัวอย่าง** (Sample) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องที่มีรายชื่ออยู่ในศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในประเทศไทย ที่มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบโดยวิธี Systematic random sampling

**ขนาดตัวอย่าง** (Sample size) คำนวณจากสูตรของ Yamane คือ 
$$\frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ N คือ ขนาดประชากรศึกษา มีค่า = 27,477

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

แทนค่า ได้เท่ากับ 395 คน บัดเป็น 400

เพิ่มอีก 10 % เพื่อกันจำนวนตกลสำรวจ

ดังนั้น ได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 440 คน

**วิธีการเลือกตัวอย่าง** (Sampling techniques) เลือกตัวอย่างแพทย์โดยวิธีสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ ( Systematic random sampling ) โดยมีระยะห่างแต่ละช่วงเท่ากับ  $N/n$  ซึ่งแทนค่าแล้วได้เท่ากับ 62.4 คิดประมาณเท่ากับ 60 และเลือกคนแรกโดยการสุ่มตัวเลขจากตารางเลขสุ่ม เช่น ได้หมายเลข 31 ก็สุ่มเลือกแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหมายเลข

31, 91, 151,... หากแพทย์ผู้นั้นเสียชีวิต อยู่ต่างประเทศ ติดตามไม่ได้ ก็จะมีเลขถัดไป เช่น หมายเลข 91 ไปศึกษาต่อต่างประเทศ ก็เลือกหมายเลข 92 เช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 440 ตามจำนวน

### ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เดือนกรกฎาคม 2545 - เดือนมีนาคม 2546

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองส่งทางไปรษณีย์ ส่งถึงผู้รับโดยการลงทะเบียน ตามที่อยู่ซึ่งศ.น.พ. ได้ทำการรวบรวม ตรวจสอบและปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดวันส่งกลับพร้อมทั้งจัดหาซองที่ติดแสตมป์และจ่ายค่าส่งของผู้วิจัยอย่างเรียบร้อย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ( self-administered questionnaire ) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่ทางศ.น.พ. ได้จัดให้มีการประชุมขึ้น โดยก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำแบบสอบถามที่ปรับใหม่ไปทำการหาความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งหนึ่ง

1. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบทดสอบที่ได้ปรับใหม่นำเสนอต่อที่ประชุมที่ทางศ.น.พ. จัดขึ้นและมีผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาให้ความเห็น

- รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
- แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
- นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิบูลพรรณ ลีตะติง
- รองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต หล่อตระกูล
- นายแพทย์เอก ธนะศิริ
- นายแพทย์ชรินทร์ ลีวานันท์

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของการวัด

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม หลังจากได้พิจารณาปรับปรุงแบบสอบ

ถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มแพทย์ที่สุ่มเลือก  
 อย่างเป็นระบบในการศึกษานำร่อง จำนวน 30 คนเพื่อหาความชัดเจนและความเข้าใจในข้อคำถาม  
 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบ  
 ถาม โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ( $\alpha$ ) โดยใช้สูตร

$$\alpha = (n/n-1)(1-(\sum S^2 / S^2))$$

เมื่อ  $\alpha$  = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของแบบวัด

$\sum S^2$  = ผลรวมการผันแปรของคะแนนแต่ละข้อ

$S^2$  = การผันแปรของคะแนนของผู้ตอบแบบวัดทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ  
 พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.83

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามซึ่งภายในแบบสอบถาม จะมีทั้งเป็นลักษณะคำถามแบบปิด (Close Questions) แบบเปิด (Open Question) ซึ่งจะมีทั้งชนิดแบบสอบถามสองคำตอบ(Dichotomous Questions) และแบบคำถามให้เลือกตอบ (Multiple Choice Questions) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ที่บ่งถึงลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิภาค  
 ลำเนา สถานภาพสมรส การศึกษา สาขาเฉพาะทาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน เกี่ยวกับความพึงพอใจในวิชาชีพ  
 รายได้ ประวัติการทำงานภาครัฐ/เอกชน การทำเวชปฏิบัตินอกเวลา ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์ ประวัติการทำงานด้านอื่น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เวลารอนหลับ ประวัติโรค  
 ประจำตัวของแพทย์และบุคคลในครอบครัว ความเจ็บป่วยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการ  
 ประสบอุบัติเหตุ ประวัติการดื่มเหล้า สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้ยา พฤติกรรมด้าน  
 สุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต คำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร  
 การออกกำลังกาย การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ วิธีผ่อนคลายความเครียด งานอดิเรก  
 ประวัติการใช้ยานอนหลับ การประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริโภค  
 อาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การใช้อย่างถูกวิธี การฉีดวัคซีน การลดพฤติกรรม  
 เสี่ยงทางเพศ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่/เหล้า รวมทั้งแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน แบ่งเป็น ปัจจัยด้าน  
กายภาพ ด้านสารเคมี ปัจจัยด้านชีวภาพ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อจากศูนย์การศึกษา  
ต่อเนืองของแพทย์
2. ออกหนังสือในนามศูนย์การศึกษาต่อเนืองของแพทย์ ถึงแพทย์ที่ได้สุ่มเลือกมา  
ทั้งหมด 440 คน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งทางไปรษณีย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด  
โดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามทุก 2 สัปดาห์เป็นจำนวน 2 ครั้ง และได้  
ทำการโทรศัพท์ติดตามหากยังไม่มีคำตอบกลับมาภายในระยะเวลาที่กำหนด ส่วนแพทย์คนใดที่ไป  
ศึกษาต่อต่างประเทศ หรือติดต่อไม่ได้ก็จะทำการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาต  
ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขัดไปและติดตามเช่นเดียวกัน
4. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง
5. แปลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามตามคู่มือลงรหัสที่ได้จัดเตรียมไว้ แล้วประมวล  
ผลข้อมูลด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for  
Windows ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) สรุปโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยง  
เบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และนำเสนอด้วย  
ตารางที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) ใช้ chi – square

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) ที่เป็นอิสระต่อกันใช้  
unpaired t - test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทยและจัดทำฐานข้อมูลแพทย์เบื้องต้น ศึกษาอัตราชุกของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาและความเจ็บป่วยเดิมจากโรคประจำตัวของแพทย์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยด้านวิชาชีพและการทำงาน ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน รายได้ ประวัติการทำงานด้านวิชาชีพแพทย์ ประวัติการทำงานด้านอื่น ระยะเวลาการทำงาน
3. ปัจจัยด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย งานอดิเรก วิถีผ่อนคลายความเครียด ประวัติการเล่นการพนัน เล่นหุ้น เหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา
4. ปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย
5. ปัจจัยการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพขณะทำงาน แบ่งเป็น ด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ด้านชีวภาพ

ส่วนในเรื่องของสุขภาพนอกจากแสดงข้อมูลในเรื่องของโรคประจำตัวของแพทย์ ความเจ็บป่วยในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาแล้ว ยังมีเรื่องของประวัติการประสบอุบัติเหตุ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมี พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพต่าง ๆ ส่วนรายละเอียดดังกล่าวจะแสดงต่อไป ซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับที่กล่าวไว้ข้างต้น

ส่วนที่ 2 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากการตอบกลับเองทางไปรษณีย์ 100 ฉบับและจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 280 ฉบับ รวมทั้งสิ้นเป็น 380 ฉบับ จากจำนวน 440 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.36 และได้แสดงจำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามดังแสดงในตารางที่ 4-1



ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละ ของแบบสอบถามที่ตอบกลับ จำแนกตามวิธีการตอบแบบสอบถาม

การตอบกลับแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบกลับแบบสอบถาม	60	13.64
ตอบกลับแบบสอบถาม	380	86.36
ตอบกลับเองทางไปรษณีย์	100	22.73
สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์	280	63.63
รวม	440	100

จากตารางที่ 4-1 พบว่ามีการตอบกลับของแบบสอบถามทั้งสิ้น 380 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.36 โดยการตอบกลับของแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นการให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ คิดเป็นร้อยละ 63.63 ส่วนที่ตอบกลับเองทางไปรษณีย์ คิดเป็นร้อยละ 22.73 ในส่วนที่ไม่มีการตอบกลับของแบบสอบถามทั้งหมด 60 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 13.64

ตารางที่ 4-2 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของแบบสอบถามที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (ร้อยละ)		รวม
	ตอบกลับ	ไม่ตอบกลับ	
ชาย	229 ( 85.45)	39 (14.55)	268 (60.90)
หญิง	151 (87.80)	21 (12.20)	172 (39.10)
รวม	380 (86.36)	60 (13.64)	440 (100)

p – value = 0.488

จากตารางที่ 4-2 พบว่าเพศชายมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 85.45 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 87.80 และพบว่าจำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับในเพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าอัตราการตอบกลับและไม่ตอบกลับของแบบสอบถามไม่แตกต่างกันตามลักษณะของเพศ

## ส่วนที่ 1

นำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรูปของตาราง ประกอบด้วย

- ก. ข้อมูลทั่วไป ที่บ่งถึงลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส การศึกษา สาขาเฉพาะทาง
- ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน เกี่ยวกับความพึงพอใจในวิชาชีพ รายได้ ประวัติการทำงานภาครัฐ/เอกชน การทำเวชปฏิบัตินอกเวลา ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์ ประวัติการทำงานด้านอื่น
- ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เวลารอนหลับ ประวัติโรคประจำตัวของแพทย์และบุคคลในครอบครัว ความเจ็บป่วยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ประวัติการดื่มเหล้า สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ประวัติการैया พฤติกรรมด้านสุขภาพ
- ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต คำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ วิธีผ่อนคลายความเครียด งานอดิเรก ประวัติการเข้านอนหลับ การประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต
- จ. ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกวิธี การฉีดวัคซีน การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่/เหล้า รวมทั้งแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ
- ฉ. ข้อมูลการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน แบ่งเป็น ปัจจัยด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ปัจจัยด้านชีวภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ก. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4-3 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรสและอาชีพคู่สมรส

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=380)		
ชาย	229	60.3
หญิง	151	39.7
รวม	380	100.0
ศาสนา (n=380)		
พุทธ	357	93.9
คริสต์	21	5.5
อิสลาม	2	0.5
รวม	380	100.0
ภูมิลำเนา (n=380)		
ต่างจังหวัด	201	53.2
กรุงเทพฯ	167	44.2
ปริมณฑล	8	2.1
อื่น ๆ (ต่างประเทศ)	2	0.5
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
สถานภาพสมรส (n=380)		
สมรสครั้งเดียวและอยู่กับคู่สมรส	226	59.4
โสด	146	38.4
สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง	5	1.3
หย่าร้าง	2	0.5
ม่าย	1	0.3
สมรสครั้งเดียวและแยกกันอยู่	0	0
รวม	380	100.0

ตารางที่ 4-3 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส และอาชีพคู่สมรส

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพคู่สมรส (n= 231)		
1. แพทย์	77	33.3
2. รับราชการ	37	16.0
3. แม่บ้าน	37	16.0
4. พยาบาล	30	13.0
5. ธุรกิจส่วนตัว	9	3.9
6. อาจารย์/ครู	8	3.5
7. เกษัชกร	7	3.0
8. ทันตแพทย์	5	2.2
9. นักวิชาการ	4	1.7
10. วิศวกร	4	1.7
11. นักเทคนิคการแพทย์	1	0.3
12. สถาปนิก	1	0.3
13. ทนายความ	1	0.3
14. อื่น ๆ	10	4.3
รวม	231	100.0

จากตารางที่ 4-3 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.9 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 5.5 และศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ ภูมิลำเนา ( จังหวัดที่เกิด ) ส่วนใหญ่เป็นต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ กรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 2.1 สถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 38.4 และสมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.3 คู่สมรสส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ รับราชการและแม่บ้าน อย่างละเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 16.0 ลำดับต่อมาเป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.0

ตารางที่ 4-4 จำนวน ร้อยละ ตามระดับการศึกษาและสถาบันที่จบแพทย์

ข้อมูลด้านการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (n=380)		
จบแพทย์เฉพาะทาง	244	64.2
ไม่ได้จบแพทย์เฉพาะทาง	136	35.8
กำลังศึกษาต่อเฉพาะทาง	38	10.0
ไม่ได้ศึกษาต่อเฉพาะทาง	98	25.8
รวม	380	100.0
สถาบันที่จบแพทย์ (n=380)		
1. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	117	30.8
2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	74	19.5
3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	47	12.4
4. โรงพยาบาลรามาธิบดี	39	10.3
5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	36	9.5
6. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	24	6.3
7. ต่างประเทศ	16	4.2
8. วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	9	2.4
9. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร	6	1.6
10. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	5	1.3
11. มหาวิทยาลัยรังสิตและเอกชน	5	1.3
12. วชิระพยาบาล	1	0.3
13. มหาวิทยาลัยนเรศวร	1	0.3
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-4 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จบสาขาเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 64.2 ยังไม่จบเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 35.8 ซึ่งเป็นแพทย์ที่กำลังศึกษาต่อเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 10.0 และที่ไม่ได้ศึกษาต่อเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 25.8

ด้านสถาบันที่จบแพทย์พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จบจากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 19.5 และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 12.4

ตารางที่ 4-5 จำนวน ร้อยละ แยกตามสาขาเฉพาะทาง

สาขาเฉพาะทาง	จำนวน	ร้อยละ
สาขาเฉพาะทาง (n=244)		
1. อายุรกรรม	55	22.5
- อายุรกรรมทั่วไป	36	14.8
- ผิวน้ำ	5	2.0
- อายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด	3	1.2
- อายุรกรรมระบบเลือด	3	1.2
- อายุรกรรมประสาท	3	1.2
- อายุรกรรมทางเดินหายใจ	2	0.5
- ต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	2	0.5
- อายุรกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	1	0.3
- อายุรกรรมติดเชื้อ	0	0
- อายุรกรรมทางเดินอาหาร	0	0
- อายุรศาสตร์โรคข้อ	0	0
2. ศัลยกรรม	49	20.1
- ศัลยกรรมทั่วไป	16	6.6
- ออร์โธปิดิกส์	21	8.6
- ศัลยกรรมตกแต่ง	8	3.3
- ศัลยกรรมทรวงอก	2	0.5
- ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	1	0.3
- ศัลยกรรมลำไส้และทวาร	1	0.3
- ศัลยกรรมประสาท	0	0
3. สูติ-นรีเวช	36	14.8
4. กุมารเวช	30	12.3
5. รังสีวิทยา	14	5.7
6. วิสัญญีวิทยา	13	5.3
7. จักษุวิทยา	12	4.9
8. โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	10	4.0
9. เวชศาสตร์ครอบครัว	8	3.3

ตารางที่ 4-5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ แยกตามสาขาเฉพาะทาง

สาขาเฉพาะทาง	จำนวน	ร้อยละ
สาขาเฉพาะทาง (ต่อ) (n=244)		
10. เวชศาสตร์ป้องกันและระบาดวิทยา	6	2.5
11. พยาธิแพทย์	4	1.6
12. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	1.2
13. จิตแพทย์	2	0.5
14. นิติเวชศาสตร์	2	0.5
รวม	244	100.0

จากตารางที่ 4-5 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ศึกษาจบเฉพาะทางในสาขาอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 22.5 โดยพบเป็นอายุรกรรมทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.8 รองลงมาคือสาขา วิชาศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.1 ซึ่งพบกลุ่มออโรโธปิดิกส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.6 ลำดับที่ สามพบว่าเป็นสาขาสูติ นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 14.8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน

ตารางที่ 4-6 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์และประวัติการทำงาน

ข้อมูลด้านวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจในวิชาชีพ (n=380)		
มาก	228	60.2
ปานกลาง	141	37.2
น้อย	10	2.6
ไม่ตอบ	1	
รวม	380	100.0
ปัจจุบันยังทำเวชปฏิบัติ (n=380)		
ทำ	363	95.5
ไม่ทำ	17	4.5
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-6 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในวิชาชีพ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.2 และมีความพึงพอใจน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.6 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังทำเวชปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 4.5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-7 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของประวัติการทำงานและการทำคลินิกส่วนตัว

ข้อมูลด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เริ่มทำงานสังกัด (n=380)		
รัฐบาล	353	93.6
เอกชน	24	6.4
ไม่ตอบ	3	
รวมทั้งหมด	380	100.0
ปัจจุบันทำงานสังกัด (n=337)		
รัฐบาล	243	72.1
เอกชน	94	27.9
รวม	337	100.0
สังกัดการทำงาน (n= 337)		
เริ่มทำงานสังกัดรัฐบาลและปัจจุบันสังกัดรัฐบาล	238	70.6
เริ่มทำงานสังกัดรัฐบาลแต่ปัจจุบันสังกัดเอกชน	77	22.8
เริ่มทำงานสังกัดเอกชนและปัจจุบันสังกัดเอกชน	17	5.1
เริ่มทำงานสังกัดเอกชนแต่ปัจจุบันสังกัดรัฐบาล	5	1.5
รวม	337	100
การทำคลินิกส่วนตัว (n=380)		
มีคลินิกส่วนตัว	111	29.4
ไม่มีคลินิกส่วนตัว	266	70.6
ไม่ตอบ	3	
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-7 พบว่าแรกเริ่มทำงานแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานสังกัดรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 93.6 ทำงานสังกัดเอกชนคิดเป็นร้อยละ 6.4 ปัจจุบันทำงานภาครัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 72.1 ทำงานภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 27.9 เริ่มทำงานภาครัฐบาลและปัจจุบันยังสังกัดภาครัฐบาลอยู่ คิดเป็นร้อยละ 70.6 ในส่วนที่เริ่มทำงานภาครัฐบาลแต่ปัจจุบันสังกัดภาคเอกชน คิดเป็นร้อยละ 22.8 มีคลินิกส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 29.4 ไม่มีคลินิกส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 70.6

### ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4-8 จำนวน ร้อยละ ในด้านสุขภาพเกี่ยวกับระยะเวลานอนหลับโดยเฉลี่ย

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ย (n=380)		
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	4	1.1
4-6 ชั่วโมง/วัน	141	37.1
6-8 ชั่วโมง/วัน	224	58.9
มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	11	2.9
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-8 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่นอนหลับโดยเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็น ร้อยละ 58.9 รองลงมา คือ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 37.1 และ มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 2.9

ตารางที่ 4-9 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มอายุ

ข้อมูล	เวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)			
	น้อยกว่า 4	4-6	6-8	มากกว่า 8
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ (n=372)				
น้อยกว่า 30 ปี (n=95)	1 (1.1)	51 (53.7)	42 (44.2)	1 (1.1)
30-50 ปี (n=191)	2 (1.0)	56 (29.3)	124 (64.9)	9 (4.7)
มากกว่า 50 ปี (n=86)	1 (1.2)	32 (37.2)	52 (60.5)	1 (1.2)

จากตารางที่ 4-9 พบว่าแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีการนอนหลับโดยเฉลี่ย 4-6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53.7 ส่วนในช่วงกลุ่มอายุ 30-50 ปีและมากกว่า 50 ปี จะมีการนอนหลับโดยเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมงต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.9 และ 60.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-10 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ยจำแนกตามการศึกษา

ข้อมูล	เวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)			
	น้อยกว่า 4	4-6	6-8	มากกว่า 8
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา				
จบเฉพาะทาง (n=244)	3 (1.2)	75 (30.7)	159 ( 65.2)	7 (2.9)
ไม่จบเฉพาะทาง (n=136)	1 (0.7)	66 (48.5)	66 (48.5)	4 (2.9)

จากตารางที่ 4-10 พบว่าแพทย์ที่จบเฉพาะทางส่วนใหญ่มีระยะเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 65.2 ส่วนแพทย์ที่ยังไม่จบเฉพาะทาง จะมีการนอนหลับเฉลี่ย 4-6 ชั่วโมงต่อวัน และ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นอย่างละร้อยละ 48.5

ตารางที่ 4-11 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของหมู่อืด และปัญหาทางสายตา

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
หมู่อืด (n=380)		
ไอ	156	41.1
บี	101	26.6
เอ	88	23.2
เอบี	29	7.6
ไม่ทราบ	6	1.6
รวม	380	100.0
ปัญหาทางสายตา (n=380)		
ไม่มี	96	25.3
มี	283	74.5
สั้นอย่างเดียว	92	32.5
สั้นและเอียง	69	24.3
ยาวอย่างเดียว	65	22.9
สั้น ยาว และเอียง	17	6.0
ยาวและเอียง	16	5.6
สั้นและยาว	15	5.3
เอียงอย่างเดียว	2	0.7
อื่น ๆ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	7	2.1
รวม	379	
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-11 ในเรื่องของหมู่อืดพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มียู่อืดเป็นหมู่อืด คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมาเป็นหมู่อืด บี คิดเป็นร้อยละ 26.6 และหมู่อืด เอ คิดเป็นร้อยละ 23.2

แพทย์ส่วนใหญ่มียู่อืดทางสายตาคิดเป็นร้อยละ 74.5 และไม่มีปัญหาทางสายตา คิดเป็นร้อยละ 25.5 โดยพบว่าแพทย์ส่วนมากมียู่อืดทางสายตาสั้น คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาพบ ปัญหาทั้งสายตาสั้นและเอียง คิดเป็นร้อยละ 24.3 และปัญหาสายตาวาวอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 22.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-12 จำนวน ร้อยละของการมีโรคประจำตัวของแพทย์และบุคคลในครอบครัว

โรคประจำตัว	ตัวแพทย์	บิดา	มารดา	พี่น้อง	บุตร
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีโรคประจำตัว	241 (63.8)	157 (41.6)	192 (50.8)	1259 (81.4)	397 (91.3)
มีโรคประจำตัว	137 (36.2)	220 (58.4)	186 (49.2)	288 (18.6)	38 (8.7)
รวม	378	377	378	1547	435
ไม่ตอบ	2	3	2	14	2
รวมทั้งหมด	380 (100.0)	380 (100.0)	380 (100.0)	1561 (100.0)	437 (100.0)

ตารางที่ 4-13 จำนวน ร้อยละของคนที่มีโรคประจำตัวกลุ่มต่าง ๆ ของแพทย์และบุคคลในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

โรคประจำตัว	ตัวแพทย์	บิดา	มารดา	พี่น้อง	บุตร
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
โรคภูมิแพ้	78 (20.6)	11 (2.9)	18 (4.8)	103 (6.6)	20 (4.6)
โรคความดันโลหิตสูง	41 (10.8)	120 (31.8)	95 (25.1)	81 (5.2)	1 (0.2)
โรคหืด	13 (3.4)	7 (1.9)	9 (2.4)	32 (2.0)	9 (2.1)
โรคเบาหวาน	11 (2.9)	58 (15.4)	57 (15.1)	33 (2.1)	0
โรคมะเร็ง	7 (1.9)	28 (7.4)	23 (6.1)	19 (1.2)	2 (0.4)
โรคหัวใจ	5 (1.3)	45 (11.9)	37 (9.8)	15 (1.0)	1 (0.2)
โรคไขมันในเลือดสูง	4 (1.1)	3 (0.8)	1 (0.3)	3 (0.2)	0
โรคภัยรภัย	4(1.1)	0	1 (0.3)	2 (0.1)	1 (0.2)
โรคไวรัสตับอักเสบบ	3 (0.8)	2 (0.5)	0	0	0
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก	2 (0.5)	31 (8.2)	24 (6.3)	4 (.03)	0
โรคลมชัก	1 (0.3)	0	2 (0.5)	3 (0.2)	0
โรคไต	1 (0.3)	2 (0.5)	1 (0.3)	3 (0.2)	1 (0.2)
โรคถุงลมโป่งพอง	0	1 (0.3)	0	0	0
โรคอื่น ๆ	7 (1.9)	4 (1.1)	4 (1.1)	1 (0.06)	1 (0.2)
รวม	177	312	272	299	36

จากตารางที่ 4-12 และ 4-13 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.8 ส่วนโรคอันดับหนึ่งที่พบคือ โรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 20.6 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 10.8 อันดับสาม คือ โรคหืด คิดเป็นร้อยละ 3.4 อันดับสี่ คือ โรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 2.9 อันดับห้า คือ โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่บิдамиโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 58.4 โดยโรคที่พบอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 15.4 อันดับสาม คือ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 11.9 อันดับสี่ คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก คิดเป็นร้อยละ 8.2 และโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 7.4 ตามลำดับ ส่วนมารดาพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.8 สำหรับโรคประจำตัวอันดับหนึ่งที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.1 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 15.1 อันดับสาม คือโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 9.8 อันดับสี่ คือโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก คิดเป็นร้อยละ 6.3 อันดับสี่ คือโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 6.1 ตามลำดับ และพบว่าพี่น้องส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 81.4 ส่วนใหญ่ที่พบเป็นโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 6.6 และมีโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 5.2 ตามลำดับ และพบว่าบุตรส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 91.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 8.7 โดยอันดับหนึ่งพบเป็นโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 4.6 อันดับสองพบเป็นโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-14 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับแพทย์ที่เจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา  
(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

ข้อมูลความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนคน	ร้อยละ
ช่วงหกเดือนที่ผ่านมา มีแพทย์ที่เจ็บป่วยด้วยโรค (n=380)		
ไม่มี	191	50.3
มี	189	49.7
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เจ็บป่วยด้วยโรค (ตอบได้มากกว่า 1 โรค )		
1. ไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน (หวัด คออักเสบ ไชน์สอักเสบ)	136	35.8
2. ท้องเสีย	14	3.7
3. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (หลอดลมอักเสบ ปอดบวม)	13	3.4
4. ปวดข้อ และโรคเกี่ยวกับกระดูก	7	1.8
5. โรคกระเพาะ	4	1.0
6. ตาแดง	3	0.7
7. เนื้องอก มะเร็ง	3	0.7
8. เวียนศีรษะ	2	0.5
9. ไข้ดั่งอักเสบ	1	0.2
10. อื่น ๆ	15	3.9
รวม	198	

จากตารางที่ 4-14 พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 50.3 ส่วนที่เจ็บป่วย คิดเป็น ร้อยละ 49.7 และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาเป็นโรคท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 3.4



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-15 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาล  
(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

โรค	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการนอนโรงพยาบาล (n=380)		
ไม่เคย	201	52.9
เคย	179	47.1
นอนโรงพยาบาลด้วยโรค		
1. ไข้ตั้งอักษเสบ	20	5.2
2. เนื้องอก มะเร็ง	19	5.0
3. ใช้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน (หวัด แพ้อากาศ ไซนัส)	18	4.6
4. คลอดบุตร	18	4.6
5. ใช้เลือดออก	16	4.2
6. โรคเดียวกับโรคประจำตัว	16	4.2
7. ท้องเสีย	15	3.9
8. อุบัติเหตุ	14	3.6
9. โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ	12	3.2
10. ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (หลอดลมอักเสบ หอบหืด ปอดบวม)	7	1.7
11. ไข้เลือด	7	1.7
12. แพ้ยา	4	1.0
13. เวียนศีรษะ	4	1.0
14. ไวรัสตับอักเสบเอ	3	0.7
15. นิ้วในถุงน้ำดี นิ้วในท่อไต	3	0.7
16. ริดสีดวงทวาร	3	0.7
17. ตาแดง โรคตา	1	0.2
18. อื่น ๆ	15	3.9

ตารางที่ 4-16 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการผ่าตัด  
(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

โรค	จำนวน	ร้อยละ
รับการผ่าตัด (n=380)		
ไม่เคย	254	66.8
เคย	126	33.2
รับการผ่าตัดด้วยโรค		
1. ไส้ติ่งอักเสบ	20	5.2
2. มะเร็ง เนื้ออก	19	5.0
3. คลอดบุตร	18	4.6
4. โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ	17	4.4
5. ทอนซิล	12	3.2
6. ไข้เลือด	7	1.7
7. นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในท่อไต	6	1.5
8. ต้อกระจก ต้อหิน โรคตา	6	1.5
9. ริดสีดวงทวาร	3	0.7
10. ภัยรภัย	2	0.4
11. อื่น ๆ	19	5.0
รวม	129	33.2

จากตารางที่ 4-15 และ 4-16 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47.1 นอนโรงพยาบาลด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาคือเนื้ออก มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 5.0 โรคไขข้อหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน และคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 4.6 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาผ่าตัดเนื้ออก มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 5.0 และผ่าตัดคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 4.6

ตารางที่ 4-17 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการประสบอุบัติเหตุและประวัติหลับในขณะขับรถ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลด้านอุบัติเหตุและหลับใน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบอุบัติเหตุ (ช่วง 6 เดือน) (n=380)		
ไม่เคย	342	90.2
เคย	37	9.8
รถชน, รถคว่ำ, รถล้ม	17	45.9
กระตุกหัก, หกล้ม	9	24.3
เข็มตำ, ขงมีคมบาด	5	13.5
ตกบันได	2	5.4
อื่นๆ	4	10.8
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	380	100.0
หลับในขณะขับรถ (ช่วง 6 เดือน) (n=380)		
ไม่เคย	323	85.0
เคย	57	15.0
เคย 1-2 ครั้ง	46	80.7
เคยมากกว่า 2 ครั้ง	11	19.3
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-17 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 90.2 ส่วนการประสบอุบัติเหตุที่พบมักเป็นเรื่องของอุบัติเหตุรถชน รถคว่ำ รถล้ม คิดเป็นร้อยละ 45.9 และอุบัติเหตุจากกระตุกหัก หกล้ม คิดเป็นร้อยละ 24.3 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยหลับในขณะขับรถ คิดเป็นร้อยละ 85.0 ในส่วนที่เคยหลับในคิดเป็นร้อยละ 15 โดยเคยหลับใน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80.7 และเคยหลับในมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.3

ตารางที่ 4-18 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องประวัติยาที่รับประทานเป็นประจำ (ไม่รวมยานอนหลับ)  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่รับประทานเป็นประจำ	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่รับประทานเป็นประจำ (n=380)		
ไม่ทาน	260	68.4
ทาน	120	31.6
ทานยารักษาโรคประจำตัว	81	67.5
ทานวิตามิน และยาบำรุง	15	12.5
ทานยาแก้ปวด	7	5.8
ทานยารักษาโรคกระเพาะ	4	3.3
ทานยาฮอร์โมน	3	2.5
ทานยาแก้แพ้	3	2.5
ทานยาอื่น ๆ	6	5.0
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-18 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 68.4 ในส่วนที่มียาที่รับประทานเป็นประจำนั้น คิดเป็นร้อยละ 31.6 ซึ่งยาส่วนใหญ่ที่ทานนั้นเป็นยาที่รักษาเกี่ยวกับโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 และมีการทานพวกวิตามิน ยาบำรุง คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนที่ทานยาแก้ปวดเป็นประจำมีเพียงส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-19 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูลการแพ้ยา อาหาร สารเคมี และสิ่งอื่น ๆ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการแพ้ (n=377)		
ไม่แพ้	277	73.5
แพ้	100	26.5
แพ้ซัลฟา	29	29
แพ้อาหารทะเล	18	18
แพ้เพนนิซิลิน	16	16
ยาง, ถุงมือ latex	4	4
โลหะ โลหะหนัก	4	4
Alcohol	4	4
เครื่องสำอาง	3	3
ผงชูรส	3	3
ยาแก้ปวด (paracetamol, NSAIDS)	3	3
แพ้ควิโนโลน	3	3
แพ้เกสรดอกไม้	2	2
Contrast Media	2	2
Tetracycline	2	2
อื่น ๆ	12	12

จากตารางที่ 4-19 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี และสิ่งอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 73.5 ในส่วนที่มีประวัติการแพ้อันดับหนึ่งเป็นเรื่องของการแพ้ยาซัลฟา คิดเป็นร้อยละ 29 รองลงมาเป็นเรื่องของการแพ้อาหารทะเล คิดเป็นร้อยละ 18 ต่อไปเป็นเรื่องของการแพ้ยากลุ่มเพนนิซิลิน คิดเป็นร้อยละ 16 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-20 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่ (n=380)		
ไม่เคย	296	77.9
เคย	84	22.1
ปัจจุบัน (n=84)		
เลิกสูบ	62	73.8
ยังสูบบุหรี่อยู่	22	26.2
ประวัติการดื่มสุรา/เบียร์ (n=380)		
ไม่เคย	243	63.9
เคย	137	36.1
ปัจจุบัน (n=137)		
เลิกดื่ม	25	18.2
ยังดื่มอยู่	102	74.5
ไม่ตอบ	10	7.3
รวมทั้งหมด	380	100.0
สารเสพติด (n=380)		
เคย	0	0
ไม่เคย	380	100.0

จากตารางที่ 4-20 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมาเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 22.1 และส่วนใหญ่พบว่าเลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.8 ยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.2 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 63.9 พวกที่เคยดื่ม คิดเป็นร้อยละ 36.1 และปัจจุบันยังดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 74.5 กลุ่มที่เลิกดื่มแล้ว คิดเป็นร้อยละ 18.2 และพบว่าแพทย์ทั้งหมดไม่เคยมีประวัติในการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 4-21 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย (n=380)		
ภายใน 6 เดือน	158	41.6
6-12 เดือน	85	22.4
มากกว่า 12 เดือน ที่ผ่านมา	137	36.1
รวม	380	100.0
ความถี่ในการพบทันตแพทย์ (n=377)		
1 ครั้ง/ปี	143	37.9
2 ครั้ง/ปี	91	24.1
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	58	15.4
2 ปี/ 1 ครั้ง	14	3.7
ไม่แน่นอน	53	14.1
เฉพาะมีปัญหา	14	3.7
อื่น ๆ	4	1.1
รวม	377	100.0
แพทย์ที่ปรึกษาด้านสุขภาพ (n=380)		
มี	70	18.4
ไม่มี	310	81.6
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-21 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมา คือมากกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 36. และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่พบทันตแพทย์ 1 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 37.9 รองลงมาคือ 2 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 24.1 และ มากกว่า 2 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 15.4 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ที่ปรึกษาด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 81.6

ตารางที่ 4-22 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการทำประกันชีวิต  
จำนวนกรรมธรรม์และพฤติกรรมของแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การทำประกันชีวิต (n=380)		
ไม่มี	162	42.7
มี	217	57.3
จำนวนกรรมธรรม์ (n=217)		
มี 1 ใบ	100	46.1
2-4 ใบ	109	50.2
มากกว่า 4 ใบ	8	3.6
รวม	379	
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	380	100.0
เจ็บป่วยครั้งสุดท้าย (n=378)		
รักษาตนเอง	302	79.9
ปรึกษาแพทย์ประจำตัว	37	9.8
ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา	36	9.5
อื่น ๆ	3	0.8
รวม	378	100.0
เมื่อเจ็บป่วยมักเข้ารับการรักษา (n=380)		
โรงพยาบาลรัฐบาล	237	62.4
โรงพยาบาลเอกชน	79	20.8
คลินิก	9	2.4
รักษาตนเอง ไม่ไปโรงพยาบาล	36	9.8
อื่น ๆ	8	2.1
ไม่ตอบ	11	2.9
รวมทั้งหมด	380	100.0



จากตารางที่ 4-22 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 57.3 และทำประกันไว้ 2-4 กรมธรรม์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.2 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่รักษาตนเองก่อน คิดเป็นร้อยละ 79.9 รองลงมา คือ ปรีกษาแพทย์ประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 9.8 และไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา คิดเป็นร้อยละ 9.5 และเมื่อเจ็บป่วยมักเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลรัฐ คิดเป็นร้อยละ 62.4



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-23 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เคยตรวจสุขภาพประจำปี (n=380)		
ไม่เคย	116	30.5
เคย	264	69.5
รวม	380	100.0
ความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปี (n=264)		
ตรวจทุกปี	114	43.2
น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี	128	48.5
มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	19	7.2
ไม่ตอบ	3	1.1
ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาตรวจสุขภาพประจำปี(n=380)		
ตรวจแล้ว	181	47.6
ยังไม่ได้ตรวจ	197	51.8
ไม่ตอบ	2	0.5
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-23 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 69.5 ไม่เคยตรวจ คิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าตรวจน้อยกว่า 1 ครั้ง /ปี คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคือ ตรวจทุกปี คิดเป็นร้อยละ 43.2 และ มากกว่า 1 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 7.2 และพบว่าส่วนใหญ่ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แพทย์ยังไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 ในส่วนที่ตรวจแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.6

ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา )

ตารางที่ 4-24 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องประเภทอาหารที่รับประทาน

ประเภทอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
อาหารมังสวิรัต/ชีวจิต (n=380)		
ไม่เคย	223	58.7
เคย	146	38.4
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	97	66.4
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	41	28.1
ทุกวัน	8	5.5
ไม่ตอบ	11	2.9
รวมทั้งหมด	380	100.0
ประเภทเนื้อสัตว์ (n=380)		
ไม่เคย	4	1.0
เคย	372	97.9
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	9	2.4
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	73	19.6
ทุกวัน	290	77.9
ไม่ตอบ	4	1.1
รวมทั้งหมด	380	100.0
อาหาร Fast food (n=380)		
ไม่เคย	68	17.9
เคย	304	80.0
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	265	87.2
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	36	11.8
ทุกวัน	3	1.0
ไม่ตอบ	8	2.1
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-24 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารมังสวิรัต คิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนที่เคยรับประทานอาหารมังสวิรัต คิดเป็นร้อยละ 38.4 โดยที่ส่วนมากรับประทานทานน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 66.4 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่รับประทานเนื้อสัตว์คิดเป็นร้อยละ 97.9 โดยส่วนมากรับประทานเนื้อสัตว์ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมารับประทานเนื้อสัตว์มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 19.6 และพบว่าแพทย์ไม่เคยรับประทานอาหารประเภท fast food คิดเป็นร้อยละ 17.9 ส่วนที่เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยพบว่ามีรับประทานอาหาร fast food น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 87.2 และทานมากกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 11.8



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-25 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการออกกำลังกายและชนิดกีฬาที่เล่น

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย (n=380)		
ไม่เคย	57	15.0
เคย	319	84.0
น้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์	132	41.4
2-4 วัน/สัปดาห์	121	37.9
มากกว่า 4 วัน/สัปดาห์	66	20.7
รวม	376	
ไม่ตอบ	4	1.0
รวมทั้งหมด	380	100.0
ชนิดกีฬาที่เล่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=319)		
1. วิ่ง	77	24.1
2. ว่ายน้ำ	25	7.8
3. แอโรบิค	25	7.8
4. เทนนิส	20	6.3
5. กอล์ฟ	15	4.7
6. แบดมินตัน	13	4.1
7. ฟุตบอล	6	1.9
8. บาสเก็ตบอล	4	1.3
9. ปิงปอง	2	0.6
10. อื่น ๆ	52	16.3

จากตารางที่ 4-25 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 84 ซึ่งส่วนใหญ่จะออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ 2-4 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.9 ส่วนชนิดกีฬาที่แพทย์นิยม คือ การวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 รองลงมา คือ ว่ายน้ำ และแอโรบิค คิดเป็นร้อยละ 7.8

ตารางที่ 4-26 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับงานอดิเรก และการเดินทางท่องเที่ยว  
(ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ข้อมูลด้านงานอดิเรกและการท่องเที่ยว	จำนวน	ร้อยละ
งานอดิเรก (n=378)		
ไม่มี	245	64.8
มี	133	35.2
เล่นคอมพิวเตอร์ เล่นเกมส์	43	32.3
ร้องเพลง, เล่นดนตรี	29	21.8
ทำงานบ้าน ซ่อมบ้าน	11	8.2
สะสมแสตมป์	10	7.5
ถ่ายรูป	7	5.3
วาดรูป	7	5.3
เขียนหนังสือ	4	3.0
เลี้ยงสัตว์	2	1.5
ทำสวน	2	1.5
สะสมของเก่า	0	0
อื่น ๆ	8	0
รวม	378	100
เที่ยวต่างจังหวัด/ต่างประเทศ (n=377)		
ไม่เคย	93	24.6
เคย	284	75.4
1-2 ครั้ง	154	54.2
มากกว่า 2 ครั้ง	130	45.8
รวม	377	100.0

ตารางที่ 4-27 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ข้อมูลด้านกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมทางศาสนา (n=378)		
ไม่เคย	80	21.1
เคย	298	78.9
ทำบุญตักบาตร	192	64.4
อ่านหนังสือธรรมะ	35	11.7
ฝึกปฏิบัติธรรม	21	7.0
ฟังธรรมะ	14	4.7
ไปโบสถ์	13	4.4
สวดมนต์-ไหว้พระ	9	3.0
เวียนเทียน	7	2.3
อื่น ๆ	7	2.3
รวม	378	100.0

จากตารางที่ 4-26 และ 4-27 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 64.8 ในกลุ่มที่มีงานอดิเรกส่วนใหญ่ชอบเล่นคอมพิวเตอร์ เล่นเกมส์ คิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมา คือ ร้องเพลง เล่นดนตรี คิดเป็นร้อยละ 21.8 ในเรื่องของการเดินทางท่องเที่ยวในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยไปเที่ยวต่างจังหวัด/ต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 75.4 โดยส่วนมากไปเที่ยว 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 54.2 ไปเที่ยวมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.8 และไม่เคยเที่ยว คิดเป็นร้อยละ 24.6 ส่วนเรื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 78.9 ชอบการทำบุญตักบาตร คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาคืออ่านหนังสือธรรมะ คิดเป็นร้อยละ 11.7 และฝึกปฏิบัติธรรม คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-28 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการเล่นการพนัน เล่นหุ้น ( ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา )

ข้อมูลด้านการเล่นพนันและเล่นหุ้น	จำนวน	ร้อยละ
เล่นการพนัน (n=379)		
ไม่เคย	356	94.0
เคย	23	6.0
เล่นไพ่	14	60.8
เล่นหวย	7	30.4
คาสีโน	1	4.4
อื่น ๆ	1	4.4
รวม	379	100
เล่นหุ้น (ช่วง 6 เดือน) (n=380)		
ไม่เคย	341	89.7
เคย	39	10.3
ผลลัพธ์จากการเล่นหุ้น ( n=39)		
กำไร	6	15.4
ขาดทุน	16	41.0
ไม่ตอบ	17	43.6
รวมทั้งหมด	39	100.0

จากตารางที่ 4-28 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นการพนัน คิดเป็นร้อยละ 94.0 กลุ่มที่เคยเล่นการพนันมีน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 6.0 ชนิดการพนันที่เล่นก็คือ เล่นไพ่ เล่นหวย คิดเป็น ร้อยละ 60.8 และ 30.4 ตามลำดับ และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 89.7 ในกลุ่มที่เล่นหุ้น ส่วนใหญ่มักขาดทุน คิดเป็นร้อยละ 41.0 และพบว่ามีแพทย์ที่ไม่ตอบเรื่องของผลลัพธ์จากการเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 43.6



ตารางที่ 4-29 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยานอนหลับ (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยานอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่อนคลายความเครียดที่เลือกใช้บ่อยที่สุด (n=380)		
ดูทีวี วิดีโอ	127	33.4
ฟังเพลง	72	18.9
อ่านหนังสือ	59	15.5
เที่ยวต่างจังหวัด	27	7.1
ดูภาพยนตร์ที่โรงภาพยนตร์	23	6.1
ปลูกต้นไม้	22	5.8
ออกกำลังกาย	15	3.9
นอน	14	3.7
นั่งสมาธิ, ศีรษะธรรมะ	10	2.6
คุยโทรศัพท์กับเพื่อน, บิดา-มารดา	3	0.8
อื่น ๆ	8	2.1
รวม	380	100.0
ใช้ยานอนหลับ (n=380)		
ไม่เคย	317	83.4
เคย	63	16.6
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-29 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เลือกใช้บ่อยที่สุด คือ การดูทีวี วิดีโอ คิดเป็นร้อยละ 33.4 รองลงมา คือ ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 18.9 และอ่านหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และพบว่าในการสำรวจช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 83.4 เคยใช้ คิดเป็นร้อยละ 16.6

ตารางที่ 4-30 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต  
(ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (n=380)		
ไม่มี	296	78.1
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	84	21.9
คนที่รัก, นับถือ, เสียชีวิต	28	33.3
ได้บุตร	15	17.8
ได้งานใหม่	15	17.8
แต่งงาน	5	6.0
เกษียณ	3	3.5
เลื่อนตำแหน่ง	3	3.5
ถูกให้ออกจากงาน	1	1.2
ลาออกจากราชการ	1	1.2
หย่าร้าง	0	0
อื่นๆ	8	9.5
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-30 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 78.1 ในกลุ่มที่มีมักจะเป็นเรื่องของ คนที่รัก นับถือ เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 33.3 และได้งานใหม่ ได้บุตร คิดเป็นอย่างละร้อยละ 17.8

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จ. ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ตารางที่ 4-31 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำในด้านต่าง ๆ  
ดังในตาราง

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. แนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (n=378)		
- มาก	151	39.9
- ปานกลาง	176	46.6
- น้อย	35	9.3
- ไม่เคย	16	4.2
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
2. แนะนำเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก (n=378)		
- มาก	129	34.1
- ปานกลาง	172	45.5
- น้อย	57	15.1
- ไม่เคย	20	5.3
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
3. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (n=378)		
- มาก	162	42.9
- ปานกลาง	159	42.1
- น้อย	44	11.6
- ไม่เคย	13	3.4
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0

ตารางที่ 4-31 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำในด้านต่าง ๆ  
ดังในตาราง

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
4. แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี (n=378)		
- มาก	189	50.0
- ปานกลาง	139	36.8
- น้อย	36	9.5
- ไม่เคย	14	3.7
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
5. แนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (n=378)		
- มาก	64	16.9
- ปานกลาง	101	26.7
- น้อย	170	45.0
- ไม่เคย	43	11.4
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
6. แนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (n=377)		
- มาก	44	11.7
- ปานกลาง	122	32.4
- น้อย	158	41.9
- ไม่เคย	53	14.1
รวม	377	
ไม่ตอบ	3	
รวมทั้งหมด	380	100.0

ตารางที่ 4-31 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำในด้านต่าง ๆ  
ดังในตาราง

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
7. แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า (n=378)		
- มาก	146	38.6
- ปานกลาง	130	34.4
- น้อย	80	21.2
- ไม่เคย	22	5.8
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
8. แนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ (n=378)		
- มาก	63	16.7
- ปานกลาง	114	30.2
- น้อย	146	38.6
- ไม่เคย	55	14.6
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-31 ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50, 42.9, และ 38.6 ตามลำดับ ให้คำแนะนำระดับปานกลางเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 45.5 โดยในเรื่องของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องเหล่านี้ค่อนข้างน้อย

จ. ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ( ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา )

ตารางที่ 4-32 จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพทางด้านกายภาพ ด้านสารเคมีและด้านชีวภาพ

ข้อมูลด้านสิ่งคุกคามสุขภาพ	สัมผัสทุกวัน	สัมผัสบ้าง	ไม่สัมผัส	ไม่ทราบ
<b>ด้านกายภาพ</b>				
- รังสี (ในการวินิจฉัย) (n=380)	12 (3.2%)	181 (47.6%)	180(47.4%)	7 (1.8%)
- แร่กัมมันตรังสี/รังสีในการรักษาโรค (n=379)	1 (0.3%)	39 (10.3%)	334(88.1%)	5 (1.3%)
- แสงเลเซอร์ (n=379)	5 (1.3%)	50 (13.2%)	322 (85.0%)	2 (0.5%)
- แสงอุลตราไวโอเลต (สำหรับฆ่าเชื้อ) (n=379)	1 (0.3%)	57 (15.0%)	310 (81.8%)	11 (2.9%)
- เสียงดังจากอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เลื่อยไฟฟ้า (n=380)	7 (1.8%)	144 (37.9%)	228 (60.0%)	1 (0.3%)
- ยกของหนัก (ตั้งแต่ 20 กิโลกรัมขึ้นไป) (n=380)	7 (1.8%)	118 (31.1%)	253 (66.6%)	2 (0.5%)
<b>ด้านเคมี</b>				
- เอทีลีนออกไซด์ (ethylene oxide) (ก๊าซ/น้ำยาที่ใช้ในการฆ่าเชื้อโรค) (n=379)	5 (1.3%)	41 (10.8%)	309 (81.3%)	24 (6.3%)
- ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (เช่น ไนตรัส ออกไซด์ ฮาโลเธน เอ็นฟลูแรน) (n=380)	18 (4.7%)	112 (29.5%)	249 (65.5%)	1 (0.3%)
- ยารักษาโรคมะเร็ง (เช่น วินคริสทีน อราบิโนซัยท์ ฟลูออโรยูราซิล) (n=380)	2 (0.5%)	75 (19.7%)	303 (79.7%)	0
- สาร Methyl methacrylate (กาวประสานกระดูกกับ prosthesis) (n=380)	3 (0.8%)	33 (8.7%)	308 (81.1%)	36 (9.5%)
- ยา ribavirin (ยาพ่นรักษาการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ) (n=379)	1 (0.3%)	12 (3.2%)	334 (87.9%)	33 (8.7%)
- พอร์มาลีนหรือฟอร์มาลดีไฮด์ (n=380)	7 (1.8%)	140 (36.8%)	230 (60.5%)	3 (0.8%)

ตารางที่ 4-32 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพทางด้าน กายภาพ  
ด้านสารเคมีและด้านชีวภาพ

ข้อมูลสิ่งคุกคามสุขภาพ	สัมผัสทุกวัน	สัมผัสบ้าง	ไม่สัมผัส	ไม่ทราบ
- สารตัวทำละลาย (เช่น โทลูอีน ซัยลีน แล็กเกอร์ ทินเนอร์ สี) (n=380)	3 (0.8%)	88 (23.2%)	278 (73.2%)	11 (2.9%)
- สารอคริลาไมด์ (acrylamide) (เจลที่ใช้แยกสารในห้องทดลอง) (n=380)	2 (0.5%)	12 (3.2%)	337 (88.7%)	29 (7.6%)
- ไอ ควัน หรือฝุ่นของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ปรอท (n=380)	5 (1.3%)	65 (17.1%)	290 (76.3%)	20 (5.3%)
<b>ปัจจัยด้านชีวภาพ</b>				
- เลือด (n=379)	90 (23.7%)	230 (60.7%)	59 (15.6%)	0
- หนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล (n=379)	52 (13.7%)	251 (66.2%)	76 (20.1%)	0
- มูก/สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ (n=378)	55 (14.6%)	217 (57.4%)	106 (28.0%)	0
- น้ำคร่ำ/สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด (n=380)	20 (5.3%)	115 (30.3%)	245 (64.5%)	0
- สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร (n=380)	17 (4.5%)	195 (51.3%)	168 (44.2%)	0
- อยู่ในห้องที่มีผู้ป่วยวัณโรค (n=380)	17 (4.5%)	210 (55.3%)	147 (38.7%)	6 (1.6%)
- ให้การตรวจรักษา/ผ่าตัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n=380)	23 (6.1%)	239 (62.9%)	113 (29.7%)	5 (1.3%)

จากตารางที่ 4-32 แสดงการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน พบว่ามีการสัมผัสต่อสิ่งคุกคามด้านกายภาพในทุกวันทำงาน ส่วนมากเป็นเรื่องของการสัมผัสต่อ ริงส์ รองลงมาเป็นเรื่องของเสียงและการยกของหนัก คิดเป็น ร้อยละ 3.2, 1.8, และ 1.8 ด้านสารเคมีพบว่าการสัมผัสในเรื่องของ ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และฟอร์มัลดีไฮด์ คิดเป็น ร้อยละ 4.7 และ 1.8 ส่วนทางด้านชีวภาพ ผลพบว่าส่วนใหญ่มีการสัมผัสต่อเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็น ร้อยละ 23.7 รองลงมาเป็นเรื่องของสิ่งคัดหลั่ง/มูก จากทางเดินหายใจและหนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล คิดเป็น ร้อยละ 14.6 และ 13.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-33 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของคุณข้อมูลทั่วไป ( ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่ามัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	372	22	74	38	40.8	12.9
อายุคู่สมรส (ปี)	233	25	77	43	44.7	11.2
จำนวนบุตร (คน)						
- บุตรสาว (คน)	208	0	4	1	0.90	0.8
- บุตรชาย (คน)	234	0	4	1	1.00	0.9
บุตรทั้งหมด (คน)	442	0	5	2	1.89	1.0

จากตารางที่ 4-33 แสดงอายุของแพทย์จำนวน 372 คน มีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 74 ปี ในเรื่องของอายุคู่สมรสพบว่า มีค่าเฉลี่ยอายุของคู่สมรสอยู่ที่ 44.7 ปี อายุต่ำสุด 25 ปีและอายุสูงสุด 77 ปี จำนวนบุตรทั้งหมด 442 คน เป็นบุตรสาว 208 คน บุตรชาย 234 คน จำนวนบุตรทั้งหมดโดยเฉลี่ย 2 คน จำนวนต่ำสุดคือไม่มีบุตรและจำนวนบุตรสูงคือ 5 คน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-34 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของระยะเวลาการทำงาน ( ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน )

ระยะเวลาการทำงาน (จำนวนชั่วโมง/สัปดาห์)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	พิสัย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ทำงานด้านเวชปฏิบัติ						
เริ่มทำงาน (n=349)	6	144	138	40	44.3	14.1
ทำงานปัจจุบัน (n=320)	6	140	134	40	42.4	13.5
ทำงานนอกเวลา (n=184)	2	120	118	20	26.1	20.3
ทำงานคลินิก (n=105)	3	84	81	21	26.2	16.7
ทำงานด้านอื่น (n=57)	6	70	64	40	39.5	11.7

จากตารางที่ 4-34 แสดงการทำงานด้านเวชปฏิบัติเมื่อแรกเริ่มทำงานของแพทย์ พบว่ามีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 44.3 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยมีค่าต่ำสุดของระยะเวลาการทำงานอยู่ที่ 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุดอยู่ที่ 144 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนค่าความต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด อยู่ที่ 138 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในการทำงานปัจจุบันพบว่า มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 42.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีค่าต่ำสุด 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 140 ชั่วโมง/สัปดาห์ เรื่องของการทำงานนอกเวลา พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 26.1 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีค่าต่ำสุด 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 120 ชั่วโมง/สัปดาห์ และพบว่าแพทย์ที่ทำคลินิก มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 26.2 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีค่าต่ำสุด 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 84 ชั่วโมง/สัปดาห์ การทำงานด้านอื่นนอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ จำนวน 57 คน มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 39.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีค่าต่ำสุด 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 70 ชั่วโมง/สัปดาห์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-35 ข้อมูลโดยรวมของระยะเวลาการทำงานในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ ( ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน )

รวมระยะเวลาการทำงาน (จำนวนชั่วโมง/สัปดาห์)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	พิสัย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กลุ่มที่ทำและไม่ทำเวชปฏิบัติ (n=355)	3	160	157	60	61.7	26.2
กลุ่มเฉพาะที่ทำเวชปฏิบัติ (n=342)	3	160	157	60	62.4	26.1
กลุ่มที่ไม่จบเฉพาะทาง (n=127)	6	160	154	60	64	29.2
กลุ่มจบเฉพาะทาง (n=228)	3	145	142	60	60.3	24.3

จากตารางที่ 4-35 แพทย์ส่วนใหญ่ในกลุ่มทั้งที่ทำเวชปฏิบัติและไม่ทำเวชปฏิบัติ จำนวน 355 คน มีค่าเฉลี่ยในการทำงาน 61.7 ชั่วโมง/สัปดาห์ ค่าต่ำสุด 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 160 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนเฉพาะกลุ่มที่ทำเวชปฏิบัติ มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ค่าต่ำสุด 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 160 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในกลุ่มที่ไม่จบเฉพาะทาง พบว่ามีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ย 64 ชั่วโมง/สัปดาห์ ค่าต่ำสุด 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 160 ชั่วโมง/สัปดาห์ กลุ่มที่จบเฉพาะทาง มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยน้อยกว่า คือ 60.3 ชั่วโมง/สัปดาห์ ค่าต่ำสุด 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ และค่าสูงสุด 145 ชั่วโมง/สัปดาห์

ตารางที่ 4-36 ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของรายได้ ( ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน )

ข้อมูลด้านรายได้ (บาท/เดือน)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	พิสัย	ค่ามัธย ฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยง เบนมาตร ฐาน
<b>รัฐบาล</b>						
รายได้ในเวลา (n=220)	8,000	85,000	77,000	20,000	21,856	13,361
รายได้นอกเวลา (n=187)	1,000	200,000	199,000	20,000	30,462	27,841
รวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ (n=181)	10,000	235,000	225,000	42,000	50,940	32,104
<b>เอกชน</b>						
รายได้ในเวลา (n=52)	10,000	200,000	190,000	60,000	66,788	36,706
รายได้นอกเวลา (n=35)	5,000	400,000	395,000	50,000	69,685	79,972
รวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ (n=26)	30,000	500,000	470,000	95,000	122,038	94,034
<b>รายได้โดยรวม</b>						
รายได้ในเวลา (n=283)	8,000	200,000	192,000	20,000	30,798	28,197
รายได้นอกเวลา (n=243)	1,000	400,000	399,000	25,000	37,726	42,940
รวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ (n=217)	10,000	500,000	490,000	45,000	61,080	52,275
รายได้นอกเหนือจากเวชปฏิบัติ (n=70)	2,000	200,000	198,000	19,500	28,640	34,793
รวมรายได้ทั้งหมด (n=359)	8,190	600,000	591,810	50,000	64,297	58,661

จากตารางที่ 4-36 ในเรื่องของรายได้พบว่าในสังกัดรัฐบาลแพทย์มีมัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลาอยู่ที่ 20,000 บาท/เดือน รายได้ในเวลาต่ำสุดอยู่ที่ 8,000 บาท/เดือน และรายได้ในเวลาสูงสุดอยู่ที่ 85,000 บาท/เดือน ในส่วนของรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลามีมัธยฐานรายได้ อยู่ที่ 20,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 1,000 บาท/เดือน และรายได้นอกเวลาสูงสุดอยู่ที่ 200,000 บาท/เดือน เมื่อรวมรายได้ในส่วนของการทำงานเวชปฏิบัติ พบว่ามีมัธยฐานรายได้ อยู่ที่ 42,000 บาท/เดือน ค่าต่ำสุดอยู่ที่ 10,000 และค่าสูงสุดอยู่ที่ 235,000 บาท/เดือน

ส่วนรายได้สังกัดภาคเอกชนพบว่าแพทย์มีมัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลาอยู่ที่ 60,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 10,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 200,000 บาท/เดือน ในเรื่องของรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลาพบว่ามีมัธยฐานรายได้ อยู่ที่ 50,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 5,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 400,000 บาท/เดือน รวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ พบว่ามีมัธยฐานรายได้ อยู่ที่ 95,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 30,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุด

อยู่ที่ 500,000 บาท/เดือน ในเรื่องของรายได้โดยรวมทั้งภาครัฐและเอกชน แพทย์มีมาตรฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลาอยู่ที่ 20,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 8,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 200,000 บาท/เดือน ส่วนรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลามีมาตรฐานรายได้อยู่ที่ 25,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 1,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 400,000 บาท/เดือน รวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติทั้งในเวลาและนอกเวลาพวามีมาตรฐานรายได้อยู่ที่ 45,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 10,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 500,000 บาท/เดือน ส่วนรายได้ส่วนอื่นนอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติมีมาตรฐานรายได้อยู่ที่ 19,500 บาท/เดือน โดยมีรายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 2,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 200,000 บาท/เดือน ซึ่งในส่วนของรายได้ทั้งหมดจะมีมาตรฐานรายได้อยู่ที่ 50,000 บาท/เดือน โดยรายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 8,190 บาท/เดือน รายได้สูงสุดอยู่ที่ 600,000 บาท/เดือน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-37 ข้อมูลเชิงปริมาณในด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิต ( ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน )

ข้อมูลด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิต	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่ามัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ตรวจสุขภาพครั้งแรกอายุ (ปี) (n=208)	15	60	28	29.98	9.2
ปริมาณการสูบบุหรี่ ( มวน/วัน ) (n=84)	1	60	10	10.2	22.32
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ( ปี ) (n=78)	1	40	10	11.7	10
ปริมาณการดื่มสุรา ( แก้ว/วัน ) (n=137)	1	15	2	2.19	37.9
ระยะเวลาการดื่ม ( ปี ) (n=69)	1	45	10	2.8	9.7
จำนวนกรมธรรม์ ( ใบ ) (n=214)	1	12	2	1.9	1.2
ปริมาณยานอนหลับ ( เม็ด/วัน ) (n=62)	1	2	1	1.04	0.2
ระยะเวลาการใช้ยา(วัน/สัปดาห์)(n=62)	1	7	1	1.54	1.3
มูลค่าเงินที่ลงทุน (n=26)	30,000	10,000,000	1,500,000	2,151,923	2,362,102
กำไรหุ้น (n=4)	5,000	1,000,000	70,000	286,250	477,447
ขาดทุนหุ้น (n=10)	3,000	5,000,000	350,000	1,002,300	1,538,193

จากตารางที่ 4-37 อายุเฉลี่ยในการตรวจสุขภาพครั้งแรกคือ 29.98 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย 10.2 มวนต่อวัน สูบบุหรี่ต่ำสุด 1 มวนต่อวัน และสูงสุดสูบ 60 มวนต่อวัน ระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 11.7 ปี โดยจำนวนปีต่ำสุดคือ 1 ปี และสูงสุดคือ 40 ปี ปริมาณการดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยในการดื่มคือ 2.19 แก้วต่อวัน ดื่มสุรต่ำสุด 1 ปี และสูงสุดดื่ม 15 แก้วต่อวัน ระยะเวลาการดื่มสุรามีค่าเฉลี่ย 2.8 ปี โดยจำนวนปีต่ำสุดคือ 1 ปี และสูงสุดคือ 45 ปี จำนวนกรมธรรม์ประกันชีวิตมีค่าเฉลี่ย 1.9 ใบ มีจำนวนกรมธรรม์ต่ำสุดคือ 1 ใบ และสูงสุดคือ 12 ใบ ปริมาณการใช้นอนหลับเฉลี่ย 1.04 เม็ดต่อวัน ปริมาณการใช้ต่ำสุด 1 เม็ดต่อวัน และสูงสุด 2 เม็ดต่อวัน ระยะเวลาการใช้ยามีค่าเฉลี่ย 1.54 วันต่อสัปดาห์ ใช้ต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์ และสูงสุด 7 วันต่อสัปดาห์ มูลค่าเงินที่ลงทุนมีค่าเฉลี่ย 2,151,923 บาท ค่าต่ำสุด 30,000 บาท และสูงสุด 10,000,000 บาท กำไรจากการลงทุนมีค่าเฉลี่ย 286,250 บาท ค่าต่ำสุด 5,000 บาท และสูงสุด 1,000,000 บาท ขาดทุนจากการลงทุนที่ค่าเฉลี่ย 1,002,300 บาท ค่าต่ำสุด 3,000 บาท และสูงสุด 500,000 บาท

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ

ในส่วนนี้ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน พฤติกรรมด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ในส่วนของตัวแปรตาม คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ตามลำดับความสำคัญที่พบจากการสำรวจ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางต่อไปนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-38 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ กับ ข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	โรคภูมิแพ้		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ (n=378)			3.560	1	0.059
ชาย	40	189			
หญิง	38	111			
อายุ (n=370)			0.00	1	0.964
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	19	75			
น้อยกว่า 50	56	220			
ระดับการศึกษา (n=378)			0.03	1	0.863
จบเฉพาะทาง	51	193			
ไม่จบเฉพาะทาง	27	107			

จากตารางที่ 4-38 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของเพศ อายุ และระดับการศึกษา กับ การเกิดโรคภูมิแพ้ พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาจะไม่สัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้

ตารางที่ 4-39 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคภูมิแพ้ กับ การทำงานเกี่ยวกับการทำ  
 เวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร

ข้อมูลด้านการทำงาน	โรคภูมิแพ้		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ทำเวชปฏิบัตินอกเวลา (n=378)			2.609	1	0.106
ทำ	47	150			
ไม่ทำ	31	150			
คลินิกส่วนตัว (n=375)			1.189	1	0.276
มี	27	84			
ไม่มี	51	213			
สังกัดการทำงาน (n=335)			1.227	1	0.268
รัฐ	55	187			
เอกชน	16	77			
ทำงานด้านบริหาร (n=378)			0.939	1	0.333
ทำ	7	39			
ไม่ทำ	71	261			

จากตารางที่ 4-39 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์เกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมี  
 คลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร กับ การเป็นโรคภูมิแพ้ พบว่า การทำเวช  
 ปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร ไม่มีความสัมพันธ์  
 กับการเป็นโรคภูมิแพ้

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-40 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ กับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ	โรคภูมิแพ้		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
การสูบบุหรี่ (n=378)			1.038	1	0.308
เคย	14	70			
ไม่เคย	64	230			
ดื่มสุรา/เบียร์ (n=378)			1.275	1	0.259
เคย	24	113			
ไม่เคย	54	187			
ตรวจสุขภาพประจำปี (n=378)			0.228	1	0.633
เคย	56	207			
ไม่เคย	22	93			

จากตารางที่ 4-40 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคภูมิแพ้ กับการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-41 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

ข้อมูลด้านรูปแบบการ ดำเนินชีวิต	โรคภูมิแพ้		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ออกกำลังกาย (n=378)			4.909	1	0.027*
เคย	60	261			
ไม่เคย	18	39			
กิจกรรมทางศาสนา (n=377)			1.220	1	0.269
เคย	65	232			
ไม่เคย	13	67			
ท่องเที่ยว (n=376)			0.335	1	0.563
เคย	56	227			
ไม่เคย	21	72			

\* p – value < 0.05

จากตารางที่ 4-41 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว กับการเป็นโรคภูมิแพ้ พบว่าการออกกำลังกายสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนกิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-42 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	โรคภูมิแพ้		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
แนะนำบริโภคอาหาร (n=376)			1.110	3	0.775
มาก	34	117			
ปานกลาง	34	140			
น้อย	7	28			
ไม่เคย	2	14			
แนะนำควบคุมน้ำหนัก (n=376)			0.398	3	0.941
มาก	27	102			
ปานกลาง	35	135			
น้อย	12	45			
ไม่เคย	3	17			
แนะนำออกกำลังกาย (n=376)			1.468	3	0.690
มาก	34	128			
ปานกลาง	32	125			
น้อย	10	34			
ไม่เคย	1	12			
แนะนำเลิกสูบบุหรี่, ดื่มสุรา (n=376)			0.702	3	0.873
มาก	30	116			
ปานกลาง	27	102			
น้อย	17	62			
ไม่เคย	3	19			

จากตารางที่ 4-42 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคภูมิแพ้ กับการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้

ตารางที่ 4-43 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคภูมิแพ้ กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อม คุณภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งแวดล้อมคุณภาพ	โรคภูมิแพ้		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
รังสี (n=371)			0.762	1	0.383
กลุ่มสัมผัส	44	149			
กลุ่มไม่สัมผัส	34	147			
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (n=377)			0.257	1	0.612
กลุ่มสัมผัส	25	105			
กลุ่มไม่สัมผัส	53	194			
เลือด (n=377)			0.167	1	0.683
กลุ่มสัมผัส	64	255			
กลุ่มไม่สัมผัส	13	45			

จากตารางที่ 4-43 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด กับการเป็นโรคภูมิแพ้ พบว่า รังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด พบว่าสิ่งเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์ กับการเป็นโรคภูมิแพ้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-44 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลทั่วไป ในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ (n=378)			3.052	1	0.081
ชาย	30	199			
หญิง	11	138			
อายุ (n=370)			64.224	1	0.000**
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	31	63			
น้อยกว่า 50	9	267			
ระดับการศึกษา (n=378)			2.458	1	0.117
จบเฉพาะทาง	31	213			
ไม่จบเฉพาะทาง	10	124			

\*\* p - value < 0.01

จากตารางที่ 4-44 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของเพศ อายุ และระดับการศึกษา กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยพบว่าอายุมากมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ส่วนในเรื่องของเพศและระดับการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-45 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลด้านการทำงาน ในเรื่องเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร

ข้อมูลด้านการทำงาน	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ทำเวชปฏิบัตินอกเวลา (n=378)			3.159	1	0.076
ทำ	16	181			
ไม่ทำ	25	156			
คลินิกส่วนตัว (n=375)			4.088	1	0.043*
มี	17	94			
ไม่มี	22	242			
สังกัดการทำงาน (n=335)			24.172	1	0.000**
รัฐ	8	234			
เอกชน	18	75			
ทำงานด้านบริหาร (n=378)			4.117	1	0.042 <sup>c</sup>
ทำ	9	37			
ไม่ทำ	32	300			

\* p- value < 0.05, \*\* p- value < 0.01

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-45 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์เกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานภาคเอกชน มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value < 0.05 และ 0.01 ) ส่วนการทำงานด้านบริหาร และ การทำเวชปฏิบัตินอกเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4-46 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
การสูบบุหรี่ (n=378)			2.394	1	0.122
เคย	13	71			
ไม่เคย	28	266			
ดื่มสุรา/เบียร์ (n=378)			2.029	1	0.154
เคย	19	118			
ไม่เคย	22	219			
ตรวจสุขภาพประจำปี (n=378)			0.791	1	0.374
เคย	31	232			
ไม่เคย	10	105			

จากตารางที่ 4-46 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4-47 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ออกกำลังกาย (n=378)			0.007	1	0.933
เคย	35	286			
ไม่เคย	6	51			
กิจกรรมทางศาสนา (n=377)			1.194	1	0.275
เคย	35	262			
ไม่เคย	6	74			
ท่องเที่ยว (n=376)			3.472	1	0.062
เคย	26	257			
ไม่เคย	15	78			

จากตารางที่ 4-47 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว



ตารางที่ 4-48 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
แนะนำบริโภคอาหาร (n=376)			1.910	3	0.591 <sup>b</sup>
มาก	14	137			
ปานกลาง	18	156			
น้อย	5	30			
ไม่เคย	3	13			
แนะนำควบคุมน้ำหนัก (n=376)			2.132	3	0.546
มาก	14	115			
ปานกลาง	17	153			
น้อย	5	52			
ไม่เคย	4	16			
แนะนำออกกำลังกาย (n=376)			0.346	3	0.951 <sup>b</sup>
มาก	17	145			
ปานกลาง	18	139			
น้อย	4	40			
ไม่เคย	1	12			
แนะนำเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (n=376)			6.377	3	0.095
มาก	10	136			
ปานกลาง	13	116			
น้อย	13	66			
ไม่เคย	4	18			

<sup>b</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีเท่ากับ 25%

จากตารางที่ 4-48 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4-49 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ	โรคความดันโลหิตสูง		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
รังสี (n=371)			16.699	1	0.000**
กลุ่มสัมผัส	9	184			
กลุ่มไม่สัมผัส	32	146			
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (n=377)			3.198	1	0.074
กลุ่มสัมผัส	9	121			
กลุ่มไม่สัมผัส	32	215			
เลือด (n=377)			13.226	1	0.000**
กลุ่มสัมผัส	26	293			
กลุ่มไม่สัมผัส	14	44			

\*\* p – value < 0.01

จากตารางที่ 4-49 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่ารังสีและเลือดมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) ส่วนก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-50 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืด กับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	โรคหืด		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ (n=378)			1.174	1	0.279
ชาย	6	223			
หญิง	7	142			
อายุ (n=370)			1.212	1	0.329 <sup>c</sup>
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	5	89			
น้อยกว่า 50	8	268			
ระดับการศึกษา (n=378)			4.533	1	0.038 <sup>c</sup>
จบเฉพาะทาง	12	232			
ไม่จบเฉพาะทาง	1	133			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-50 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการเป็นโรคหืดกับเพศพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเป็นโรคหืด ส่วนอายุก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เช่นกัน แต่ในเรื่องของการจบแพทย์เฉพาะทาง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืดโดยกลุ่มที่จบเฉพาะทางเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคหืดมากกว่ากลุ่มที่ไม่จบเฉพาะทาง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-51 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคฮิต กับข้อมูลด้านการทำงาน ในเรื่องเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร

ข้อมูลด้านการทำงาน	โรคฮิต		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ทำเวชปฏิบัตินอกเวลา (n=378)			1.580	1	0.209
ทำ	9	188			
ไม่ทำ	4	177			
คลินิกส่วนตัว (n=375)			0.009	1	0.925 <sup>c</sup>
มี	4	107			
ไม่มี	9	255			
สังกัดการทำงาน (n=335)			0.310	1	0.578 <sup>c</sup>
รัฐ	8	234			
เอกชน	2	91			
ทำงานด้านบริหาร (n=378)			0.130	1	0.718 <sup>c</sup>
ทำ	2	44			
ไม่ทำ	11	321			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-51 ไม่พบมีความสัมพันธ์ของการเป็นโรคฮิตกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานภาครัฐ ภาคเอกชน และการทำงานด้านบริหาร

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-52 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืด กับข้อมูลด้านสุขภาพ ในเรื่องของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ	โรคหืด		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
การสูบบุหรี่ (n=378)			0.364	1	0.546 <sup>c</sup>
เคย	2	82			
ไม่เคย	11	283			
ดื่มสุรา/เบียร์ (n=378)			1.010	1	0.315 <sup>c</sup>
เคย	3	134			
ไม่เคย	10	231			
ตรวจสุขภาพประจำปี (n=378)			0.411	1	0.521 <sup>c</sup>
เคย	8	255			
ไม่เคย	5	110			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-52 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี กับการเป็นโรคหืด พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปีไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-53 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืด กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต	โรคหืด		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ออกกำลังกาย (n=378)			0.001	1	0.975 <sup>c</sup>
เคย	11	310			
ไม่เคย	2	55			
กิจกรรมทางศาสนา (n=377)			0.028	1	0.868 <sup>c</sup>
เคย	10	287			
ไม่เคย	3	77			
ท่องเที่ยว (n=376)			0.492	1	0.483 <sup>c</sup>
เคย	8	275			
ไม่เคย	4	89			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-53 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืดกับการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว พบว่าการเป็นโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-54 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืด กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	โรคหืด		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
แนะนำบริโภคอาหาร (n=376)			8.720	3	0.033 <sup>b</sup>
มาก	2	149			
ปานกลาง	6	168			
น้อย	3	32			
ไม่เคย	2	14			
แนะนำควบคุมน้ำหนัก (n=376)			6.507	3	0.089 <sup>b</sup>
มาก	2	127			
ปานกลาง	5	165			
น้อย	5	52			
ไม่เคย	1	19			
แนะนำออกกำลังกาย (n=376)			2.643	3	0.450 <sup>b</sup>
มาก	5	157			
ปานกลาง	4	153			
น้อย	3	41			
ไม่เคย	1	12			
แนะนำเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (n=376)			8.795	3	0.032 <sup>b</sup>
มาก	3	143			
ปานกลาง	3	126			
น้อย	4	75			
ไม่เคย	3	19			

<sup>b</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีเท่ากับ 25%

จากตารางที่ 4-54 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พบว่าการแนะนำการบริโภคอาหารกับการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืด ส่วนในเรื่องของการแนะนำการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืด

ตารางที่ 4-55 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหืด กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อม สุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพ	โรคหืด		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
รังสี (n=371)			0.992	1	0.319
กลุ่มสัมผัส	5	188			
กลุ่มไม่สัมผัส	8	170			
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (n=377)			0.082	1	1.000 <sup>c</sup>
กลุ่มสัมผัส	4	126			
กลุ่มไม่สัมผัส	9	238			
เลือด (n=377)			0.016	1	1.000 <sup>c</sup>
กลุ่มสัมผัส	10	309			
กลุ่มไม่สัมผัส	2	56			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-55 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด กับการเป็นโรคหืด พบว่าการเกิดโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และการสัมผัสเลือด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-56 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลทั่วไป ในเรื่องของ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	โรคเบาหวาน		Chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ (n=378)			0.700	1	0.403 <sup>c</sup>
ชาย	8	221			
หญิง	3	146			
อายุ (n=370)			33.288	1	0.000 <sup>c</sup>
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	11	83			
น้อยกว่า 50	0	276			
ระดับการศึกษา (n=378)			1.476	1	0.224 <sup>c</sup>
จบเฉพาะทาง	9	235			
ไม่จบเฉพาะทาง	2	132			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-56 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของเพศ อายุ และระดับการศึกษา กับการเป็นโรคเบาหวาน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.000 ) ส่วนเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-57 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลด้านการทำงาน ในเรื่องเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร

ข้อมูลด้านการทำงาน	โรคเบาหวาน		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ทำเวชปฏิบัตินอกเวลา (n=378)			2.802	1	0.094
ทำ	3	194			
ไม่ทำ	8	173			
คลินิกส่วนตัว (n=375)			0.533	1	0.465 <sup>c</sup>
มี	4	107			
ไม่มี	6	258			
สังกัดการทำงาน (n=335)			2.021	1	0.155 <sup>c</sup>
รัฐ	4	238			
เอกชน	4	89			
ทำงานด้านบริหาร (n=378)			2.418	1	0.120 <sup>c</sup>
ทำ	3	43			
ไม่ทำ	8	324			

<sup>c</sup> Fisher ' s Exact test

จากตารางที่ 4-57 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคเบาหวาน กับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานภาครัฐ ภาคเอกชน และการทำงานด้านบริหาร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-58 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลด้านสุขภาพ ในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ	โรคเบาหวาน		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
การสูบบุหรี่ (n=378)			6.849	1	0.009 <sup>c</sup>
เคย	6	78			
ไม่เคย	5	289			
ดื่มสุรา/เบียร์ (n=378)			1.642	1	0.200 <sup>c</sup>
เคย	6	131			
ไม่เคย	5	236			
ตรวจสุขภาพประจำปี (n=378)			4.954	1	0.026 <sup>c</sup>
เคย	11	252			
ไม่เคย	0	115			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-58 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี กับการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า การสูบบุหรี่และการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่เคยตรวจสุขภาพประจำปีจะพบโรคเบาหวานมากกว่า ส่วนการดื่มสุรา/เบียร์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-59 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต	โรคเบาหวาน		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ออกกำลังกาย (n=378)			0.085	1	0.770 <sup>c</sup>
เคย	9	312			
ไม่เคย	2	55			
กิจกรรมทางศาสนา (n=377)			0.997	1	0.318 <sup>c</sup>
เคย	10	287			
ไม่เคย	1	79			
ท่องเที่ยว (n=376)			0.823	1	0.364 <sup>c</sup>
เคย	7	276			
ไม่เคย	4	89			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-59 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว กับการเป็นโรคเบาหวาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-60 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ	โรคเบาหวาน		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
แนะนำบริโภคอาหาร (n=376)			0.564	3	0.905 <sup>d</sup>
มาก	5	146			
ปานกลาง	5	169			
น้อย	1	34			
ไม่เคย	0	16			
แนะนำควบคุมน้ำหนัก (n=376)			1.185	3	0.757 <sup>d</sup>
มาก	5	124			
ปานกลาง	4	166			
น้อย	1	56			
ไม่เคย	1	19			
แนะนำออกกำลังกาย (n=376)			0.510	3	0.917 <sup>d</sup>
มาก	5	157			
ปานกลาง	5	152			
น้อย	1	43			
ไม่เคย	0	13			
แนะนำเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (n=376)			1.166	3	0.761 <sup>d</sup>
มาก	5	141			
ปานกลาง	3	126			
น้อย	3	76			
ไม่เคย	0	22			

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-60 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวานกับการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พบว่าการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเหล่านี้

ตารางที่ 4-61 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเบาหวาน กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่ง  
คุกคามสุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ	โรคเบาหวาน		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
รังสี (n=371)			1.114	1	0.291
กลุ่มสัมผัส	4	189			
กลุ่มไม่สัมผัส	7	171			
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (n=377)			3.234	1	0.106 <sup>c</sup>
กลุ่มสัมผัส	1	129			
กลุ่มไม่สัมผัส	10	237			
เลือด (n=377)			13.348	1	0.003 <sup>c</sup>
กลุ่มสัมผัส	5	314			
กลุ่มไม่สัมผัส	6	52			

<sup>c</sup> Fisher's Exact test

จากตารางที่ 4-61 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือดกับการเป็นโรคเบาหวาน พบว่าการสัมผัสเลือดมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ส่วนการสัมผัสต่อรังสีและก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-62 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลทั่วไป ในเรื่องของเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ (n=378)			0.938	1	0.333 <sup>d</sup>
ชาย	3	226			
หญิง	4	145			
อายุ (n=370)			7.975	1	0.013 <sup>c</sup>
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	5	89			
น้อยกว่า 50	2	274			
ระดับการศึกษา (n=378)			0.171	1	0.679 <sup>d</sup>
จบเฉพาะทาง	4	240			
ไม่จบเฉพาะทาง	3	131			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-62 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็งกับเพศ อายุ และระดับการศึกษา พบว่าเพศ และระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็ง ในส่วนของอายุพบมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็งโดยพบว่าแพทย์ที่อายุมากพบโรคมะเร็งมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-63 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลด้านการทำงาน ในเรื่องเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงาน และการทำงานด้านบริหาร

ข้อมูลด้านการทำงาน	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ทำเวชปฏิบัตินอกเวลา (n=378)			0.245	1	0.621 <sup>d</sup>
ทำ	3	194			
ไม่ทำ	4	177			
คลินิกส่วนตัว (n=375)			2.999	1	0.083 <sup>d</sup>
มี	0	111			
ไม่มี	7	257			
สังกัดการทำงาน (n=335)			0.379	1	0.538 <sup>d</sup>
รัฐ	3	239			
เอกชน	2	91			
ทำงานด้านบริหาร (n=378)			0.030	1	0.863 <sup>c</sup>
ทำ	1	45			
ไม่ทำ	6	326			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-63 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา การมีคลินิกส่วนตัว สังกัดการทำงานภาครัฐ ภาคเอกชน และการทำงานด้านบริหาร กับการเป็นโรคมะเร็ง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันแต่อย่างใด

สภานิติวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4-64 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลด้านสุขภาพ ในเรื่องของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลด้านสุขภาพ	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
การสูบบุหรี่ (n=378)			1.757	1	0.185 <sup>c</sup>
เคย	3	81			
ไม่เคย	4	290			
ดื่มสุรา/เบียร์ (n=378)			0.182	1	0.670 <sup>d</sup>
เคย	2	135			
ไม่เคย	5	236			
ตรวจสุขภาพประจำปี (n=378)			0.877	1	0.349 <sup>d</sup>
เคย	6	257			
ไม่เคย	1	114			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-64 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปี กับการเป็นโรคมะเร็ง พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เบียร์ และการตรวจสุขภาพประจำปีไม่สัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็ง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-65 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ในเรื่องของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ออกกำลังกาย (n=378)			4.297	1	0.073 <sup>c</sup>
เคย	4	317			
ไม่เคย	3	54			
กิจกรรมทางศาสนา (n=377)			0.205	1	0.651 <sup>c</sup>
เคย	6	291			
ไม่เคย	1	79			
ท่องเที่ยว (n=376)			0.056	1	0.812 <sup>c</sup>
เคย	5	278			
ไม่เคย	2	91			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

จากตารางที่ 4-65 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยว กับการเป็นโรคมะเร็งซึ่งไม่พบว่า การออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และการท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็ง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4-66 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องของการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
แนะนำการบริโภคอาหาร (n=376)			1.489	3	0.685 <sup>d</sup>
มาก	4	147			
ปานกลาง	2	172			
น้อย	1	34			
ไม่เคย	0	16			
แนะนำควบคุมน้ำหนัก (n=376)			2.553	3	0.466 <sup>d</sup>
มาก	43	125			
ปานกลาง	3	167			
น้อย	0	57			
ไม่เคย	0	20			
แนะนำออกกำลังกาย (n=376)			2.906	3	0.406 <sup>d</sup>
มาก	5	157			
ปานกลาง	1	156			
น้อย	1	43			
ไม่เคย	0	13			
แนะนำเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (n=376)			2.901	3	0.407 <sup>d</sup>
มาก	3	143			
ปานกลาง	1	128			
น้อย	3	76			
ไม่เคย	0	22			

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-66 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์กับการแนะนำการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กับการเป็นโรคมะเร็ง พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4-67 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคมะเร็ง กับข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่ง  
คุกคามสุขภาพ ในเรื่องของรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด

ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ	โรคมะเร็ง		chi square	df	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
รังสี (n=371)			1.572	1	0.267 <sup>d</sup>
กลุ่มสัมผัส	2	191			
กลุ่มไม่สัมผัส	5	173			
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (n=377)			0.221	1	0.696 <sup>d</sup>
กลุ่มสัมผัส	3	127			
กลุ่มไม่สัมผัส	4	243			
เลือด (n=377)			0.953	1	0.294 <sup>c</sup>
กลุ่มสัมผัส	5	314			
กลุ่มไม่สัมผัส	2	56			

<sup>c</sup> Fisher' s Exact test

<sup>d</sup> ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่า 25%

จากตารางที่ 4-67 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยา  
สลบ และเลือด กับการเป็นโรคมะเร็ง พบว่าการสัมผัสต่อรังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ และเลือด ไม่  
สัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็ง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไปของแพทย์ไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบโดยวิธี Systematic random sampling จากผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องที่มีรายชื่ออยู่ในศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในประเทศไทย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ( self-administered questionnaire ) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ส่งไปยังแพทย์ทั้งหมด จำนวน 440 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 380 ฉบับ จาก 440 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.36 มีจำนวนผู้ไม่ตอบกลับ 60 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 13.64

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลด้านต่าง ๆ แยกออกเป็นในส่วนของตัวแปรต้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านวิชาชีพและการทำงาน ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ในส่วนของตัวแปรตามจะเป็นข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัวและความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงอุบัติเหตุ ซึ่งนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows หาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้ผลดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแบบสอบถาม

##### ก. ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 229 คน (60.3%) เป็นเพศหญิง 151 คน (39.7%) มีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.8 จบแพทย์เฉพาะทาง 244 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 โดยพบกลุ่มอายุรแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.5 รองลงมาคือศัลยแพทย์

คิดเป็นร้อยละ 12.9 กำลังศึกษาต่อเฉพาะทาง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และพบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกัน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 โดยคู่สมรสส่วนใหญ่เป็นแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ รับราชการ, แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 16.0

#### ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน

ประวัติด้านการทำงาน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังทำเวชปฏิบัติ 363 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 และมีความพึงพอใจในวิชาชีพในระดับมาก 228 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 พอใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.2 พอใจระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2.6 มัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลา 20,000 บาทต่อเดือน มัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา 25,000 บาทต่อเดือน รวมมัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ 45,000 บาทต่อเดือน มัธยฐานรายได้นอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ 19,500 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดมีมัธยฐานเท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน จากการศึกษพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 62.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ และส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 72.1 ภาคเอกชน คิดเป็นร้อยละ 27.9 มีคลินิกส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 29.4 ประวัติการทำงานด้านบริหาร 46 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 และประวัติการทำงานด้านอื่นนอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ 58 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3

#### ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ

เวลานอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-8 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 58.9 ทางด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสายตา 284 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 ซึ่งพบเป็นสายตาสั้น คิดเป็นร้อยละ 50.8 หมู่เลือดที่พบอยู่ในกลุ่มโอ บี เอ คิดเป็นร้อยละ 41.1 26.6 และ 23.2 ตามลำดับ จากการศึกษพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.8 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าอันดับหนึ่งเป็นโรคภูมิแพ้ 78 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 อันดับสามคือโรคหอบหืด มี 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 อันดับสี่คือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.9 อันดับห้าคือโรคมะเร็ง พบ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์เจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 49.7 ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 และพบว่าแพทย์นอนโรงพยาบาลและรับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 5.2 ส่วนประวัติการประสบอุบัติเหตุพบว่าแพทย์เคยประสบอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 9.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก รถชน รถคว่ำ คิดเป็นร้อยละ 45.9 และที่เคยมีประวัติหลับใน คิดเป็นร้อยละ 15.0 ซึ่งส่วนใหญ่เคยหลับใน 1-2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 80.7

ในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 77.9 และ 63.9 ตามลำดับ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.8 ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 26.2 ส่วนในเรื่องของการดื่มสุราพบว่าในกลุ่มที่มีประวัติการดื่มสุรา ปัจจุบันยังมีการดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 74.5 เลิกดื่ม คิดเป็นร้อยละ 18.2 และไม่พบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มแพทย์เลย และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็น ร้อยละ 79.9 และมักนิยมเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนหรือที่อื่น คิดเป็นร้อยละ 62.4 ในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 69.5 โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจสุขภาพแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.6 ส่วนที่ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.8 และพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีการทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยส่วนมากมีจำนวนกรรมธรรม์ในช่วง 2-4 ใบ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.2 จากในกลุ่มที่ทำประกันชีวิต

#### ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ( ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา )

ในเรื่องของการรับประทานอาหาร พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 77.9 ส่วนในเรื่องของอาหารมังสวิรัต/ชีวจิต พบว่าแพทย์ไม่เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนที่เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 38.4 และส่วนใหญ่รับประทานน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 66.4 ส่วนอาหาร Fast food พบว่าแพทย์เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 80.0 แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 87.2 ในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 84.0 โดยส่วนมากมีการออกกำลังกายในช่วงน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 41.4 ซึ่งชนิดกีฬาที่เล่นนิยมในเรื่องของการวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 ส่วนเรื่องของการงานอดิเรกพบว่าแพทย์ไม่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 64.8 กลุ่มที่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 35.2 ซึ่งมักใช้เวลาว่างด้วยการเล่นเกมคอมพิวเตอร์และเล่นเกมสเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 32.3 ในเรื่องของการท่องเที่ยว ต่างจังหวัด/ต่างประเทศ ส่วนใหญ่ท่องเที่ยวอยู่ในช่วง 1-2 ครั้งในช่วง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 54.2 ในเรื่องของการเล่นการพนันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นการพนัน คิดเป็นร้อยละ 94.0 และมีส่วนน้อยที่เคยเล่น คิดเป็นร้อยละ 6.0 ซึ่งส่วนใหญ่มักเล่นไพ่ คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาคือเล่นหวย คิดเป็นร้อยละ 30.4 ในเรื่องของการเล่นหุ้นพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 89.7 ในส่วนที่เคยเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 10.3 และแพทย์ที่เคยเล่นส่วนใหญ่ขาดทุนจากการเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 41.0 ส่วนที่ได้กำไร คิดเป็นร้อยละ 15.4 และพบว่าไม่มีแพทย์ที่ไม่ตอบในส่วนนี้ คิดเป็นร้อยละ 43.6 ในเรื่องของการผ่อนคลายความเครียดพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักเลือก

วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการดู ทีวี วีดีโอ คิดเป็นร้อยละ 33.4 รองลงมา คือ ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 18.9 ในเรื่องของกรใช้ยานอนหลับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 83.4 มีแพทย์บางส่วนที่เคยใช้ คิดเป็นร้อยละ 16.6 ส่วนในเรื่องของการประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 78.1 และมีเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่แพทย์ประสบบ้างเป็นส่วนน้อย คือ คนที่รัก นับถือ เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ ได้งานใหม่ ได้บุตร คิดเป็นอย่างละร้อยละ 17.8

#### จ. ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.0 42.9 และ 38.6 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับปานกลางเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก (คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 45.5 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ (คิดเป็นร้อยละ 45.0 41.9 และ 38.6 ตามลำดับ)

#### ฉ. ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นเรื่องของปัจจัยด้านกายภาพพบว่าในการทำงานแพทย์มีการสัมผัสต่อรังสี เสียงดังจากอุปกรณ์ที่ใช้ ยกของหนัก (20 ก.ก.ขึ้นไป) ทุกวันทำงาน (คิดเป็นร้อยละ 3.2 1.8 และ 1.8 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสารเคมีพบว่า มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (คิดเป็นร้อยละ 4.7) ฟอรัมาลีนหรือฟอรัมาลดิไฮด์ (คิดเป็นร้อยละ 1.8) และไอควัน ผุ่นของโลหะหนัก (คิดเป็นร้อยละ 1.3) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่า มีการสัมผัสทุกวันทำงานเกี่ยวกับการสัมผัสเลือด (คิดเป็นร้อยละ 23.7) มูก/สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ (คิดเป็นร้อยละ 14.5) และหนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล (คิดเป็นร้อยละ 13.7) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพแพทย์ แบ่งเป็น

#### ก. ปัจจัยส่วนบุคคล

ในส่วนปัจจัยของบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะพบโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งมากขึ้น และยังพบว่าการจบแพทย์เฉพาะทางมีส่วน



สัมพันธ์กับการเป็นโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยกลุ่มที่จับเฉพาะทางพบเป็นโรคหืดมากกว่ากลุ่มที่ไม่จับเฉพาะทาง

ข. ปัจจัยด้านการทำงาน

พบว่าการทำงานอาชีพปฏิบัติในสังกัดภาคเอกชน และการมีคลินิกส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$  และ  $0.05$  ตามลำดับ)

ค. พฤติกรรมด้านสุขภาพ

พบว่า การสูบบุหรี่และการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานและผู้ที่เคยตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสพบโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจ

ง. ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเป็นโรคภูมิแพ้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกาย

จ. ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับการเป็นโรคต่างๆของแพทย์ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และคำแนะนำในเรื่องของการเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ฉ. ปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพจากการทำงาน

ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพพบว่าการสัมผัสต่อรังสีมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และพบว่าการสัมผัสเลือดมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$  และ  $0.003$ ) โดยพบว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและการเป็นเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสเลือด ในส่วนของการสัมผัสต่อรังสีพบว่ากลุ่มที่ไม่มีสัมผัสต่อรังสีพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่สัมผัสต่อรังสี

## อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 380 ฉบับ จากจำนวนแบบสอบถาม 440 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.36 แบ่งตามเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 85.4 ของเพศชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 87.7 ของเพศหญิง ทั้งนี้จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามกับเพศพบว่าไม่แตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง แบบสอบถามในส่วนที่ไม่ได้รับกลับคืนมา ซึ่งผู้วิจัยได้พยายามติดตามจากการส่งแบบสอบถามกลับไปยังที่อยู่เดิม 2 ครั้ง และจากการโทรศัพท์ติดต่อ พบว่าในส่วนที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม สาเหตุหลัก คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ไม่ให้ความร่วมมือ อยู่ในช่วงลาคลอดบางส่วน และมีบางส่วนที่หาสาเหตุไม่ได้เนื่องจากมีแบบสอบถามที่ส่งกลับมายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์โดยไม่มีผู้รับ เบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้กับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เป็นเบอร์ที่ไม่สามารถติดต่อได้ เช่น เป็นเบอร์โทรสาร เป็นเบอร์ที่ยังไม่เปิดให้บริการ เป็นต้น

ดังที่กล่าวแล้วว่า ข้อจำกัดจากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้มาจากผู้สมัครใจตอบแบบสอบถามไม่สามารถควบคุมอคติที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ และข้อมูลที่รวบรวมมานั้นเปรียบเสมือนการรับฟังคำบอกเล่าจากผู้ตอบข้อมูลเหล่านั้น จึงไม่อาจพิสูจน์ได้แน่นอนว่าถูกต้องมากน้อยเพียงใด

ในการอภิปรายผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน

### ส่วนที่ 1

เป็นการบรรยายข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายแสดงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ตามส่วนต่าง ๆ ในแบบสอบถาม พบว่าจากการสำรวจครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.3 จบการศึกษาเฉพาะทางคิดเป็นร้อยละ 64.2 และแพทย์ส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 59.5 มีเพียงส่วนน้อยที่สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง หย่าร้าง ม่าย รวมคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น ทั้งนี้อาจแสดงถึงความสัมพันธ์ของชีวิตสมรสและครอบครัวที่ค่อนข้างดี แต่ยังไม่ชัดเจนนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพบุคคลในครอบครัว และถ้ามีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นคนละอาชีพก็จะทำให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้น

ในด้านการทำงานพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงทำเวชปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 95.5 และมีความพึงพอใจในวิชาชีพระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60.2 ซึ่งเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาดูไป ทั้งนี้ความพึงพอใจในวิชาชีพยังแบ่งออกเป็นหลายด้าน ดังที่ Campbell<sup>26</sup> ได้กล่าวไว้ในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตที่แบ่งเป็น 4 ด้าน ซึ่งในด้านการทำงาน ก็จะมีรายละเอียดลงไปในเรื่องของสภาพการทำงาน ผู้ร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ความมั่นคง ความมีอิสระในการทำงาน โอกาส

ก้าวหน้า ลักษณะงาน และความปลอดภัยในการทำงาน ในส่วนที่ตอบมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 30.8 ซึ่งมีบางส่วนในวิชาชีพที่ทำให้แพทย์ในกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในวิชาชีพลดลง หากทราบในประเด็นนี้ อาจช่วยให้สามารถปรับปรุงด้านวิชาชีพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของแพทย์ได้ ในกลุ่มที่ทำเวชปฏิบัติมีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 62.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีจำนวนชั่วโมงการทำงานสูงสุดที่ 160 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งพบว่าสูงมาก แต่ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น จะทำให้สรุปผลได้ดียิ่งขึ้น

ในการศึกษานี้ยังพบว่า เมื่อแรกเข้าทำงานแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 93.6 ส่วนภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 6.4 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบใช้ทุนที่แพทย์จบใหม่ต้องทำงานใช้ทุนในสังกัดรัฐบาล แต่จะพบว่า ในการทำงานปัจจุบัน มีการทำงานภาครัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 72.1 ส่วนภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.9 จะเห็นว่าในการทำงานปัจจุบันมีแนวโน้มที่แพทย์ทำงานสังกัดภาคเอกชนมากขึ้น เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเรื่องของค่าตอบแทนที่สูงกว่ามาก จากการสำรวจพบว่ามัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลาของภาครัฐเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน ภาคเอกชนเท่ากับ 60,000 บาทต่อเดือน ส่วนการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา ภาครัฐมีมัธยฐานรายได้เท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือนเช่นกัน ภาคเอกชนมีค่าเท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน ซึ่งรวมรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ ภาครัฐเท่ากับ 42,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ภาคเอกชนเป็น 95,000 บาทต่อเดือน

เป็นที่น่าสนใจว่าหากแพทย์มีแนวโน้มการเปลี่ยนสังกัดการทำงานจากภาครัฐบาลสู่เอกชนมากขึ้นแล้ว ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์และการกระจายของแพทย์สู่ภูมิภาคจะเพิ่มขึ้น การเร่งปรับปรุงและเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ อาจไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นซึ่งข้อมูลในส่วนนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ควรสนใจ ทั้งนี้เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาคาดแคลนแพทย์ในระยะยาว

ข้อมูลในเรื่องของรายได้ทั้งจากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่ามีจำนวนที่ไม่ตอบตรงส่วนนี้ค่อนข้างมาก ดังจะเห็นว่าในกลุ่มแพทย์ที่ยังทำเวชปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่ 363 คน แต่มีการตอบในเรื่องของรายได้ รวม 217 คน จำนวนผู้ที่ไม่ตอบคิดเป็น ร้อยละ 40.3 อาจเป็นเพราะคำถามในส่วนของรายได้นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ตอบไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลมากนัก ทำให้ข้อมูลในส่วนนี้มีน้ำหนักน้อยลงไปในเรื่องของความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 36.2 โดยพบว่าอัตราของโรคประจำตัวแพทย์ที่พบ อันดับหนึ่งคือโรคภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 20.6 อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 10.8 อันดับสามคือโรคหอบหืดคิดเป็นร้อยละ 3.4 อันดับสี่คือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2.9 อันดับห้าคือโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 1.9 ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ของแพทย์มาก่อน

นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำให้แพทย์ตระหนักถึงสุขภาพตนเอง และอาจช่วยในการวางแผนเฝ้าระวังโรคและดูแลสุขภาพแพทย์ในระยะยาว

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าอัตราชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อันดับหนึ่งคือ ไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 อันดับสองคือ ท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และพบว่าแพทย์เข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคได้ตั้งอีกเสบเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาคือเนื้องอก มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 5.0 ซึ่งเป็นโรคเดียวกันกับที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด ส่วนในเรื่องของการประสบอุบัติเหตุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราชุกของการประสบอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 15 เคยมีประวัติหลับในขณะขับรถ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการประสบอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างสูง และการที่แพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยก่อนวัยอันควรก็มีอุบัติการณ์สูงเช่นกัน<sup>8, 11</sup> การที่แพทย์เสียชีวิตและเกิดทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรอันมีค่าของสังคมไป ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึงในการดูแลสุขภาพของแพทย์ รวมถึงการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตของแพทย์

ในเรื่องของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่เคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 77.9 63.9 และ 100.0 ตามลำดับ ในต่างประเทศมีหลายการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ที่มีผลต่อสุขภาพ ดังที่ Carmago และคณะ<sup>58</sup> พบว่าแพทย์ชายที่ดื่มสุรามากมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มและยังแปรผันตามปริมาณการดื่มอีกด้วย Harrison และคณะ<sup>60</sup> ศึกษาแนวโน้มการติดสุราในกลุ่มแพทย์ชายในสกอตแลนด์ เทียบกับวิชาชีพอื่นพบว่า แพทย์มีความเสี่ยงสูงของการติดสุรา (alcoholism) เมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น เป็นที่น่าสนใจว่าถ้าหากมีการติดตามการศึกษาในส่วนนี้ เพื่อดูแนวโน้มของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ของแพทย์ในอนาคตและผลที่มีต่อสุขภาพจะช่วยในการเฝ้าระวังสุขภาพแพทย์ได้ดีขึ้น

ในการศึกษานี้พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 79.9 ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีคิดเป็นร้อยละ 69.5 แต่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 51.8 มีส่วนคล้ายกับการศึกษาของ Gross และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มแพทย์ถึงแหล่งการดูแลสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่มักรักษาตนเอง ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป ทำให้วินิจฉัยล่าช้าไม่ถูกต้อง แม่นยำซึ่งเป็นผลเสียต่อตัวแพทย์เอง และมีอีกการศึกษาหนึ่งของ Frank และคณะ<sup>57</sup> ที่ทำการศึกษาคณะลักษณะของกุมารแพทย์หญิงในสหรัฐอเมริกาพบว่าส่วนใหญ่จะทำ Mammogram ก็

ต่อเมื่อมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ซึ่งอาจจะล่าช้าเกินไปและในรายงานฉบับนี้ยังได้มีการแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มแพทย์หญิงอย่างจริงจัง

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่องของอาหารพบว่าแพทย์ไม่เคยรับประทานอาหารมังสวิรัต/ชีวจิตคิดเป็นร้อยละ 58.7 การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมก็ค่อนข้างน้อย มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด อาจสะท้อนให้เห็นว่าแพทย์มีความตระหนักถึงความใส่ใจต่อสุขภาพค่อนข้างน้อย ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Frank และคณะ<sup>50</sup> ที่ทำการสำรวจการใช้วิตามินและอาหารเสริมในแพทย์หญิงชาวอเมริกันพบว่ามีการทานวิตามินและอาหารเสริมอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มที่ทานมังสวิรัต กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคกระดูกพรุน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแพทย์หญิงในกลุ่มนี้มีการตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง แต่นั่นอาจเป็นเพราะแพทย์ให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าจึงไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการรับประทานมังสวิรัตเนื่องจากการทำงานหนัก ส่วนเรื่องการรับประทานวิตามินเสริมนั้นอาจเป็นเพราะแพทย์นิยมรับประทานวิตามินจากผลไม้ตามฤดูกาลมากกว่าการทานวิตามินเสริม และเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผลไม้ตลอดปีจึงทำให้สะดวกมากขึ้นหารับประทานง่ายและราคาไม่แพง

ในเรื่องของการออกกำลังกาย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 84 แต่ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายในช่วงน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 2-4 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 37.9 ซึ่งชนิดกีฬาที่เล่นนิยมในเรื่องของการวิ่ง ว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก คิดเป็นร้อยละ 24.1 7.8 และ 7.8 ตามลำดับ จะเห็นว่าเป็นกีฬาประเภทที่ใช้ออกซิเจนและพลังงาน นับว่าเป็นประโยชน์มากและถ้าสามารถทำให้แพทย์ในกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 41.4 เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 2-4 วัน/สัปดาห์ได้ ก็จะมีดีมากขึ้นนับเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของแพทย์อีกทางหนึ่งด้วย

ในเรื่องของการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักใช้เวลาว่างในการเล่นคอมพิวเตอร์ และเล่นเกมส์คิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมาคือร้องเพลงและเล่นดนตรีคิดเป็นร้อยละ 21.8 วิธีผ่อนคลายความเครียดที่แพทย์มักเลือกใช้ คือ การดูทีวี วิดีโอคิดเป็นร้อยละ 33.4 เคยไปเที่ยวต่างจังหวัด/ต่างประเทศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 75.4 ซึ่งในเรื่องเหล่านี้แพทย์ควรมีการจัดสรรเวลาอย่างเหมาะสม ตามที่ Owen<sup>3</sup> ได้กล่าวว่า ชีวิตควรมีการแบ่งเวลาในสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างกิจกรรมหลัก 3 ประการ คือ การทำงาน การพักผ่อน และการใช้เวลากับครอบครัว หากแพทย์จัดสรรเวลาได้สมดุล ก็จะประสบความสำเร็จและสร้างศักยภาพให้กับแพทย์ได้

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์ให้ความสำคัญระดับที่มากในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกวิธี การออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 50 42.9 และ 38.6 ตามลำดับ และจากพฤติกรรมด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า

แพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และมีการออกกำลังกายที่ดีซึ่งอาจแสดงถึงความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และการให้คำแนะนำต่อผู้อื่น ดังจะเห็นว่าถ้าแพทย์มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์ก็จะมีสุขภาพที่ดีและเป็นต้นแบบที่ดีต่อผู้อื่น ทั้งยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและให้คำแนะนำสู่ประชาชนทั่วไปได้ แต่จากการศึกษานี้ยังพบว่าแพทย์ให้คำแนะนำในระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ควรตระหนักและได้รับการปรับปรุงต่อไป

ด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นปัจจัยด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ พบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อรังสีมากที่สุดในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ส่วนด้านสารเคมีพบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบในทุกวันทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าแพทย์มีการสัมผัสเลือดมากที่สุดในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 23.7 แต่คำตอบของข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่มักตอบในข้อไม่สัมผัสและสัมผัสบ้างเหมือนกันทั้งด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านชีวภาพ ยกเว้นด้านชีวภาพที่มีการตอบในส่วนของสัมผัสทุกวันและสัมผัสบ้างที่ค่อนข้างสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะการสัมผัสเลือดในการทำงาน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 23.7 เมื่อเทียบในกลุ่มของการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านกายภาพและด้านเคมีในทุกวันทำงาน ซึ่งตรงกับการศึกษาของคริสเทนเสนและคณะ<sup>52</sup> ที่ศึกษาถึงความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าแพทย์มีอัตราการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยมากที่สุด ในประเทศไทยมีการศึกษาของวิภาและคณะ<sup>55</sup> พบว่า สิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย รองลงมาคืออุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทเข็ม ลำดับต่อมาคือของมีคม และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในหน่วยฉุกเฉินเกิดอุบัติเหตุสูงสุด Dienstag และ Ryan<sup>53</sup> ได้รายงานถึงอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขว่าสูงกว่าบุคคลในอาชีพอื่นถึง 6 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ตลอดจนถึงแพทย์และพยาบาลแพทย์

ดังจะเห็นว่าแพทย์มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามมากมายหลากหลายประเภท อาทิเช่น รังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ เลือด หนอง และสิ่งคัดหลั่งจากระบบต่าง ๆ รวมถึงเชื้อโรคซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันก็จะพบเชื้อโรคใหม่ ๆ ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น เชื้อเอชอีซี เชื้อหวัดมรณะหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ซึ่งเป็นที่กล่าวถึงกันมากในปัจจุบัน จะเห็นว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพค่อนข้างมาก นั่นอาจสะท้อนให้เห็นว่า สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานประกอบอาชีพยังเป็นสิ่งที่น่าสนใจและควรทำการศึกษาต่อไป

## ส่วนที่ 2

เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งใช้การทดสอบไคสแควร์ และค่า p-value พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคดังนี้

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น

และพบว่าการจบเฉพาะทางและไม่จบเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยกลุ่มเฉพาะทางพบเป็นโรคหืดมากกว่ากลุ่มที่ไม่จบเฉพาะทาง ทั้งนี้ยังไม่สามารถบอกรายละเอียดหรืออธิบายถึงต้นเหตุได้ว่ากลุ่มเฉพาะทางมีผลต่อการเกิดโรคหืดอย่างไร เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัยและไม่มีการเปรียบเทียบ

ในด้านการทำงานพบว่าสังกัดภาคเอกชนและการมีคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ( $p < 0.01$  และ  $0.05$  ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจจะเป็นผลโดยอ้อมจากการที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากเอกชนมีการแข่งขันกันสูง ทั้งในเรื่องของรายได้ การเงิน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเหนื่อยล้า เป็นต้น Maslach และคณะ<sup>6</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายหรือความเหนื่อยล้านั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดความท้อแท้ใจ เกิดความเครียด เหล่านี้อาจมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงได้

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน ( $p < 0.05$ ) ซึ่งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานและยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด มีผลต่อโรคหัวใจชนิดขาดเลือดอีกด้วย แต่ทั้งนี้ไม่อาจอธิบายถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงได้ หากจะทำการศึกษาต่อควรมีกลุ่มควบคุมและมีการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่น ๆ ด้วย

การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการได้รับการคัดกรองโรคหรือตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก จึงทำให้พบโรคมากขึ้นและพบในระยะแรก หรืออาจเป็นเพราะการเป็นโรคเบาหวานทำให้แพทย์มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพมากขึ้นจึงมีการตรวจสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งน่าสนใจที่ควรทำการศึกษาต่อไป

ส่วนการออกกำลังกายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคภูมิแพ้ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเป็นโรคภูมิแพ้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกาย

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรคกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้

ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพ พบว่าการสัมผัสต่อรังสีและเล็ดมมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยมีทิศทางของ

ความสัมพันธ์ของการเป็นโรค ดังนี้ คือ ในกลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือดสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่สัมผัส แต่คนที่ไม่มีสัมผัสต่อรังสีพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อรังสี แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

ในการประกอบวิชาชีพสาขาเฉพาะทาง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แยกทุกสาขา ดูถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาหรือการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ มีจำนวนน้อยเกินไปในการนำมาวิเคราะห์ จึงทำให้มองไม่เห็นความสัมพันธ์ที่อาจมีอยู่ได้

### ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

1. ความบกพร่องของข้อมูลในเรื่องของการเปลี่ยนที่อยู่ของแพทย์ หากไม่ได้มีการแจ้งเข้ามายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ก็จะทำให้ไม่ทราบข้อมูลของแพทย์ผู้นั้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับข้อมูลในส่วนนี้ให้มีความใหม่อยู่เสมอ
2. ในเรื่องของการตอบกลับแบบสอบถาม (response rate) ทั้งนี้เนื่องจากการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ทางไปรษณีย์และให้ตอบกลับเอง ซึ่งเป็นการตอบโดยสมัครใจจากแพทย์ผู้นั้น อาจทำให้การส่งกลับของแบบสอบถามไม่ดีพอ และจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องก่อนทำการศึกษาจริงโดยส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ 40 คน ผลปรากฏว่ามีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับศูนย์ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญมากในการทำวิจัยครั้งนี้
3. เนื่องจากการสำรวจหลาย ๆ ด้าน ไม่ได้เจาะจงศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ทำให้ภายในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความหลายปัจจัย ส่งผลให้แบบสอบถามมีปริมาณมาก ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการตอบ อาจทำให้แพทย์ไม่สะดวกหรือไม่เต็มใจที่จะตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เนื่องจากมีเวลาน้อย
4. การสัมภาษณ์แพทย์ทางโทรศัพท์ ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีภาระงานมากและการทำงานของแพทย์ไม่เป็นเวลาแน่นอน มีทั้งทำงานในเวลา ทำนอกเวลา ทำคลินิก ทำงานด้านบริหาร ทำให้แม้จะมีการติดต่อด่วนไว้ล่วงหน้าก็มีการเลื่อนออกไปหลายครั้งหรือต้องติดต่ออยู่หลายวัน ทำให้เกิดความล่าช้าและความยากในการเก็บข้อมูล
5. จุดแรกที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ เนื่องจากยังไม่มีกลุ่มข้อมูลที่จะนำมาเปรียบเทียบ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเบื้องต้นของแพทย์ ทั้งนี้การสรุปผลการวิจัยในเรื่องของการหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ



จึงยังไม่อาจสรุปได้แน่นอน บอกได้แต่เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหนึ่งกับอีกปัจจัยหนึ่งเท่านั้น อีกประการหนึ่ง ข้อมูลส่วนใหญ่เก็บเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ไม่มีการนับออกมาเป็นคะแนนหรือเป็นข้อมูลเชิงปริมาณในมิติต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นข้อสรุปได้ชัดเจนนัก ผลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยายโดยรวม

### ข้อเสนอแนะ

1. การสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์นี้ นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และยังไม่เคยมีผู้ใดในประเทศไทยศึกษามาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสำรวจและสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญทำให้ทราบสถานการณ์สุขภาพและภาวะเจ็บป่วยมาปรับใช้ในการเฝ้าระวังโรคและรณรงค์ให้แพทย์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของแพทย์
2. เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างสมมุติฐานเพื่อการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต่อไปโดยนำมาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นหรือศึกษากลุ่มอาชีพอื่นเปรียบเทียบ
3. การศึกษาครั้งนี้ทำให้แพทย์มีความตระหนักถึงสุขภาพของแพทย์โดยรวม รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์หันมาสนใจสุขภาพตนเองและมีความดูแลเอาใจใส่ในเพื่อนแพทย์ด้วยกันเองมากขึ้น
4. ผลของการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของแพทย์จะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์และการเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้
5. จุดเด่นของการศึกษานี้คือการนำเสนอข้อมูลของแพทย์เบื้องต้น ซึ่งนำมาซึ่งคำถามการวิจัยต่าง ๆ มากมายที่น่าสนใจและควรทำการศึกษาต่อไป
6. ในเรื่องของฐานข้อมูลที่ทางศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ได้ทำการจัดเก็บไว้ น่าจะมีการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์ที่เกี่ยวกับโรคประจำตัวเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยให้สะดวกในการค้นข้อมูลหรือเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีข้อคำถามที่สื่อสารเข้าใจชัดเจนครบทุกด้าน และส่งเสริมให้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะ แนวคิดคล้าย ๆ กัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มได้ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นด้วยเพื่อให้เห็นความแตกต่างและเพิ่มน้ำหนักในการแปลผลของการศึกษาเชิงวิเคราะห์

2. ในการศึกษาครั้งนี้จำนวนขนาดตัวอย่างในบางโรคหรือในบางกลุ่ม บางสาขา อาจน้อยเกินไปทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนได้ จึงควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นหรือเก็บตัวอย่างในกลุ่มโรคที่สนใจศึกษาให้มากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่สนใจเช่นในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขา หรือในบางกลุ่มโรคถึงความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วเปรียบเทียบกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ จะทำให้เห็นความแตกต่างในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ชัดเจนขึ้น

4. ดังที่กล่าวไว้ในการอภิปรายผลการศึกษาถึงผลที่ได้จากการวิจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพในเรื่องของโรคประจำตัว ซึ่งนำมาซึ่งคำถามการวิจัยหรือการตั้งสมมติฐานมากกว่าการตอบคำถาม เช่น การเจ็บเฉพาะทางเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดหรือการเกิดโรคหืดในกลุ่มแพทย์ที่เจ็บเฉพาะทางแตกต่างจากกลุ่มแพทย์ที่ไม่เจ็บเฉพาะทาง หรือการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดจากการทำงานของแพทย์ที่ทำงานสังกัดภาครัฐบาลกับภาคเอกชน การศึกษาความพึงพอใจในการทำงานเปรียบเทียบระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การศึกษาการสัมผัสต่อรังสีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. Vaillant GE. Report for Research by University of Alberta. **The Medical Post**. (12 May 2000): 3.
2. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. **Soc Hist Med** 9(1) (1996):1-30.
3. Byton P, Hassard J, Hill S, Starkey K. **Time, work and organization**. London: Routledge, 1989.
4. Gerbert L. Life stress and illness: A System Approach. **Can Fam Phys** 6(2) (1983): 23 -32.
5. Meldarn T W. **Burnout and health professional: manifestation and management**. New York: Appletion-Century-Crofts,1983.
6. Maslach C, Susan J. The measurement of experience burnout. **J of Occup Behav** 21 (1) (1981): 99-113.
7. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB, Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. **Anesthesiology** 93(4) (2000): 922-30.
8. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. **Occup Environ Med** 54(6) (1997): 388-95.
9. ธงชัย สันติวงษ์. **การบริหารงานบุคคล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2518
10. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. **Arch Intern Med** 160(21) (2000): 3209-14.
11. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. **Am J Prev Med** 19(3) (2000): 155-9.
12. Adlakha AL, Hall TL., Muller S. Working life of health professionals. **World Health Stat Q** 32(2) (1979): 138-53.
13. **คู่มือ 2002 สำหรับการศึกษาค่าต่อเนื่องของแพทย์**. จัดพิมพ์โดย ศูนย์การศึกษาค่าต่อเนื่องของแพทย์ แพทยสภา ปี 2545.

14. ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2525.
15. Glenda AM. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* 18 (1993) : 32-8.
16. Draper P. Quality of life as a quality of being: an alternative to the subject - object dichotomy. *J Adv Nurs* 17 (3) (1992) : 965-70.
17. Nordenfelt L. **Quality of life, health and happiness**. London: Hants & Ashgate, 1993.
18. Walker SR, Rosser RM. Quality of life: assessment and application. New York: MTP, 1988.
19. พิเชษฐ ฤกษ์มรรตน์. **จิตเวชศาสตร์กับคุณภาพชีวิต**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 37 (2535) : 168-19.
20. คณะกรรมการประสานงานโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข. **การนำ จปฐ. มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2529.
21. WHOQOL Group. What quality of life?. *World Health Forum* 17 (1996): 354-356.
22. Zhan L. Quality of life:conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 17 (1992) : 795-800.
23. อัจฉรา นวจินดา, ขจีจรัส ภิมรัมย์ธรรมศิริ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นพื้นฐานภาวะทางคหกรรมศาสตร์และคุณภาพชีวิต**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. 2532: 247-71.
24. Flanagan J. A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist* 31 (1978) : 138-47.
25. French D, Saward H. **Dictionary of management**. Great Britain: Gower Press Limited Epping, 1975.
26. Campbell A. Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 31 (3) (1996) : 117-24.
27. ศิริวรรณ ไกรสุพงศ์. **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. 2537:221-36.
28. ประภา รัตนเมธานนท์. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

29. ศิริรัตน์ จันทร์แสงรัตน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษา และสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
30. พัชริน คุณคำชู. **อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนเวศม์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
31. Carley M. **Social measurement and social indicators: issues of policy and theory.** London: George Allen&Unwin, 1981.
32. กฤษดา ตงศิริ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
33. ทศนีย์ จินางกูร. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
34. Maslow H. **Motivation and personality.** New York: Harper & Brothers, 1954.
35. พิษิต สุวรรณประกร. **บรรยายเรื่องแพทย์กับการบริหารแนวใหม่ ในปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านและนิสิตปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 26 พฤษภาคม 2537.**
36. Chuck JM, Nesbitt TS, Kwan J, Kam SM. **Is being doctors still fun?. West J Med** 159 (1993) : 665-9.
37. องค์การอนามัยโลก. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ.** แปลโดยพิสมัย จันทวิมล. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541.** กรุงเทพมหานคร:ดีไซร์, 2541:3.
38. เกษม นครเขตต์. **การส่งเสริมสุขภาพ : สภาวะปัจจุบันของศาสตร์.** จดหมายข่าวสมาคมนักประชากร 2537; 12: 18-20.
39. Harris DM, Guten S. **Health protective behavior : an exploratory study. J Health Soc Behav** 14 (1979) : 6-9.
40. จินตนา ยูนิพันธ์. **การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล.** วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2532; 5: 44-5.
41. Pender NJ. **Health promotion in nursing practice.** 2<sup>nd</sup> ed. Stanford: Appleton & Lange, 1987
42. Pender NJ. **Health promotion in nursing practice.** 3<sup>rd</sup> ed. Stanford: Appleton & Lange, 1996

43. สนธยา พริ้งล้าภู, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย **ตำราอาชีวเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.
44. นฤมล ศิลารักษ์, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. การเฝ้าระวังโรคเหตุอาชีพ **ตำราอาชีวเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.
45. วันทนีย์ พันธุ์ประสิทธิ์, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. สุขศาสตร์อุตสาหกรรม **ตำราอาชีวเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.
46. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. **JAMA** 254 (1985) : 2775-82.
47. ชนิตา เรืองเดช. **คุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
48. Chan WC, Sunshine JH, Owen JB, Shaffer KA. US radiologists' satisfaction in their profession. **Radiology** 194 (1995) : 649-56.
49. Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College Graduates. **Acad Med** 70 (1995) : 305-12.
50. Frank E, Bendich A, Denniston M. Use of vitamin-mineral supplements by female physicians in the United States. **Am J Clin Nutr** 72 (2000) : 969-75.
51. McComick RD, Meisch MG, Ircink FG, Maki DG. Epidemiology of hospital sharps injuries : a 14 years prospective study in the pre-AIDS and AIDS Eras. **Am J Med** 91 (1991) (Suppl 3B) : 301S-307S.
52. Kristensen MS, Wernberg NM, Anker-Mollcer E. Health care workers risk of contact with body fluids in hospital : the effect of complying with the universal precautions policy. **Infect Control Hosp Epidemiol** 13 (1992) : 719-24.
53. Dienstag J L, Ryan D M. Occupational exposure to hepatitis B Virus in hospital personnel : infection or immunization. **AM J Epidemiol** 115 (1982) : 26-39.
54. Beekman SE, Fahey BI, Gerberding JL, Henderson DK. Risky business : Using necessarily imprecise casualty counts to estimate occupational risk for HIV-1 Infection. **Infect Control Hosp Epidemiol** 11 (1990) : 371-9.

55. วิภา ภาวนาภรณ์. การเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบยูนิเวอร์แซลพรีคองชันของพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, 2538.
56. Danchaivijitr S, Kachinton K, Sangkard K. Needlestick and other cuts sharp objects in Siriraj Hospital 1992. *J Med Assoc Thai* 78 (1995) (Suppl 2) : S108-S111.
57. Frank E, Meacham L. Characteristics of women pediatricians. *Clin Pediatr* 40(1) (2001): 17-26.
58. Camargo CA, Jr. Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in US male physicians. *Arch Intern Med* 157(1) (1997): 79-85.
59. O'Donnell CJ, Ridker PM, Glynn RJ. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. *Circulation* 95(5) (1997): 1132-7.
60. Harrison D, Chick J. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction* 89(12) (1994): 1613-7.
61. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. **สถิติประยุกต์ทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540
62. ทัสสนี นุชประยูรและเต็มศรีชำนิจารกิจ. **สถิติวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
63. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์และทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เท็กซ์แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น, 2545
64. บดี ฐนะมันและทัสสนี นุชประยูร. **การวิจัยชุมชนทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
65. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ, 2544.
66. ดุสิต สุจิรวรัตน์. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เล่มที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจริญดีการพิมพ์, 2544.
67. ธวัชชัย งามสันติวงศ์. **หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ 21 เซ็นจูรี่ จำกัด, 2543.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ก. ข้อมูลทั่วไป

เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง	อายุ	..... ปี
ศาสนา	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ .....
ภูมิลำเนา ( จังหวัดที่เกิด )				
E-mail address				

สถานภาพสมรส				
<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> ม่าย	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	อายุคู่สมรส .....	ปี
<input type="checkbox"/> สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกัน	อาชีพคู่สมรส .....			
<input type="checkbox"/> สมรสครั้งเดียวและแยกกันอยู่	จำนวนบุตรธิดา .... คน			หญิง .....
<input type="checkbox"/> สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง	ชาย .....			คน

ระดับการศึกษา
จบปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบัน..... ปีพ.ศ. ....
ขณะนี้กำลังศึกษาต่อเฉพาะทางสาขา ..... สถาบัน .....
จบแพทย์เฉพาะทางสาขา 1. .... สถาบัน .....
2. .... สถาบัน .....

## ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน

ท่านพึงพอใจกับวิชาชีพแพทย์	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย
ปัจจุบันท่านยังทำเวชปฏิบัติอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ทำ	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	เพราะ.....
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจากการทำเวชปฏิบัติในเวลา	.....	บาท/เดือน	( โดยประมาณ )
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา	.....	บาท/เดือน	( โดยประมาณ )
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนนอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ	.....	บาท/เดือน	( โดยประมาณ )

เลขที่แบบสอบถาม \_ \_ \_

ประวัติการทำงานด้านเวชปฏิบัติ				
	สังกัดภาครัฐ	เอกชน	ระยะเวลาที่ทำ (ปี-เดือน)	เวลาทำงาน (ช.ม./สัปดาห์)
เริ่มทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ปัจจุบันทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
เริ่มทำเวชปฏิบัตินอกเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ทำคลินิกส่วนตัว	-	-	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ประวัติการทำงานด้านอื่นรวมถึงธุรกิจส่วนตัว				
ประเภทกิจการ	ชื่อสถานประกอบการหรือหน่วยราชการ	ตำแหน่ง	จำนวนปีที่ทำ	จำนวนช.ม./สัปดาห์

## ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ

เวลานอนหลับโดยเฉลี่ย	<input type="checkbox"/> <4	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> > 8	ชั่วโมง/วัน
น้ำหนักปัจจุบัน	น้ำหนัก .....		กิโลกรัม	ส่วนสูง .....	เซนติเมตร
หมู่เลือด	<input type="checkbox"/> เอ	<input type="checkbox"/> บี	<input type="checkbox"/> โอ	<input type="checkbox"/> เอบี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปัญหาทางสายตา	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> สั้น	<input type="checkbox"/> ยาว	<input type="checkbox"/> เอียง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ .....

ประวัติโรคประจำตัวของท่านและบุคคลในครอบครัว (วินิจฉัยโดยแพทย์)										
	ไม่มี	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	หัวใจ	หลอดเลือดสมองตีบ/แตก	โรคหืด	ภูมิแพ้	โรคลมชัก	มะเร็ง	โรคอื่น
ตัวท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บิดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มารดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่น้อง.....คน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตร.....คน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(กรณีพี่น้อง, บุตร โปรดระบุจำนวนที่เจ็บป่วยลงในช่องว่างของแต่ละโรค)

เลขที่แบบสอบถาม \_\_\_\_\_

ประวัติด้านความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรบ้าง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
ท่านเคยนอนรักษาตัวในร.พ. หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หากเคยระบุโรค .....
ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หากเคยระบุการผ่าตัด .....
ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุประเภทอุบัติเหตุ .....
(ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)	
ท่านเคย " หลับใน " ขณะขับรถหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หากเคย <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> > 2 ครั้ง
(ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)	
ท่านมียาที่ท่านเป็นประจำหรือไม่ ( ไม่รวมยานอนหลับ )	<input type="checkbox"/> ไม่ทาน <input type="checkbox"/> ทาน โปรดระบุ .....
ท่านเคยแพ้ยา,อาหาร,สารเคมีหรือสิ่งอื่นๆหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ .....

พฤติกรรมส่วนตัว	
ประวัติการสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ปริมาณ ..... มวน /วัน เป็นระยะเวลา ..... ปี
	ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เลิกสูบ <input type="checkbox"/> ยังสูบบุหรี่
ประวัติการดื่มสุรา/เบียร์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ปริมาณ ..... แก้ว /วัน เป็นระยะเวลา ..... ปี
	ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เลิกดื่ม <input type="checkbox"/> ยังดื่มอยู่
ประวัติการใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุชนิด ..... เป็นระยะเวลา ..... ปี
	ปริมาณที่ใช้ต่อสัปดาห์ .....
	ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เลิกใช้ <input type="checkbox"/> ยังใช้อยู่

พฤติกรรมด้านสุขภาพ	
พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ	<input type="checkbox"/> < 6 เดือน <input type="checkbox"/> 6-12 เดือน <input type="checkbox"/> > 12 เดือน ที่ผ่านมา
ความถี่ในการพบทันตแพทย์	<input type="checkbox"/> 1 ครั้ง/ปี <input type="checkbox"/> 2 ครั้ง/ปี <input type="checkbox"/> > 2 ครั้ง/ปี <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
มีแพทย์ที่ท่านปรึกษาด้านสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
ท่านมีประกันชีวิตหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ..... ใบ ( จำนวนกรมธรรม์ )
พฤติกรรมเมื่อท่านเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย	<input type="checkbox"/> รักษาตนเอง <input type="checkbox"/> ปรึกษาแพทย์ประจำตัว
	<input type="checkbox"/> ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....
เมื่อเจ็บป่วยท่านมักเข้ารับการรักษาที่	<input type="checkbox"/> ร.พ.รัฐ <input type="checkbox"/> ร.พ.เอกชน <input type="checkbox"/> คลินิก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....

เลขที่แบบสอบถาม \_\_\_\_\_

ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	หากเคยตรวจครั้งแรกเมื่ออายุ .....	ปี
ความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปี	<input type="checkbox"/> ตรวจทุกปี	<input type="checkbox"/> < 1 ครั้งต่อปี	<input type="checkbox"/> > 1 ครั้งต่อปี	
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว	<input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตรวจ		

**ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต** (ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา)

ประเภทอาหาร	อาหารมังสวิรัต / ชีวจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> < 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> > 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ทุกวัน
	ประเภทเนื้อสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> < 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> > 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ทุกวัน
	อาหาร fast food	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> < 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> > 1 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ทุกวัน
	อื่นๆ ระบุ .....				
(อาหารกลุ่ม fast food เช่น แฮมเบเกอร์ แซนวิช พิซซ่า เป็นต้น)					
การออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> < 2 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 2-4 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> > 4 วัน/สัปดาห์
					ชนิดกีฬาที่เล่น .....
งานอดิเรก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	หากมีโปรดระบุ .....		
เที่ยวต่างจังหวัด / ต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	หากเคย <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> > 2 ครั้ง	
(ไม่รวมการไปประชุมต่างประเทศ/ต่างจังหวัด)					
กิจกรรมทางศาสนา	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> อ่านหนังสือธรรมะ	<input type="checkbox"/> ทำบุญตักบาตร	
			<input type="checkbox"/> ฟังธรรมะ	<input type="checkbox"/> ฝึกปฏิบัติธรรม	
			<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
เล่นการพนัน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	ระบุชนิด .....		
(รวมถึงพนันบอล)					
เล่นหุ้น	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	มูลค่าเงินที่ลงทุน .....	บาท (โดยประมาณ)	
(ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)					
			ผลลัพธ์ <input type="checkbox"/> กำไร	..... บาท	
			<input type="checkbox"/> ขาดทุน	..... บาท	
วิธีผ่อนคลายความเครียดที่ท่านเลือกใช้บ่อยที่สุด	<input type="checkbox"/> อ่านหนังสือ	<input type="checkbox"/> ดูภาพยนตร์ที่โรงภาพยนตร์	<input type="checkbox"/> ฟังเพลง		
(ตอบเพียง 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> ดูทีวี วีดีโอ	<input type="checkbox"/> เที่ยวต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> ปลูกต้นไม้	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....	
ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้ยานอนหลับ					
<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	หากเคย ปริมาณที่ใช้ .....			
		เม็ด/วัน และ .....			
		วัน/สัปดาห์			

ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ได้งานใหม่	<input type="checkbox"/> ถูกให้ออกจากงาน	<input type="checkbox"/> เกษียณ
ท่านประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต	<input type="checkbox"/> ได้บุตร	<input type="checkbox"/> คนที่รัก, นับถือ เสียชีวิต	
( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )	<input type="checkbox"/> แต่งงาน	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....

จ. ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่ท่านปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (มาก หมายถึง มากกว่า 70% ของผู้ป่วย, ปานกลาง หมายถึง 30-70% ของผู้ป่วย, น้อย หมายถึง น้อยกว่า 30% ของผู้ป่วย )

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่, ดื่มเหล้าให้เลิกสิ่งเหล่านี้	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ให้คำแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัย, การสวมหมวกนิรภัย	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย

ฉ. ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา  
ในขณะที่ปฏิบัติงาน ท่านมีโอกาสสัมผัสสิ่งเหล่านี้มากน้อยแค่ไหน

ปัจจัยด้านกายภาพ	สัมผัสทุกวันทำงาน	สัมผัสบ้างไม่ทุกวันทำงาน	ไม่สัมผัส	ไม่ทราบ
รังสี(ในการวินิจฉัยโรค)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แร่กัมมันตรังสี/รังสีในการรักษาโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แสงเลเซอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แสงอุลตราไวโอเล็ต(สำหรับฆ่าเชื้อ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เสียงดังจากอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เลื่อยไฟฟ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ยกของหนัก(ตั้งแต่ 20 กิโลกรัมขึ้นไป)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่น ๆ ระบุ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เลขที่แบบสอบถาม \_\_\_\_\_

ในขณะที่ปฏิบัติงาน ท่านมีโอกาสสัมผัสสิ่งเหล่านี้มากน้อยแค่ไหน

สารเคมี	สัมผัสทุก วันทำงาน	สัมผัสบ้าง ไม่ทุกวัน ทำงาน	ไม่สัมผัส	ไม่ทราบ
เอทิลีนออกไซด์(ethylene oxide)(ก๊าซ/น้ำยาที่ใช้ในการฆ่าเชื้อโรค)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (เช่น ไนตรัสออกไซด์ ฮาโลเธน เอ็นฟลูแรน )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ยารักษาโรคมะเร็ง (เช่น วินคริสทีน อราบิโนซัยท์ ฟลูออโรยูราซิล)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สาร methyl methacrylate (กาวประสานกระดูกกับ prosthesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ยา ribavirin (ยาพันรักษาการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฟอร์มาลีน หรือ ฟอร์มาลดิไฮด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สารตัวทำละลาย (เช่น โทลูอิน ซัยลีน แล็กเกอร์ ทินเนอร์ สี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สารอคริลามายด์ (acrylamide) (เจลที่ใช้แยกสารในห้องทดลอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอ ควัน หรือฝุ่นของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ปรอท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่นๆ ระบุ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในขณะที่ปฏิบัติงาน ท่านมีโอกาสสัมผัสสิ่งเหล่านี้มากน้อยแค่ไหน

ปัจจัยด้านชีวภาพ	สัมผัสทุกวันทำงาน	สัมผัสบ้าง ไม่ทุกวันทำงาน	ไม่สัมผัส	ไม่ทราบ
เลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มูก/สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
น้ำคร่ำ/สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อยู่ในห้องที่มีผู้ป่วยวัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ให้การตรวจรักษา/ ผ่าตัดผู้ติดเชื้อเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่นๆ ระบุ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ขอขอบคุณที่ท่านสละเวลาในการกรอกข้อมูล

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม เกิดเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2518 ที่เขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ในปีการศึกษา 2542 และเป็นแพทย์ใช้ทุนที่จังหวัดสุโขทัย 2 ปี หลังจากนั้นเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตในหลักสูตรการศึกษาศาสตร์ ประจำบ้าน สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 ต้นสังกัดโรงพยาบาลอ่าวอุดม อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนายแพทย์ 4



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย