



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 2/5 เรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพ)

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล

มีนาคม 2547

สัญญาเลขที่ RDG 4630006

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 2/5 เรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพ)

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |

โครงการนี้เป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สสส.และ สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

Abstract

Thai Physicians Health Survey

Physicians often conduct research on other occupations' health or general populations' health, but their health has hardly been studied systematically. The authors conducted a cross-sectional descriptive survey on 440 physicians systematically selected from their medical license numbers. The response rate was 86.4 % (380 out of 440). Two-hundred and twenty-nine were male, and 151 were female. Their average age was 40.8 years. Most of them were Buddhists (93.9 %), specialists (64.2 %), married only once and still lived with their spouses (59.5 %), and still practiced medicine (95.5 %). Their overall satisfaction as physicians was 60.2 % high, and 37.2 % moderate. Their average sleep time was 6-8 hours per night for 58.9 %. Most had eye problems (74.9 %) and most were refractive errors such as myopia. Most (63.8 %) of them did not have any prevalent diseases. Whereas those who had diseases had (in order) allergy, hypertension, asthma, diabetes, and cancer. Their current illnesses were mostly respiratory tract infection. Most physicians did not smoke (77.9 %) nor drink alcohol (63.9 %). Most of them were not vegetarians (60.4 %), did not eat fast food (99.2 %), and exercised less than twice per week (41.4 %). As expected, 23.7 % of them were exposed to blood, 14.5 % to respiratory tract secretion, and 13.7 % to pus/ secretion from wounds. This study serves as a basis for health promotion approach to medical community and does create awareness of health among Thai physicians.

บทที่ 1

บทนำ

วิชาชีพแพทย์ (Medical Profession) เป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมมนุษย์มาหลายยุคหลายสมัย บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพแพทย์นั้นได้รับการยกย่องจากสังคมหรือประชาชนทั่วไป ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ด้วยคุณลักษณะของอาชีพและด้วยคุณธรรมของแพทย์เอง ในสังคมทั่วไป “แพทย์” เป็นต้นแบบของควมมีสุขภาพดีทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แม้ความเจริญทางด้านวิทยาการเทคโนโลยีก้าวไปอย่างรวดเร็วและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะเหินห่างกันออกไปบ้าง แต่ความยอมรับของสังคมที่ยังนับถือ “แพทย์” ให้เป็นต้นแบบของควมมีสุขภาพดีนั้นยังอยู่ตราบนานเท่านาน

เมื่อมองย้อนกลับไปแพทย์ทำงานหนักเริ่มตั้งแต่แรกเข้าศึกษาในระบบการฝึกอบรมตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์จนถึงแพทย์ประจำบ้านและตลอดช่วงชีวิตการทำงานของแพทย์ มีการศึกษาของมหาวิทยาลัยอัลเบอร์ต้าแสดงถึงการทำงานในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วทำงาน 85 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ถึง 2 เท่า และการทำงานที่มากเกินไปนี้เป็นสิ่งสำคัญมากที่ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของแพทย์¹ ช่วงก่อนศตวรรษที่ 19 พ บ ว ามีแพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยเป็นจำนวนมากเนื่องจากอุทิศเวลาให้กับงานมาก ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง แต่พอเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการเฝ้าระวังและดูแลกันในกลุ่มแพทย์มากขึ้น ทำให้อัตราการตายลดลงได้บ้าง²

เมื่อเวลาผ่านไปสังคมมีการเปลี่ยนแปลง มีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ประชากรเพิ่มขึ้นและมีการเรียกร้องจากสังคมภายนอกมากขึ้น แพทย์จึงต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งยังต้องทำงานนอกเวลาเพื่อจุนเจือเศรษฐกิจของครอบครัว ขณะเดียวกันก็ต้องแบ่งเวลาให้กับครอบครัวด้วย Owen³ กล่าวถึง แบบแผนการจัดสรรเวลาในชีวิต (Time – Allocation Model) ไว้ว่า ชีวิตควรมีการแบ่งเวลาในสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างกิจกรรมหลัก 3 ประการ คือ การทำงาน การพักผ่อนและการใช้เวลากับครอบครัว หากแพทย์ผู้ใดจัดให้อยู่ในสมดุลได้ ก็ประสบความสำเร็จและสร้างศักยภาพให้กับวิชาชีพแพทย์ได้ แต่ถ้าแพทย์บริหารจัดการล้มเหลวก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตครอบครัวได้ จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ชาวแคนาดาพบว่า 63% ให้ความเห็นว่าแพทย์มีงานที่หนักมาก และ 55% กล่าวว่าชีวิตการทำงานของแพทย์มีผลกระทบต่อครอบครัวและชีวิตส่วนตัวอย่างมาก⁴

นอกจากนี้การทำงานที่มากเกินไปยังมีผลต่อสภาวะจิตใจอันก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและจิต ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นเกิดจากลักษณะ

งานที่มีความเครียด ความขัดแย้งในบทบาทวิชาชีพ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความไม่พึงพอใจในงาน ตลอดจนปัญหาความรับผิดชอบงานหลายด้าน เงินเดือนและผลประโยชน์ตอบแทนไม่เหมาะสม

ไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ สิ่งเหล่านี้เป็นแรงกดดันในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้⁵ เนื่องจากบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ทักษะ และพฤติกรรมในทางลบ ได้แก่ ร่างกายอ่อนเพลีย ความท้อแท้ใจ ไม่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ละเลยงาน มองไม่เห็นความสำคัญของมนุษย์^{5,6} ทำให้ขาดความสนใจในการปฏิบัติงานและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยได้

อีกประการหนึ่งนั้น อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสี่ยง กล่าวคือการทำงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งคุกคามสุขภาพ (health hazards) หลากหลายประเภท ได้แก่ เชื้อโรค สารเคมี รังสีต่างๆ เป็นต้น จะเห็นว่าเป็นงานที่เสี่ยงต่ออันตรายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เฉพาะทางบางสาขา อาทิเช่น ศัลยแพทย์ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะทำผ่าตัดและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมมากกว่าแพทย์ทั่วไป วิสัญญีแพทย์ซึ่งสัมผัสกับยาเสพติดหลากหลายประเภท รังสีแพทย์ที่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับแร่กัมมันตรังสี และรังสีในการรักษาโรคต่างๆ พยาธิแพทย์ซึ่งต้องสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมและย้อมสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพของแพทย์^{7,8} นอกจากความเสี่ยงเหล่านี้แล้ว การทำงานของแพทย์ทำให้เกิดความเครียดตลอดเวลา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁹ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ต้องมีความรู้และทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความจำเพาะค่อนข้างสูงในอาชีพแพทย์ ซึ่งอาชีพอื่นไม่มี นั่นก็คือ

อ

การทำงานไม่เป็นเวลา การต้องมาปฏิบัติงานกลางดึก การได้รับโทรศัพท์ปรึกษาหรือถูกตามไปดูแลรักษาเมื่อไรก็ได้

นอกจากสภาพงานดังกล่าวข้างต้น ยังมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของแพทย์ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป อันได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ภาวะเงินเฟ้อ การจราจรติดขัด สภาพแวดล้อมเป็นพิษ การมีประชากรหนาแน่นเกินไป การมีอาชญากรรม เป็นต้น ตลอดจนความตึงเครียดและความสับสนวุ่นวายของชีวิตสมัยใหม่ พัฒนาการของระบบสารสนเทศ ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เกือบทุกเรื่องในระบบสังคม ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งสิ้น⁹

ความเครียดต่อร่างกายและจิตใจดังกล่าว อาจทำให้แพทย์ขาดความสนใจและไม่ให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับแพทย์เองมีความรู้ด้านการแพทย์ ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป¹⁰ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยไม่ถูกต้องแม่นยำ อีกกรณีหนึ่งที่แพทย์ต้องเครียด

กับงานที่รับผิดชอบนอกเวลาแล้วต้องขับรถก็มีอุบัติการณ์ที่ประสบอุบัติเหตุค่อนข้างสูง¹¹ การที่แพทย์เสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมไป ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยประสบการณ์ จึงเกิดความเชี่ยวชาญและแตกฉานในสาขาวิชานั้น ๆ ยิ่งมีอายุมากก็ยิ่งมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเป็นลำดับ อีกทั้งการรับอยู่เวรนอกเวลาจากโรงพยาบาลเอกชนเพื่อหารายได้พิเศษเพิ่มเติมทำให้ไม่มีเวลาว่างสำหรับการสนทนา การเล่นเกม การพักผ่อน การมีสังคมกับเพื่อนร่วมงาน และแม้กระทั่งให้เวลากับครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของแพทย์อยู่ในขั้นที่น่าเป็นห่วง ทั้งหมดเป็นผลที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีผู้ใดในประเทศไทยสนใจศึกษามาก่อน

มีข้อมูลที่น่าสนใจจากต่างประเทศ พบว่า การประสบอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างสูง และการที่แพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยก่อนวัยอันควรก็มีอุบัติการณ์สูง เช่นกัน^{8,11} ซึ่งเป็นไปได้ว่า อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน^{8,9,11,12} เป็นต้น จึงเป็นเรื่องที่น่าเสียดายที่รัฐได้ลงทุนสร้างบุคลากรแพทย์นับเป็นมูลค่ามหาศาลในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข แต่ผลผลิตแพทย์ที่กลับสู่สังคมมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่ ในทางเศรษฐศาสตร์ จึงถือว่าการลงทุนสร้างแพทย์นั้นค่อนข้างสูงแต่กลับได้ผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า ทั้งยังขาดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่องอันก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกับประชาชนชาวไทย

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าถ้าแพทย์ให้ความสนใจกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองมากขึ้น แพทย์ไทยจะมีสุขภาพดีทั้งในวันนี้และในวันข้างหน้า อีกทั้งยังเป็นผู้ที่พร้อมด้วยคุณสมบัติในการให้คำแนะนำ และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป “ สุขภาพดีถ้วนหน้า ” ก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับประชาชนชาวไทย

คำถามการวิจัย

อัตราของภาวะความเจ็บป่วยในโรคกลุ่มต่าง ๆ ของแพทย์ไทยเป็นเท่าไร
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแพทย์ไทยมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไปของแพทย์ไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

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

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ

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

ตัวแปรตาม

อัตราชุกของความเจ็บป่วยของโรคกลุ่มต่าง ๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยวิธีใช้แบบสอบถามนั้นเปรียบเสมือนการรับฟังคำบอกเล่าจากผู้ตอบข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งไม่อาจพิสูจน์ให้แน่นอนได้ว่าถูกต้องมากนักเพียงใด

ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถควบคุมอคติที่อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ (Volunteer bias)

ปัญหาด้านจริยธรรม

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในหัวข้อต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อมูลเฉพาะบุคคล ข้อมูลด้านวิชาชีพ และการทำงาน ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพขณะทำงาน ซึ่งเป็นเพียงการตอบแบบสอบถามไม่มีการกระทำใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้น การนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของบุคคลนั้น การตอบแบบสอบถามเป็นการขอความร่วมมือ โดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับ อีกทั้งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ก็จะประโยชน์ต่องานวิจัยและผู้ตอบแบบสอบถามยังได้ประโยชน์ในการตระหนักถึงการดูแล สุขภาพอีกด้วย

นิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

แพทย์ไทย หมายถึง ผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

การสำรวจภาวะสุขภาพ หมายถึง การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการศึกษานี้จะใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self – administered questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

โครงการสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์นี้ นับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และไม่เคยทำมาก่อนเนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนของทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศ การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย พอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

1. ทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพแพทย์กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาและนำเสนอข้อมูลให้กับแพทย์ได้ทราบ
2. เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการสร้างสมมุติฐานเพื่อการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต่อไป
3. ใช้เป็นต้นแบบของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือวิชาชีพอื่นได้ เช่น พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เป็นต้น และนำมาเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ แสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น
4. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับกลยุทธ์การรณรงค์ให้แพทย์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น อีกทั้งสามารถนำมาปรับใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือของประชาชนมากที่สุด ถ้าทำให้แพทย์เกิดศรัทธากับแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ แพทย์ก็จะเป็นกลไกสำคัญ และเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติตาม

5. นำผลที่ได้ไปขยายกิจกรรมโดยการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่มีการเฝ้าระวังได้ครบถ้วนแบบก้าวหน้าและมีระเบียบแบบแผนจะช่วยสร้างต้นแบบของการบริหาร การทำวิจัยและการให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปได้

6. นับเป็นโอกาสอันดีที่แพทย์มีความใส่ใจต่อสุขภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ครบสี่มิติตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปก็เป็นผลดีกลับสู่ประชาชนได้โดยตรง อีกทั้งยังสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อสมาชิกแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมั่นคงอยู่ควบคู่กับสังคมไทยต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้นำเสนอเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

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

1. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับของแพทยสภา ตั้งขึ้นด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2543¹³ 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 และสถานพยาบาล ในการจัดการศึกษาต่อเนื่อง

5.5 ตรวจสอบ ประเมิน และรับรองคุณภาพของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องที่ สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพจัดขึ้น

5.6 เผยแพร่ให้สาธารณชนรับทราบถึงกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์อย่าง สม่ำเสมอ

5.7 ออกระเบียบต่าง ๆ ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

5.8 รายงานกิจกรรมต่อแพทยสภาเป็นครั้งคราว และเป็นประจำปี

หมวด 2

คำจำกัดความ ประเภทของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

ข้อ 6 ในข้อบังคับนี้

"การศึกษาต่อเนื่อง" หมายความว่า การศึกษาและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางวิชาการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพให้อยู่ ในระดับมาตรฐาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และหมายความรวมถึงกิจกรรมใด ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการพัฒนาตนเอง แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อไปประยุกต์ใช้ในการ การแพทย์และสาธารณสุขได้

แพทยสภาเป็นองค์กรที่ดูแลและให้ข้อมูลข่าวสารกับแพทย์มาตลอด และเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 ได้เริ่มมีการจัดตั้งศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.) ภายใต้การกำกับของแพทยสภา จึง ได้เริ่มมีการสำรวจทะเบียนแพทย์ขึ้น (ตารางที่ 2-1) และด้วยการพัฒนาระบบการติดตามบวกับ กระแสการตื่นตัวเรื่องการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ในปีนี้ (พ.ศ. 2545) ทำให้มีการตอบรับและยืนยันชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบันมากถึงร้อยละ 87.2 จึงนับเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยจะมีแหล่งเก็บข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแพทย์อย่างเป็นระบบซึ่งมีประโยชน์มากในเรื่องของฐานข้อมูลในการที่จะค้นคว้าวิจัย การเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร การวางแผนงานและนโยบายต่างๆรวมถึงการรณรงค์และการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ แพทย์ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับสถานการณ์ ภาวะสุขภาพแพทย์ที่มีชีวิตและปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะมีผลต่อสุขภาพ เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อ นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่น่าเชื่อถือและช่วยให้แพทย์มีความตระหนักเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและดูแล ตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพและเชื่อมโยงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ไปสู่ประชาชนได้

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%)
รวมทั้งสิ้น	24,953	26,200	27,477

หมายเหตุ *ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เริ่มก่อตั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543

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

ในต่างประเทศจะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพแพทย์และปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากมีฐานข้อมูลและมีระบบบันทึกที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สะดวกต่อการค้นคว้า ศึกษาวิจัยในเรื่องต่าง ๆ มีความก้าวหน้าทางด้านวิชาการและงานวิจัย และมีผลต่อการวางแผนหรือนโยบายเพื่อการวางแผนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าการมีฐานข้อมูลที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัย ด้านการศึกษา ด้านการบริหาร ด้านสังคม เป็นต้น การที่แพทยสภาได้มีการจัดตั้งศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ขึ้น ด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าวแล้ว ข้างต้น และมีการรวบรวมรายชื่อทะเบียนแพทย์ทั่วประเทศ ที่ถูกรวบรวมไว้ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นับเป็นโอกาสอันดีที่จะได้มีการพัฒนาศูนย์รวมข้อมูลให้เป็นฐานเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

2. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ. 2525)¹⁴ เขียนไว้ว่า สุขภาพประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ สุขและสภาพหรือสภาวะ สุข หมายถึง ความสบาย ความสำราญ ความปราศจากโรค ส่วนสภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ สุขภาพจึงหมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายคำว่า “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) จากนั้นมาจึงมีการใช้คำนี้ทั่วไป¹⁵ ปัจจุบันนี้มีการใช้ถ้อยคำที่จะอธิบายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีอยู่มาก เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (well – being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นต้น

มีผู้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้หลายแนวคิด ความหมายจึงไม่แน่นอนแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา ค่านิยม โครงสร้างสังคม ประสบการณ์ความรู้ ความหมายจึงค่อนข้างกว้างและซับซ้อนแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย แต่ในทุกความหมายมีข้อสรุปตรงกันที่ “ความเป็นอยู่ที่ดี” ของมนุษย์^{16,17,18} ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (ค.ศ.1996) ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึงแนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวาง อันเป็นผลซับซ้อนจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพของจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ¹⁶

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน¹⁴ นั้น คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับ ชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิตหมายถึงสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกละเอียด ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ คือ หนึ่ง มีอิสรภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และ ความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่าง ๆ สอง คือ มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเอง ได้แก่ โอกาสที่จะสร้างสัมพันธ์ทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และผู้ร่วมงาน โอกาสที่จะได้มีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของครอบครัว ความสามารถที่จะเข้าถึงความสวยงามตลอดจนความเพลิดเพลินทางสติปัญญาซึ่งหมายถึง การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ งานแสดงดนตรี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่น ๆ รวมไปถึงความสามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมที่มีไว้เพื่อนันทนาการ เช่น การท่องเที่ยว การกีฬา การอ่านและการดูโทรทัศน์ เป็นต้น¹⁹

คณะกรรมการประสานงานโครงการปรัณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2529) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งความจำเป็นพื้นฐานหมายถึง ความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์แต่ละคนในสังคม²⁰

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

จากการศึกษาความหมายของสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่วนสำคัญที่สุด คือ การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ดังนั้น องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต จึงน่าจะเป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่ควรทราบเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งมีข้อสรุปแตกต่างกันไปตามแต่ละการศึกษา 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)²¹

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

จากการศึกษาของอัจฉราและเชจิรัส²³ 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 เป็น

ซึ่งจะพบว่าองค์ประกอบในระดับมหภาคนี้ ถือเป็นดัชนีของสังคม (social Indicators) องค์ประกอบหรือปัจจัยเหล่านี้ จะเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดหรือคาดประมาณความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลในระดับชุมชนหรือประเทศได้

ฟลานาแกน (Flanagan)²⁴ ทำการศึกษา คุณภาพชีวิตของชาวอเมริกันพบว่าเรื่องต่าง ๆ ที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่กำหนดว่าเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตมี 15 เรื่อง เรียกว่า มิติของความพึงพอใจในชีวิต (Domain Life Satisfaction) มีรายละเอียดดังนี้ 1.) ความปรารถนาทางด้านร่างกาย 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.) การพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกอิ่มเอมใจ (Fulfilment) 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 Saward²⁸ (ค.ศ.1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกยินดีที่เกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ ปรารถนา หรือคาดหวัง ซึ่งบุคคลได้รับจากงานที่เขาปฏิบัติอยู่

Campbell²⁶ ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตไว้ว่า เป็น ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลซึ่งเปรียบเทียบระหว่างความสุขสบายในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่คาดหวังในมิติต่าง ๆ กัน

มีผู้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติของคุณภาพชีวิต หลายท่าน^{24,26,27,28,29} พยายามสรุปมิติของความพึงพอใจในชีวิตออกเป็น 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

อัครมนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง รวมถึง ค่านิยมและคุณค่าของลักษณะเหล่านั้นเป็นสิ่งที่บุคคลสะสมไว้ตั้งแต่เริ่มรับรู้ (perceives) เข้าใจ (conceives) และประเมิน (evaluate) สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว³⁰ การที่บุคคลมองตนเองว่าตนเองมีความเป็นอยู่ อย่างไรวินั้น เป็นการประเมินเชิงจิตวิสัยโดยเจ้าตัวบอเอง (self-evaluation)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ถูกกล่าวถึงในแต่ละงานวิจัยมีแตกต่างกันไป โดยจะคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันไปบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแม้ว่าจะไม่ครอบคลุมทุกประการ แต่ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านั้นล้วนแต่ให้ประโยชน์ในแงุ่มที่แตกต่างกันไปทั้งสิ้น

องค์การ UNESCO³¹ 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 ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติ ต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัชีวิตรวมถึงความพึงพอใจในชีวิต

Frank-Stromberg^{28,29,32,33} ประเมินคุณภาพชีวิตใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data)

เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยบุคคลโดยผู้อื่นเป็นผู้ประเมิน เช่น ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาวะความเจ็บป่วย ผู้ประเมินคือ บุคลากรทางการแพทย์ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยตัวบุคคลผู้นั้นเอง ผลออกมาเป็นคะแนน

3. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นบรรยาย (subjective scale yielding qualitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยตัวบุคคลผู้นั้นเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงลักษณะสภาพที่บุคคลผู้นั้นเป็นอยู่

การประเมินคุณภาพชีวิต การสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต หรือตัวชี้วัดดังกล่าวมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กัแนวความคิดที่แตกต่างกันไปในแต่ละสาขาวิชา การให้ค่านิยมและ

ความหมายรวมถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่แสดงถึงเรื่องต่าง ๆ ของชีวิตที่ควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต

ในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมักกล่าวถึงทฤษฎีของ Maslow ว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการอยู่เสมอและเป็นความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด โดยมีลำดับชั้นความสำคัญอยู่ ถ้าความต้องการชั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้วจะนำไปสู่ความต้องการชั้นสูงต่อไป เรียกลำดับชั้นความต้องการนี้ว่า Maslow 's Hierarchy of Needs³⁴ ซึ่งกล่าวถึง ความต้องการของมนุษย์ใน 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 วัยเด็กต้องการการปกป้องคุ้มครองจากผู้ใหญ่ 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. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนาสูงสุดโดยอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง (self actualization needs) ซึ่งเป็นความต้องการชั้นสูงสุดของมนุษย์ เช่น ความต้องการเป็นคนดี มีคุณธรรม ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้อยู่ในตำแหน่งบริหาร ใช้ความสามารถของตนเองให้เต็มที่ เป็นต้น

การที่มนุษย์ได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายในจำนวนที่เหมาะสมจะทำให้มนุษย์มีสุขภาพกายดี และการได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจอย่างเพียงพอ จะทำให้มนุษย์มีสุขภาพจิตดี การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีจะนำความสุขความพอใจมาสู่มนุษย์ นั่นคือ การได้รับสิ่งที่ต้องการจะนำความสุข ความพอใจมาสู่มนุษย์ ซึ่งหมายถึง การมีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

หากสรุปปัจจัยต่างๆ อย่างกว้างๆ แล้ว สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตล้วนตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ตามทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ปัจจัยทางด้าน กาย จิตและสังคม

แพทย์เป็นอาชีพที่สามารถบรรลุถึง ความต้องการขั้นสูงสุดของมาสโลว์(Maslow's hierarchy of needs) คือ มีความรู้สึกอิ่มเอมใจ (fulfilment) เพราะเมื่อแพทย์ได้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยแล้วจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า³⁵ การศึกษาของ Chuck และคณะ³⁶ พบว่าแพทย์มีความพึงพอใจในงานที่ทำ ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงคุณค่าคุณธรรมและความนับถือตนเอง ที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้รู้สึกสนุกและพึงพอใจในงานที่ทำ

จากความหมายของสุขภาพ ที่องค์การอนามัยโลก¹⁵ ได้ให้คำนิยามตามที่กล่าวถึง ข้างต้น การมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ บุคคลที่ประกอบวิชาชีพแพทย์ควรเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่จากการทำงานที่หนักและต้องทำงานไม่เป็นเวลานี้เองอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแพทย์ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดสุขภาพทางด้านร่างกายเป็นอัตราส่วนของความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ส่วนทางด้านสังคมและจิตใจจะได้รับการประเมินโดยตัวบุคคลผู้ประเมินผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงลักษณะสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

3. การส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น³⁷

เกษม นครเขตต์³⁸ ได้อ้างถึงนักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศได้ให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าหมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Life styles for Disease Prevention) โดยเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค จะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้น จัดเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก เพราะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมยุคปัจจุบัน ในประเทศไทยความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ แม้ว่าจะได้มีการนำคำนี้มาใช้อย่างกว้างขวาง แต่ก็เป็นการนำไปใช้ในความหมายที่คับแคบเฉพาะทาง ซึ่งมักจะมุ่งประเด็นไปที่การส่งเสริมสุขภาพทางกาย และบางครั้งได้มีการใช้คำว่า “Health Promotion” ในความหมายเดียวกับ “Health Protection” หรือ “Health Prevention”

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ คนแรกทีกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ คือ แฮริสและกูเตน (Haris and Guten)³⁹ ได้ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ

กอชแมน (Gochman อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์)⁴⁰ ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น

เพนเดอร์ (Pender)⁴¹ กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพนเดอร์ ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่สำคัญของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้งสององค์ประกอบนี้มีพื้นฐานในการ จูงใจ และมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว และสังคม เป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการกระทำ (Approach Behavior) ไม่มีจุดเน้นที่โรคและปัญหาสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

ส่วนการป้องกันโรค ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรง ต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของร่างกายของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการป้องกันระยะแรก ส่วนการป้องกันระยะที่ 2 มีจุดเน้นที่การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและให้การรักษาทันที เพื่อหยุดยั้งกระบวนการเกิดพยาธิสภาพ และการป้องกันโรคระยะที่ 3 เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น เป็นพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเกิดโรค (Avoid Behavior) มุ่งเน้นที่โรคและปัญหาสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ขัดขวางหรือยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพที่มีผลต่อ

สุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้การเกิดพฤติกรรม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้าน⁴¹ 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

แผนภูมิที่ 2-1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับ 1987

(Pender's Health Promotion Model, 1987)

ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้

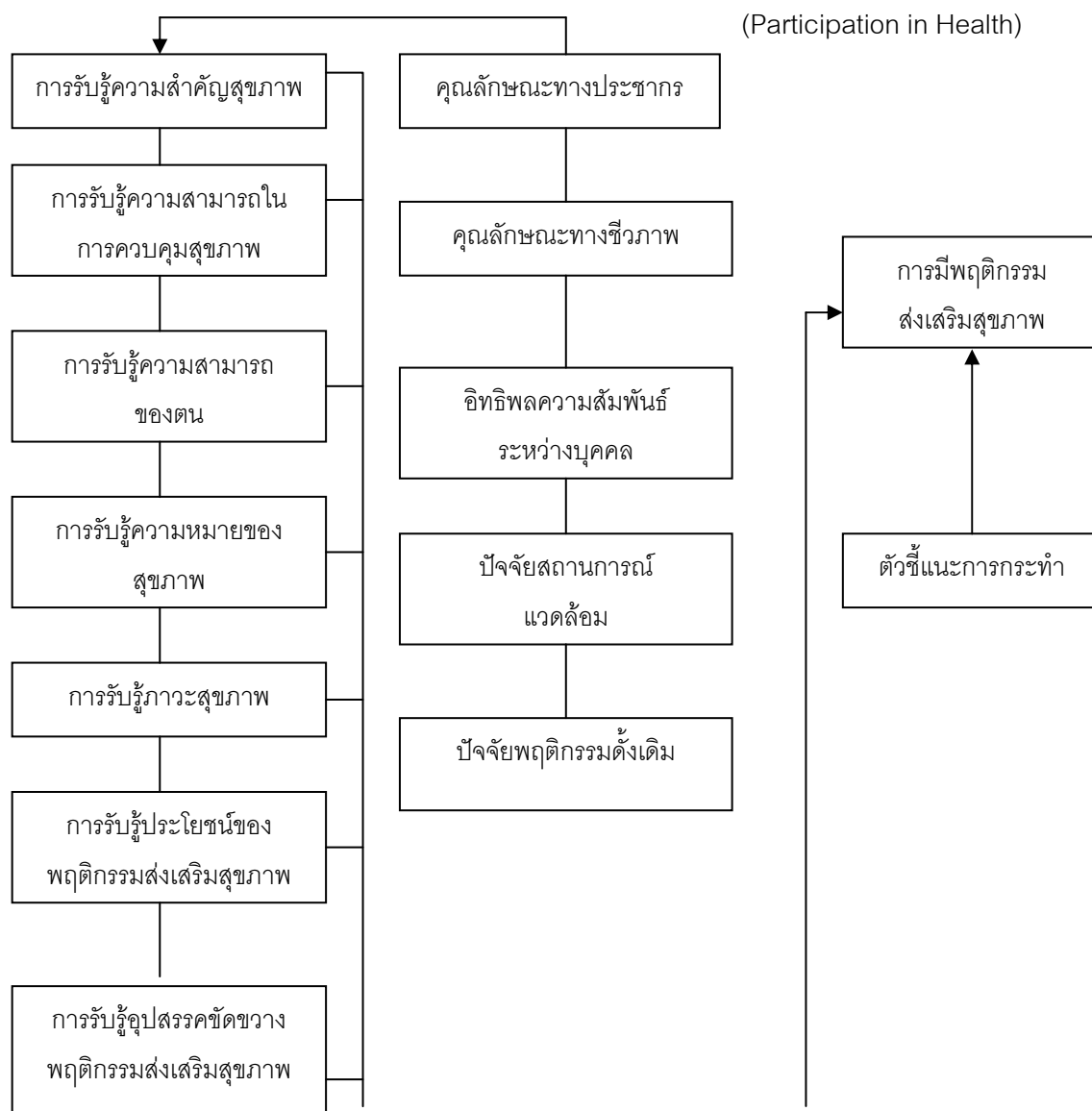
ปัจจัยร่วม

การแสดงพฤติกรรม

(Cognitive – Perceptual Factors)

(Modifying factors)

ส่งเสริมสุขภาพ



ต่อมา เพนเดอร์ได้ปรับปรุงและคิดค้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model 1996)⁴² โดยตัดตัวแปรที่ไม่ชัดเจน เช่น ตัวชี้แนะการกระทำ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ตลอดจนปรับเพิ่มเติมตัวแปรทางประชากร และลักษณะทาง ชีวภาพ โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เคยมีมาก่อนว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 ด้าน คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristic and Experience) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำภายหลังปัจจัยอันเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตนั้น ซึ่งประกอบด้วย

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

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ในเรื่องของปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal Biologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปร ต่าง 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 ใ้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมาย มีพื้นฐานมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง

ประสบการณ์ที่เกิดจากการเห็นการกระทำของผู้อื่น การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ประการสุดท้ายคือสภาพร่างกาย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่กระทำ (Activity – Related Affect) เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรม แล้วถูกตัดสินด้วยความคิดและเก็บไว้ในความจำ จากนั้น จึงนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในเวลาต่อมา

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

อิทธิพลระหว่างบุคคลถือว่าเป็นตัวแปรสำคัญ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences) ว่าจะเอื้อ หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

3. ผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Behavior Outcomes) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Actions) คือ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้กระบวนการด้านความรู้สึก ความเข้าใจ ได้แก่ความมุ่งมั่นและการวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรม 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

ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง รวมทั้งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นแรงกดดันทางสังคมหรือส่งเสริมให้บุคคลคิดที่จะปฏิบัติ อีกทั้งในเรื่องของการรับรู้ประโยชน์จะช่วยเสริมแรงในทางบวกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น จะเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ เป็นกลไกสำคัญของการให้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งต่อตัวแพทย์เองและประชาชนทั่วไป

4. สิ่งคุกคามสุขภาพ

สิ่งคุกคาม⁴³ (hazard) คือ ปัจจัยหรือสถานการณ์บางอย่างในสถานที่ทำงานที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย

ความเสี่ยง⁴³ (risk) คือ ผลรวมระหว่างองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ

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

นิยามเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ⁴⁴

1. โรคเหตุอาชีพหรือโรคจากการประกอบอาชีพ (occupational disease) หมายถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน 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 อาจแบ่งออกเป็น⁴⁵

1. อันตรายจากสารเคมี (Chemical hazards) ปฏิบัติการเกิดพิษของสารเคมีต่อร่างกายแบ่งได้ดังนี้

- 1) สารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง (irritants)
- 2) สารที่ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน (asphyxiants)
 - ชนิดธรรมดา (simple asphyxiants)
 - ชนิดที่ให้ออกซิเจนเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย (chemical asphyxiants)
- 3) สารที่ทำให้หมดสติและ/หรือทำให้มีเมเา (anesthetics and narcotics)
- 4) สารที่เป็นพิษต่อทุกระบบของร่างกาย (systemic poisons) เช่น ระบบสร้างเลือด
- 5) สารที่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อปอด (lung scarring agent)
- 6) สารก่อมะเร็ง (carcinogens)

7) สารเคมีที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารก (teratogens)

8) สารเคมีที่ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (genetic mutation)

9) อื่น ๆ

2. อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical hazards) ได้แก่ เสียงความร้อน แสงสว่าง ความสั่นสะเทือนและกัมมันตรังสี

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

4. อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางกายวิภาคศาสตร์ (ergonomic hazards) คือวิชาที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการออกแบบงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน

ประโยชน์ของการยศาสตร์มีหลายประการได้แก่

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

มีการศึกษาจากหลายสถาบันที่แสดงว่าอาชีพแพทย์นั้นมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ^{7,8,11,54,58,60} Carpenter และคณะ⁸ ได้ทำการศึกษาสาเหตุการตายในกลุ่มแพทย์ในประเทศอังกฤษ และเวลส์ช่วงปีค.ศ.1962-1992 ในแพทย์ชายทั้งหมด 18,358 คน และแพทย์หญิง 2,168 คน กลุ่มอายุ 25-74 ปี โดยเปรียบเทียบอัตราตายกับประชากรทั่วไปพบว่าประชากรแพทย์มีอัตราตายต่ำกว่าประชากรทั่วไปอาจเนื่องจากมีอัตราการสูบบุหรี่ที่น้อยกว่าและมีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ส่วนในกลุ่มแพทย์เองนั้นพบว่าอุบัติเหตุการสัมผัสกับสารพิษ (accidental poisoning) ทำให้อัตราตายในกลุ่มแพทย์เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ชาย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มสูติ-นรีแพทย์ และในแพทย์หญิงพบสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นเป็น 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 พบความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่ม จิตแพทย์ (RR = 1.67) และแพทย์ด้านหู คอ จมูก (RR = 2.25) ส่วนใน ศัลยแพทย์ทั่วไปพบความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (RR = 2.40) ในจักษุแพทย์ พบความ

เสียงต่อมะเร็งกล่องเสียง (RR = 7.63) แต่ผลการศึกษา พบว่ามีนัยสำคัญเพียงเล็กน้อยของมะเร็งที่พบในแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้ นั่นอาจสะท้อนให้เห็นว่า สิ่งคุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพยังเป็นสิ่งที่เราต้องสืบค้นและศึกษาต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Linn และคณะ⁴⁶ 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 เรืองเดช⁴⁷ ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยศึกษาข้อมูลจากอาจารย์แพทย์จำนวน 217 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองด้วยวิธีการเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย ผลการวิจัยพบว่าอาจารย์แพทย์ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือมีค่าเท่ากับ 4.91 (SD = 0.69) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์เพศหญิงในมิติของงานบริการและชีวิตสังคมสูงกว่าอาจารย์แพทย์เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจารย์แพทย์ที่มีอายุในช่วง 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของงานวิจัย งานบริการ ความพอใจในวิชาชีพ ความพอใจในงานโดยรวม ชีวิตส่วนตัว ชีวิตสังคม อัตราหนี้สินสูงกว่าอาจารย์แพทย์ที่มีอายุในช่วง 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chan และคณะ⁴⁸ ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มรังสีแพทย์ในสหรัฐอเมริกาโดยทำการสำรวจรังสีแพทย์ (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 ส่วนความพึงพอใจของรังสีแพทย์เพศหญิงและเพศชายนั้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Hojat M. และคณะ⁴⁹ 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 มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chuck และคณะ³⁶ ศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ โดยทำการสำรวจแพทย์จำนวน 406 คน ในโซลาโน รัฐแคลิฟอร์เนีย ใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ (mailed questionnaire) มีแพทย์ตอบกลับ 251 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ 62% ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในงานที่ทำ คิดเป็น 80% ของอัตราการตอบกลับ 92% มีความรู้สึกดีเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือคนไข้ 93% มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ 86% มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน กล่าวโดยสรุป พบว่าแพทย์มีความสนุกกับการทำงาน และมีความพึงพอใจโดยรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาขั้นปฐมภูมิและแพทย์ที่เน้นการรักษา (primary care and non-primary care physicians) ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงควมมีคุณธรรมและความนับถือตนเอง ที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้รู้สึกสนุกและพึงพอใจในงานที่ทำ

Frank และคณะ⁵⁰ ทำการสำรวจอัตราการใช้วิตามินและอาหารเสริมในแพทย์หญิงชาวอเมริกัน จำนวน 4,501 คน ระหว่างอายุ 30-70 ปี โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผลการศึกษาพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์หญิงมีการทานวิตามินเสริม ซึ่ง 35.5% ทานอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยังเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีการทาน Antioxidant เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและ

โรคกระดูกพรุน ในคนที่มีการทานวิตามินเสริมอย่างสม่ำเสมอพบว่า มีการบริโภคผักและผลไม้ทุกวัน มากกว่ากลุ่มที่ทานวิตามินเป็นบางครั้ง หรือกลุ่มที่ไม่ได้ทานวิตามินเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และมีการบริโภคอาหารประเภทไขมันน้อยกว่า ($p < 0.01$) ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มที่ทานมังสวิรัต ก็ยังมีการทานวิตามินเสริมสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ทานเนื้อสัตว์ สรุปได้ว่า แพทย์หญิงมีการตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ หรือโรคกระดูกพรุน จะมีการใช้วิตามินเสริม อย่างน้อยเท่ากับประชากรทั่วไป

แมคคอมิค⁵¹ 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) สาเหตุที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการรายงานที่เพิ่มขึ้นและมีการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นด้วย

คริสเทนเสน และคณะ⁵² ได้ศึกษาถึง ความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วย ของบุคลากรด้านสุขภาพ และผลของการปฏิบัติงานตามหลักการ Universal Precautions ทำการศึกษาเชิงสำรวจ โดยแจกแบบสอบถามชนิดนิรนาม จำนวน 1,308 ชุด แก่บุคลากรทุกคนที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วย ในโรงพยาบาลขนาด 380 เตียง และได้รับตอบแบบสอบถามคืน 901 ชุด (ร้อยละ 69) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ตอบแบบสอบถามเคยสัมผัสเลือดของผู้ป่วยในรอบสัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถาม แพทย์มีอัตราการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยสูงสุด รองลงมาคือพยาบาล จากบุคลากร 5 กลุ่มได้แก่แพทย์ พยาบาล พนักงานที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการชันสูตร ผู้ช่วยพยาบาล และนักเรียนพยาบาล

Dienstag และ Ryan⁵³ รายงานถึงอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขสูงกว่าบุคลากรอาชีพอื่น ๆ ถึง 6 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องอภิบาลคนไข้ ตลอดจนคลินิคแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาธิแพทย์ ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control, CDC) ประมาณว่ามีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี จากการได้รับเชื้อขณะปฏิบัติงาน 12,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ 500-600 คนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 700 -1,200 คน กลายเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี และในแต่ละปีมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 250 ราย

Beekmann และคณะ⁵⁴ ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในบุคลากรที่ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทง โดยการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวี จากรายงานการศึกษา 14 รายงาน พบว่าในจำนวนการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มหรือ ของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดของผู้ป่วยทิ่มแทง 2,000 ครั้ง มีเพียง 6 ครั้งเท่านั้นที่เกิดการติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์และ

สาธารณสุขที่ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทงมีเพียงร้อยละ 0.3 แม้ว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เอชไอวีในบุคลากรจะต่ำกว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสูงถึงร้อยละ 10-35 แต่การติดเชื้อเอชไอวี จะมีผลต่อบุคลากรมากกว่าทั้งในด้านชีวิต ค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบทางจิตสังคม

วิภา ภาวนาภรณ์⁵⁵ ศึกษาอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาหาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบยูนิเวอร์แซลพรีคชันของพยาบาลปฏิบัติงานการพยาบาล 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 ผลการศึกษาเกี่ยวกับยูนิเวอร์แซลพรีคชันพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี และมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกัน

สมหวัง ด้านชัยจิตร และคณะ⁵⁶ ได้ศึกษาอุบัติเหตุเข็มตำและถูกของมีคมบาด ในบุคลากรทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โดยการใช้แบบสอบถามในเดือนมกราคม 2535 จาก แบบสอบถาม 3,600 ชุด มีผู้ตอบกลับร้อยละ 80.8 ร้อยละ 51.5 ของบุคลากรจำได้ว่าเคยประสบอุบัติเหตุในรอบ 6 เดือนก่อน อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากถูกเข็มตำ รองลงมาคือถูกแก้วแตกและเครื่องมือมีคมบาดตามลำดับ เข็มที่มีรูใช้เจาะเลือดและฉีดยาเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุที่พบได้มากที่สุด ถ้าอุบัติการณ์ของการถูกเข็มตำ และถูกของมีคมบาดอยู่ในอัตราสูงเช่นนี้ พอจะคาดคะเนได้ว่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงานในประเทศไทยถึงปีละ 5.9 คน

Frank และคณะ⁵⁷ ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะของกุมารแพทย์หญิงในสหรัฐอเมริกา โดยการส่งแบบสอบถาม ไปยังกุมารแพทย์หญิง จำนวน 807 ราย เปรียบเทียบกับแพทย์หญิงสาขาอื่น จำนวน 4,501 ราย โดยทำการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ผลการศึกษาพบว่า กุมารแพทย์หญิงทำงานน้อยกว่าและมีรายได้ต่ำกว่า แต่มีความตึงเครียดจากการทำงานน้อยกว่า ทำงานไม่หนักมากและมีความพึงพอใจในอาชีพมากกว่าเมื่อเทียบกับแพทย์หญิงสาขาอื่น ทั้งยังมีการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการรักษาผิวพรรณ การรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักค่อนข้างดี กุมารแพทย์หญิงมีเปอร์เซ็นต์ของชีวิตคู่ จำนวนบุตรมากกว่าแพทย์หญิงสาขาอื่น มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมมากกว่า (Continuing medical education) แต่มีการออกกำลังกายที่น้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์หญิงส่วนใหญ่จะทำ mammogram ก็ต่อเมื่อมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ซึ่งอาจจะช้าเกินไปและในรายงานฉบับนี้ยังแนะนำให้มีการคัดกรองในกลุ่มแพทย์หญิงอย่างจริงจัง

Camargo และคณะ⁵⁸ ได้ทำการศึกษาแบบ 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 และคณะ⁵⁹ ได้ทำการศึกษาถึงภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดและอัตราการตายในแพทย์ชายชาวอเมริกัน เป็นการศึกษาแบบ Prospective cohort นายแพทย์ชายชาวอเมริกัน จำนวน 18,682 คน ที่มีอายุในช่วง 40-84 ปี พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง และการเพิ่มขึ้นของ Systolic blood pressure มีความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและระบบหลอดเลือด (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/แตก, ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน) และมีหลักฐานพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Alexander และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในวิสัญญีแพทย์ 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) นอกจากนี้ยังพบอัตราการตายที่มีความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นในกลุ่มวิสัญญีแพทย์ชาย (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 และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาแบบ Retrospective ในกลุ่มแพทย์ถึงแหล่งการดูแลสุขภาพ (RSOC = The regular source of care) และการดูแลสุขภาพตนเองที่สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติและคำแนะนำที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำในส่วนนี้ และมีความสัมพันธ์กับการเป็นแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา ซึ่งอาจมีผลต่อการบริการด้านป้องกันโรคในเวลาต่อมา

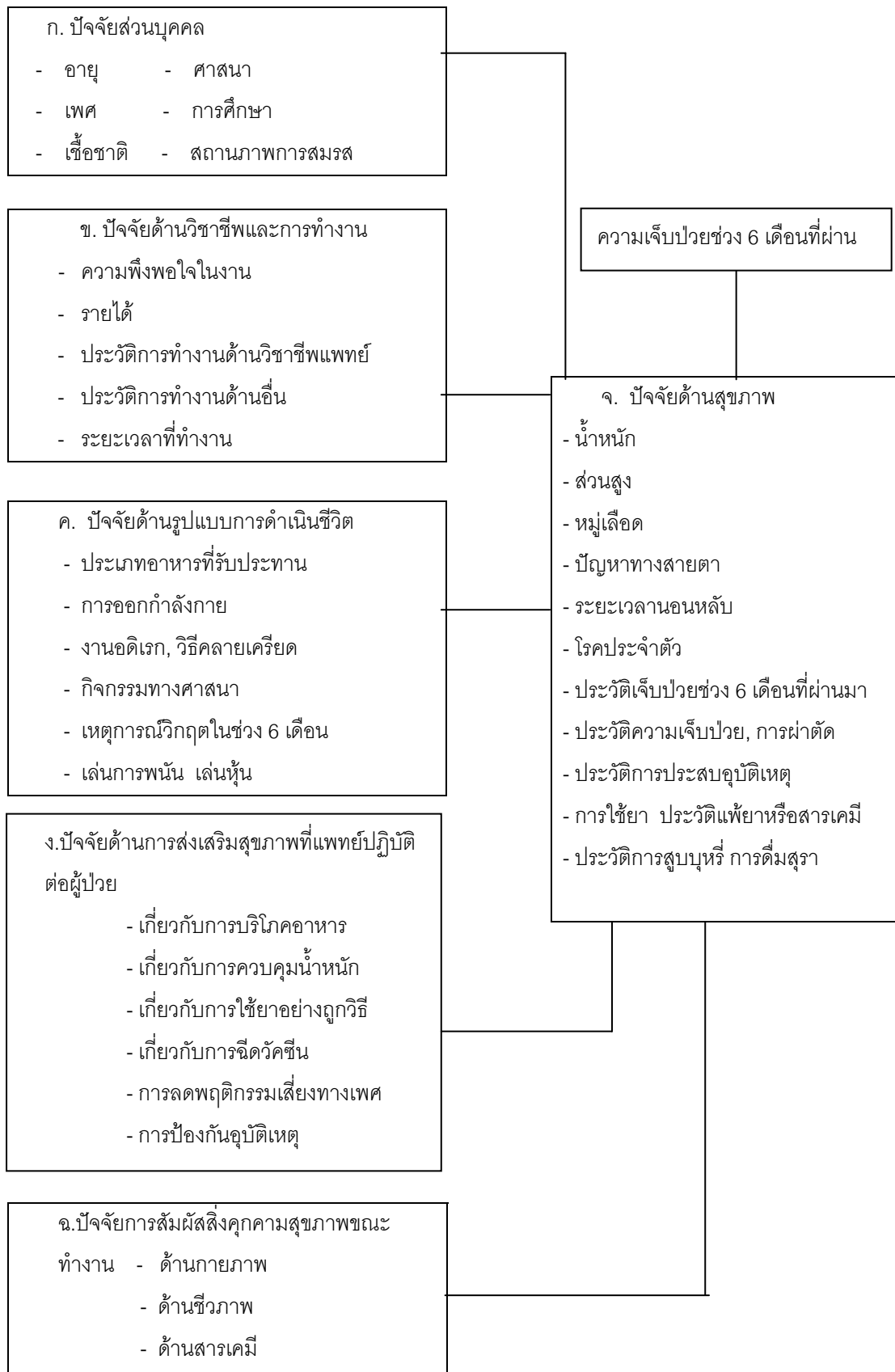
Harrison และคณะ⁶⁰ ได้ทำการศึกษาแนวโน้มอัตราการติดเหล้าในกลุ่มแพทย์ชายในสังกัดแลนด์ ที่เปลี่ยนไปในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ทำการศึกษา Prospective เป็นระยะเวลา 15 ปี (ในปี 1973-1987) สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็น แอลกอฮอล์ลิซึม (Alcoholism) ในกลุ่มแพทย์ เทียบกับวิชาชีพอื่นที่มีสังคมและเศรษฐกิจในระดับเดียวกัน และทำการปรับตามฐานอายุ (Age-specific adjusted rates)

สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นแอลกอฮอล์ลิซึม (Alcoholism) จะวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และลงรหัสตาม ICD-10 การศึกษาพบว่าแพทย์มีความเสี่ยงสูงของการติดเหล้า (Alcoholism) เมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น แต่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้ จะพบในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

ในต่างประเทศประชากรแพทย์เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ในด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความเข้าใจพื้นฐานของโรคและความผิดปกติเป็นอย่างดี^{11, 12, 50, 57} และยังเป็นต้นแบบการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ^{8, 10, 58, 59, 60} และผลงานหลายชิ้นที่นำไปขยายผลไปสู่การสร้างแนวทางการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป^{10, 59, 60} อีกทั้งยังมุ่งประเด็นไปที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในการป้องกันดูแลและเฝ้าระวังโรคด้วยตนเอง

10, 50

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (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 ปัดเป็น 400

เพิ่มอีก 10 % เพื่อกันจำนวนตกสำรวจ

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 ก็จะสุ่มเลขถัดไป เช่น หมายเลข 91 ไปศึกษาต่อต่างประเทศ ก็เลือกหมายเลข 92 เช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 440 ตามจำนวน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เดือนกรกฎาคม 2545 - เดือนมีนาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองส่งทางไปรษณีย์ส่งถึงผู้รับโดยการลงทะเบียนตามที่อยู่ซึ่ง ศ.น.พ. ได้ทำการรวบรวม ตรวจสอบและปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดวันส่งกลับ พร้อมทั้งจัดหาซองที่ติดแสตมป์และเจ้าหน้าที่ผู้วิจัยอย่างเรียบร้อย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่ทางศ.น.พ. ได้จัดให้มีการประชุมขึ้น โดยก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำแบบสอบถามที่ปรับใหม่ไปทำการหาความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งหนึ่ง

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

- รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
- แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
- นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิบูลพรรณ วิริยะดิษฐ์
- รองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล
- นายแพทย์เอก ธนะสิริ
- นายแพทย์ชนินทร์ ลีวานันท์

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของการวัด

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม หลังจากได้พิจารณาปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มแพทย์ที่สุ่มเลือกอย่างเป็นระบบในการศึกษานำร่อง จำนวน 30 คนเพื่อหาความชัดเจนและความเข้าใจในข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) (α) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของแบบวัด

$\sum S^2$, = ผลรวมการผันแปรของคะแนนแต่ละข้อ

S^2 = การผันแปรของคะแนนของผู้ตอบแบบวัดทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.83

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ที่บ่งถึงลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส การศึกษา สาขาเฉพาะทาง

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

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เวลานอนหลับ ประวัติโรคประจำตัวของแพทย์ และบุคคลในครอบครัว ความเจ็บป่วยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ประวัติการดื่มเหล้า สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้ยา พฤติกรรมด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต คำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ วิธีผ่อนคลายความเครียด งานอดิเรก ประวัติการใช้นอนหลับ การประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกวิธี การฉีดวัคซีน การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่/เหล้า รวมทั้งแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน แบ่งเป็น ปัจจัยด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ปัจจัยด้านชีวภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
2. ออกหนังสือในนามศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ถึงแพทย์ที่ได้สุ่มเลือกมาทั้งหมด 440 คน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งทางไปรษณีย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามทุก 2 สัปดาห์เป็นจำนวน 2 ครั้ง และได้ทำการโทรศัพท์ติดตามหากยังไม่มีคำตอบกลับมามากภายในระยะเวลาที่กำหนด ส่วนแพทย์คนใดที่ไม่ไปศึกษาต่อ

ต่างประเทศ หรือติดต่อไม่ได้ก็จะทำการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขถัดไปและติดตามเช่นเดียวกัน

4. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง
5. แปลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามตามคู่มือลงรหัสที่ได้จัดเตรียมไว้ แล้วประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS forWindows ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) สรุปโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และนำเสนอด้วยตารางที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) ใช้ chi – square

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) ที่เป็นอิสระต่อกันใช้ unpaired t - test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพแพทย์ไทยและจัดทำฐาน ข้อมูลแพทย์เบื้องต้น ศึกษาอัตราของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาและความเจ็บป่วยเดิมจากโรคประจำตัวของแพทย์ 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 วิธีผ่อนคลายความเครียด 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 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับที่กล่าวไว้ข้างต้น

ส่วนที่ 2 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 380 ฉบับทั้งจากการตอบกลับเองทางไปรษณีย์และจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จากจำนวน 440 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.36 และได้แสดงจำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับมาโดยแบ่งตามเพศ และการจบสาขาเฉพาะทางดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของแบบสอบถามที่ตอบกลับ จำแนกตามเพศ และการจบเฉพาะทาง

ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
แยกตามเพศ		
ชาย	229	60.3
หญิง	151	39.7
รวม	380	100
แยกตามการจบเฉพาะทาง		
ไม่ได้จบเฉพาะทาง	136	35.8
จบเฉพาะทาง	244	64.2
รวม	380	100

จากตารางที่ 4-1 พบว่ากลุ่มที่มีการตอบกลับของแบบสอบถามส่วนใหญ่ คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.7 และจากการสำรวจพบว่าส่วนใหญ่จบแพทย์เฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 64.2

ตารางที่ 4-2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของแบบสอบถามที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน		รวม
	ตอบกลับ	ไม่ตอบกลับ	
ชาย	229	39	268
หญิง	151	21	172
รวม	380	60	440

p – value = 0.488

จากตารางที่ 4-2 พบว่า จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับในเพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าอัตราการตอบกลับและไม่ตอบกลับของแบบสอบถามกระจายเท่า ๆ กันในเรื่องของเพศหรือไม่แตกต่างกันตามลักษณะของเพศ

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 เวลานอนหลับ ประวัติโรคประจำตัวของแพทย์และบุคคลในครอบครัว ความเจ็บป่วยช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ประวัติการดื่มเหล้า สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ประวัติการैया พฤติกรรมด้านสุขภาพ
- ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต คำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ วิธีผ่อนคลายความเครียด งานอดิเรก ประวัติการैया นอนหลับ การประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต
- จ. ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การैयाอย่างถูกวิธี การฉีดวัคซีน การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่/เหล้า รวมทั้งแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ
- ฉ. ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน แบ่งเป็น ปัจจัยด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ปัจจัยด้านชีวภาพ

ก. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4-3 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส และอาชีพคู่สมรส

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	229	60.3
หญิง	151	39.7
รวม	380	100.0
ศาสนา		
พุทธ	357	93.9
คริสต์	21	5.5
อิสลาม	2	0.5
รวม	380	100.0
ภูมิลำเนา		
ต่างจังหวัด	201	53.2
กรุงเทพฯ	167	44.2
ปริมณฑล	8	2.1
อื่น ๆ (ต่างประเทศ)	2	0.5
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
สถานภาพสมรส		
สมรสครั้งเดียวและอยู่กับคู่สมรส	226	59.4
โสด	146	38.4
สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง	5	1.3
หย่าร้าง	2	0.5
ม่าย	1	0.3
สมรสครั้งเดียวและแยกกันอยู่	0	0.3
รวม	380	100.0

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

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพคู่สมรส		
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. เภสัชกร	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 อย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ลำดับต่อมาเป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.0

ตารางที่ 4-4 แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับการศึกษาและสถาบันที่จบแพทย์

ข้อมูลด้านการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
จบแพทย์เฉพาะทาง	244	64.2
ไม่ได้จบแพทย์เฉพาะทาง	136	35.8
กำลังศึกษาต่อเฉพาะทาง	38	10.0
ไม่ได้ศึกษาต่อเฉพาะทาง	98	25.8
รวม	380	100.0
สถาบันที่จบแพทย์		
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. วชิรพยาบาล	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 แสดงจำนวน ร้อยละ แยกตามสาขาเฉพาะทาง

สาขาเฉพาะทาง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุรกรรม	55	22.5
- อายุรกรรมทั่วไป	36	14.8
- ผิวหนัง	5	2.0
- อายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด	3	1.2
- อายุรกรรมระบบเลือด	3	1.2
- อายุรกรรมประสาท	3	1.2
- อายุรกรรมทางเดินหายใจ	2	0.5
- ต่อมน้ำท่อนและเมตาบอลิซึม	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) แสดงจำนวน ร้อยละ แยกตามสาขาเฉพาะทาง

สาขาเฉพาะทาง	จำนวน	ร้อยละ
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 รองลงมาคือสาขาวิชา ศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.1 ซึ่งพบกลุ่มออร์โธปิดิกส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.6 ลำดับที่สามพบว่า เป็นสาขาสูติ นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 14.8

ข. ข้อมูลด้านวิชาชีพและประวัติการทำงาน

ตารางที่ 4-6 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์และประวัติการทำงาน

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

จากตารางที่ 4-6 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในวิชาชีพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.2 และมีความพึงพอใจน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.6 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังทำเวชปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 4.5

ตารางที่ 4-7 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของประวัติการทำงานปัจจุบันและประวัติการทำงานด้านอื่น นอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ

ข้อมูลด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
เริ่มทำงานสังกัด		
รัฐบาล	353	93.6
เอกชน	24	6.4
รวม	377	100.0
ปัจจุบันทำงานสังกัด		
รัฐบาล	243	72.1
เอกชน	94	27.9
รวม	337	100.0
การทำคลินิกส่วนตัว		
มีคลินิกส่วนตัว	111	29.4
ไม่มีคลินิกส่วนตัว	266	70.6
รวม	377	100.0

จากตารางที่ 4-7 พบว่าแรกเริ่มทำงานแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานสังกัดรัฐบาล คิดเป็น ร้อยละ 93.6 ทำงานสังกัดเอกชน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ซึ่งในปัจจุบันทำงานภาครัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 72.1 ทำงานภาคเอกชน คิดเป็นร้อยละ 27.9 มีคลินิกส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 29.4 ไม่มีคลินิกส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 70.6

ค. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4-8 แสดงจำนวน ร้อยละ ในด้านสุขภาพเกี่ยวกับระยะเวลานอนหลับโดยเฉลี่ย

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ย		
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 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องเวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มอายุ

ข้อมูล	เวลาการนอนหลับโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)			
	น้อยกว่า 4	4-6	6-8	มากกว่า 8
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ				
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 แสดงจำนวน 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 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของหมู่เลือด และปัญหาทางสายตา

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
หมู่เลือด		
โอ	156	41.1
บี	101	26.6
เอ	88	23.2
เอบี	29	7.6
ไม่ทราบ	6	1.6
รวม		100.0
ปัญหาทางสายตา		
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	283	
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	284	100.0

จากตารางที่ 4-11 ในเรื่องของหมู่เลือดพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีหมู่เลือดเป็นหมู่โอ คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมาเป็นหมู่บี คิดเป็นร้อยละ 26.6 และหมู่เอ คิดเป็นร้อยละ 23.2

แพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสายตา คิดเป็นร้อยละ 74.5 และไม่มีปัญหาทางสายตา คิดเป็นร้อยละ 25.5 โดยพบว่าแพทย์ส่วนมากมีปัญหาสายตาสั้น คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาพบปัญหาทั้งสายตาสั้นและเอียง คิดเป็นร้อยละ 24.3 และปัญหาสายตาวาวอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 22.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-12 แสดงจำนวน 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 แสดงจำนวน 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%)	77 (20.3%)	13 (3.4%)
โรคความดันโลหิตสูง	41 (10.8%)	120 (31.8%)	95 (25.1%)	51 (13.4%)	1 (0.3%)
โรคหืด	13 (3.4%)	7 (1.9%)	9 (2.4%)	20 (5.3%)	6 (1.6%)
โรคเบาหวาน	11 (2.9%)	58 (15.4%)	57 (15.1%)	26 (6.8%)	0
โรคมะเร็ง	7 (1.9%)	28 (7.4%)	23 (6.1%)	17 (4.5%)	2 (0.5%)
โรคหัวใจ	5 (1.3%)	45 (11.9%)	37 (9.8%)	11 (2.9%)	1 (0.3%)
โรคไขมันในเลือดสูง	4 (1.1%)	3 (0.8%)	1 (0.3%)	3 (0.8%)	0
โรคภัยร่ายโรค	4(1.1%)	0	1 (0.3%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)
โรคไวรัสตับอักเสบ	3 (0.8%)	2 (0.5%)	0	0	0
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก	2 (0.5%)	31 (8.2%)	24 (6.3%)	4 (1.1%)	0
โรคลมชัก	1 (0.3%)	0	2 (0.5%)	3 (0.8%)	0
โรคไต	1 (0.3%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)	3 (0.8%)	1 (0.3%)
โรคถุงลมโป่งพอง	0	1 (0.3%)	0	0	0
โรคอื่นๆ	7 (1.9%)	4 (1.1%)	4 (1.1%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)
รวม	177	312	272	218	26
ไม่ตอบ	2	3	2	14	2
รวมทั้งหมด	179	315	274	232	28

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 พบว่าส่วนใหญ่บิดามีโรคประจำตัว 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 96.3 ส่วนใหญ่ที่พบเป็นโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 20.3 และมีโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13.4 ตามลำดับ และพบว่าบุตรส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.4 มีโรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 3.4 และมีโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

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

ข้อมูลความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนคน	ร้อยละ
ช่วงหกเดือนที่ผ่านมา มีแพทย์ที่เจ็บป่วยด้วยโรค		
ไม่มี	191	50.3
มี	189	49.7
รวม	380	100.0
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เจ็บป่วยด้วยโรค (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
1. ไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (หวัด คออักเสบ ไนน์สอักเสบ)	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	100.0
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	199	

จากตารางที่ 4-14 พบว่าช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาแพทย์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาเป็นโรคท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 3.4

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

โรค	จำนวน	ร้อยละ
นอนโรงพยาบาลด้วยโรค		
ไม่เคย	201	52.9
เคย	179	47.1
รวม	380	100.0
1. ไข้ดั่งอักเสบ	20	10.3
2. เนื้องอก มะเร็ง	19	9.7
3. ใช้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (หวัด แพ้อากาศ ไซนัส)	18	9.2
4. คลอดบุตร	18	9.2
5. ไข้เลือดออก	16	8.2
6. โรคเดียวกับโรคประจำตัว	16	8.2
7. ท้องเสีย	15	7.7
8. อุบัติเหตุ	14	7.2
9. โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ	12	6.2
10. ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (หลอดลมอักเสบ หอบหืด ปอดบวม)	7	3.6
11. ไข้เลือด	7	3.6
12. แพ้ยา	4	2.1
13. เวียนศีรษะ	4	2.1
14. ไวรัสตับอักเสบเอ	3	1.5
15. นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในท่อไต	3	1.5
16. ริดสีดวงทวาร	3	1.5
17. ตาแดง โรคตา	1	0.5
18. อื่น ๆ	15	7.7
รวม	195	100.0

ตารางที่ 4-16 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

โรค	จำนวน	ร้อยละ
รับการผ่าตัด		
ไม่เคย	254	66.8
เคย	126	33.2
รวม	380	100.0
1. ใส่ติ่งอักเสบ	200	15.55
2. มะเร็ง เนื้องอก	199	14.77
3. คลอดบุตร	188	14.00
4. โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ	177	13.22
5. ทอนซิล	122	9.33
6. ไข้เลือด	77	5.44
7. นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในท่อไต	66	4.77
8. ต้อกระจก ต้อหิน โรคตา	66	4.77
9. ริดสีดวงทวาร	33	2.33
10. ภัยรภัย	22	1.55
11. อื่น ๆ	199	14.77
รวม	1299	100.00
		1

จากตารางที่ 4-15 และ 4-16 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่บนโรงพยาบาลด้วยโรคใส่ติ่งอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 10.7 รองลงมาคือเนื้องอก มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 9.7 โรคไขหวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน และคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 9.2 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรคใส่ติ่งอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 15.5 รองลงมาผ่าตัดเนื้องอก มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 14.7 และผ่าตัดคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 14.0

ตารางที่ 4-17 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการประสบอุบัติเหตุและประวัติหลับในขณะขับรถ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลด้านอุบัติเหตุและหลับใน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบอุบัติเหตุ (ช่วง 6 เดือน)		
ไม่เคย	342	90.2
เคย	37	9.8
รถชน, รถคว่ำ, รถล้ม	17	4.5
กระตุกหัก, หกล้ม	9	2.4
เข็มตำ, ของมีคมบาด	5	1.3
ตกบันได	2	0.5
อื่น ๆ	4	1.1
รวม	379	
ไม่ตอบ	1	
รวมทั้งหมด	380	100.0
หลับในขณะขับรถ (ช่วง 6 เดือน)		
ไม่เคย	323	85.0
เคย	57	15.0
เคย 1-2 ครั้ง	46	12.1
เคยมากกว่า 2 ครั้ง	11	2.9
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-17 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 90.2 ส่วนการประสบอุบัติเหตุที่พบมักเป็นเรื่องของอุบัติเหตุรถชน รถคว่ำ รถล้ม คิดเป็นร้อยละ 4.5 และอุบัติเหตุจากกระตุกหัก หกล้ม คิดเป็นร้อยละ 2.4 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยหลับในขณะขับรถ คิดเป็นร้อยละ 85.0 ในส่วนที่เคยหลับในคิดเป็นร้อยละ 15 โดยเคยหลับใน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.1 และเคยหลับในมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.9

ตารางที่ 4-18 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องประวัติยาที่ทานเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ทานเป็นประจำ	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ทานเป็นประจำ (ไม่รวมยานอนหลับ)		
ไม่ทาน	260	68.4
ทาน	120	31.6
ทานยาโรคประจำตัว	81	21.4
ทานวิตามิน และยาบำรุง	15	4.0
ทานยาแก้ปวด	7	1.8
ทานยาโรคกระเพาะ	4	1.1
ทานยาฮอร์โมน	3	0.8
ทานยาแก้แพ้	3	0.8
ทานยาอื่น ๆ	6	1.6
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-18 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทานยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 68.4 ในส่วนที่มียาที่ทานเป็นประจำนั้น คิดเป็นร้อยละ 31.6 ซึ่งยาส่วนใหญ่ที่ทานนั้นเป็นยาที่รักษาเกี่ยวกับโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 21.4 และมีการทานพวกวิตามิน ยาบำรุง คิดเป็นร้อยละ 4.0 ส่วนที่ทานยาแก้ปวดเป็นประจำมีเพียงส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.8

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

ข้อมูลการแพ้ยา อาหาร สารเคมี และสิ่งอื่น ๆ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แพ้	277	73.5
แพ้	100	26.5
แพ้ซัลฟา	29	7.5
แพ้อาหารทะเล	18	4.7
แพ้เพนนิซิลิน	16	4.1
ยาง, ถุงมือ latex	4	1.0
โลหะ โลหะหนัก	4	1.0
Alcohol	4	1.0
เครื่องสำอาง	3	0.8
ผงชูรส	3	0.8
ยาแก้ปวด (paracetamol, NSAIDS)	3	0.8
แพ้ควิโนโลน	3	0.8
แพ้เกสรดอกไม้	2	0.5
Contrast Media	2	0.5
Tetracycline	2	0.5
อื่น ๆ	12	3.1
รวม	382	
ไม่ตอบ	4	
รวมทั้งหมด	386	100.0

จากตารางที่ 4-19 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี และสิ่งอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 73.5 ในส่วนที่มีประวัติการแพ้อันดับหนึ่งเป็นเรื่องของการแพ้ซัลฟา คิดเป็นร้อยละ 7.5 รองลงมาเป็นเรื่องของการแพ้อาหารทะเล คิดเป็นร้อยละ 4.7 ต่อไปเป็นเรื่องของการแพ้ยากุ่มเพนนิซิลิน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-20 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	296	77.9
เคย	84	22.1
รวม	380	100.0
ปัจจุบัน		
เลิกสูบ	62	73.8
ยังสูบบุหรี่	22	26.2
รวม	380	100.0
ประวัติการดื่มสุรา/เบียร์		
ไม่เคย	243	63.9
เคย	137	36.1
รวม	380	100.0
ปัจจุบัน		
เลิกดื่ม	25	19.7
ยังดื่มอยู่	102	80.3
รวม	127	
ไม่ตอบ	10	
รวมทั้งหมด	380	100.0
สารเสพติด		
เคย	0	0
ไม่เคย	380	100.0
รวม	380	100.0

จากตารางที่ 4-20 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมาเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 22.1 และส่วนใหญ่พบว่าเลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.8 ยังสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 26.2 และพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 63.9 พวกที่เคยดื่ม คิดเป็นร้อยละ 36.1 และปัจจุบันยังดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80.3 กลุ่มที่เลิกดื่มแล้ว คิดเป็นร้อยละ 19.7 และพบว่าแพทย์ทั้งหมดไม่เคยมีประวัติในการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 4-21 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย		
ภายใน 6 เดือน	158	41.6
6-12 เดือน	85	22.4
มากกว่า 12 เดือน ที่ผ่านมา	137	36.1
รวม	380	100.0
ความถี่ในการพบทันตแพทย์		
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
อื่นๆ	4	1.1
รวม	377	
ไม่ตอบ	3	
รวมทั้งหมด	380	100.0
แพทย์ที่ปรึกษาด้านสุขภาพ		
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 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการทำประกันชีวิต
จำนวนกรรมธรรม์และพฤติกรรมของแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การทำประกันชีวิต		
ไม่มี	162	42.7
มี	217	57.3
จำนวนกรรมธรรม์		
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		
รักษาตนเอง	302	79.9
ปรึกษาแพทย์ประจำตัว	37	9.8
ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา	36	9.5
อื่น ๆ	3	0.8
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0
เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษา		
โรงพยาบาลรัฐบาล	237	64.2
โรงพยาบาลเอกชน	79	21.4
คลินิก	9	2.4
รักษาตนเอง ไม่ไปโรงพยาบาล	36	9.8
อื่น ๆ	8	2.2
รวม	369	
ไม่ตอบ	11	
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 64.2

ตารางที่ 4 – 23 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการตรวจสุขภาพ

ข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เคยตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคย	116	30.5
เคย	264	69.5
รวม	380	100.0
ความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจทุกปี	114	43.7
น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี	128	49.0
มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	19	7.3
รวม	261	
ไม่ตอบ	3	
รวมทั้งหมด	264	100.0
ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจแล้ว	181	47.9
ยังไม่ได้ตรวจ	197	52.1
รวม	378	
ไม่ตอบ	2	
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-23 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 69.5 ไม่เคยตรวจ คิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าตรวจน้อยกว่า 1 ครั้ง /ปี คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ ตรวจทุกปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 และ มากกว่า 1 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 7.3 และพบว่าส่วนใหญ่ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แพทย์ยังไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 52.1 ในส่วนที่ตรวจแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.9

ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ตารางที่ 4-24 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องประเภทอาหารที่รับประทาน

ประเภทอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
อาหารมังสวิรัต/ชีวจิต		
ไม่เคย	223	60.4
เคย	146	39.6
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	97	26.3
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	41	11.1
ทุกวัน	8	2.2
รวม	369	
ไม่ตอบ	11	
รวมทั้งหมด	380	100.0
ประเภทเนื้อสัตว์		
ไม่เคย	4	1.1
เคย	372	98.9
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	9	2.4
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	73	19.4
ทุกวัน	290	77.1
รวม	376	
ไม่ตอบ	4	
รวมทั้งหมด	380	100.0
อาหาร Fast food		
ไม่เคย	68	18.3
เคย	304	81.7
น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์	265	71.2
มากกว่า 1 วัน/สัปดาห์	36	9.7
ทุกวัน	3	0.8
รวม	372	
ไม่ตอบ	8	
รวมทั้งหมด	380	100.0

จากตารางที่ 4-24 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารมังสวิรัต คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมา คือ ทานน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 26.3 และพบว่าทานประเภทเนื้อสัตว์ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 77.1 รองลงมาทานมากกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 19.4 และพบว่าแพทย์ไม่นิยมทานอาหารประเภท fast food โดยพบว่ามีการรับประทานอาหาร fast food น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 71.2 ไม่เคยทาน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และทานมากกว่า 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 9.7

ตารางที่ 4-25 แสดงจำนวน ร้อยละ ในเรื่องของการออกกำลังกายและชนิดกีฬาที่เล่น

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	57	15.0
เคย	319	85.0
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	
รวมทั้งหมด	380	100.0
ชนิดกีฬาที่เล่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. วิ่ง	77	32.2
2. ว่ายน้ำ	25	10.4
3. แอโรบิค	25	10.4
4. เทนนิส	20	8.3
5. กอล์ฟ	15	6.2
6. แบดมินตัน	13	5.4
7. ฟุตบอล	6	2.5
8. บาสเก็ตบอล	4	1.6
9. ปิงปอง	2	0.8
10. อื่น ๆ	52	21.7
	239	

รวม		
-----	--	--

จากตารางที่ 4-25 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 85 ซึ่งส่วนใหญ่จะออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ 2-4 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.9 ส่วนชนิดกีฬาที่แพทย์นิยม คือ การวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ ว่ายน้ำ และแอโรบิค คิดเป็นอย่างละร้อยละ 10.4

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไปของแพทย์ไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบโดยวิธี Systematic random sampling จากผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ที่มีเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถูกต้องที่มีรายชื่ออยู่ในศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในประเทศไทย 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 และข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมสุขภาพจากการทำงาน ในส่วนของตัวแปรตามจะเป็นข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัวและความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงอุบัติเหตุ ซึ่งนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม 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 โดยพบกลุ่มอายุแพทย์มากที่สุด 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 มีฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลา 20,000 บาทต่อเดือน มีฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัตินอกเวลา 25,000 บาทต่อเดือน รวมมีฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติ 45,000 บาทต่อเดือน มีฐานรายได้นอกเหนือจากการทำเวชปฏิบัติ 19,500 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดมีฐานรายได้เท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน จากการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 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 จากการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 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 อันดับห้าคือโรคเมะเร็ง พบ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีแพทย์เจ็บป่วย 188 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 นอนโรงพยาบาลรับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 มีประวัติหัวใจใน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 โดยร้อยละ 19.3 เคยมีประวัติหัวใจมากกว่า 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ในเรื่องของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุราพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 77.9 และ 63.9 ตามลำดับ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.8 ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 26.2 ส่วนในเรื่องของการดื่มสุราพบว่าในกลุ่มที่มีประวัติการดื่มสุรา ปัจจุบันยังมีการดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และไม่พบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มแพทย์เลย และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็น ร้อยละ 79.9 และมักนิยมเข้ารับการรักษายาบาลที่ โรงพยาบาลรัฐบาลมากกว่า โรงพยาบาล เอกชนหรือที่อื่น คิดเป็นร้อยละ 64.2 ในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ 264 คน คิดเป็น

ร้อยละ 69.5 โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจสุขภาพแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.9 อีกทั้งยังพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีการทำกรรมกรรมประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยส่วนมากมีจำนวนกรรมกรรมในช่วง 2-4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.9 จากในกลุ่มที่ทำประกันชีวิต

ง. ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต

ในเรื่องของการรับประทานอาหาร พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกวัน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ส่วนในเรื่องของอาหารมังสวิรัต/ชีวจิต แพทย์ไม่นิยมรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 60.4 และอาหาร Fast food แพทย์รับประทานกันเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.8 ในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายในช่วง < 2 วัน/สัปดาห์ 132 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 และชนิดกีฬาในการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง 77 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ในเรื่องของการงานอดิเรกส่วนใหญ่พบว่าแพทย์ไม่มีงานอดิเรก 245 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 มักใช้เวลาว่างด้วยการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และเล่นเกมสเป็นส่วนมาก 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ในเรื่องของการท่องเที่ยว ต่างจังหวัด/ต่างประเทศ ส่วนใหญ่ท่องเที่ยวอยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง/6 เดือน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 ในเรื่องของการเล่นการพนันพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นการพนัน 355 คน คิดเป็นร้อยละ 93.4 และมีเป็นส่วนน้อยที่เคยเล่นและยังเล่นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ในเรื่องของการเล่นหุ้นส่วนใหญ่พบว่า แพทย์ไม่เคยเล่นหุ้น 341 คน คิดเป็นร้อยละ 89.7 และมีบ้างประปรายที่เคยเล่น 39 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 และแพทย์ที่เคยเล่นส่วนใหญ่ขาดทุนจากการเล่นหุ้น คิดเป็นร้อยละ 72.7 ในเรื่องของการผ่อนคลายความเครียดพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มักผ่อนคลายความเครียดโดยการดู ทีวี วีดีโอ 127 คน คิดเป็นร้อยละ 33.4 ร้องลงมา ฟังเพลง 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9 ในเรื่องของการใช้นอนหลับในช่วง 6 เดือน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้นอนหลับ 317 คน คิดเป็นร้อยละ 83.4 และมีแพทย์บางส่วนที่เคยใช้ 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ในเรื่องของการประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 6 เดือน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในชีวิต 296 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 และมีเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่แพทย์ประสบบ้างเป็นส่วนน้อย คือ คนที่รัก นับถือ เสียชีวิต 28 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 ร้องลงมา คือ ได้งานใหม่ ได้บุตร คิดเป็นร้อยละ 19.0 และ 19.0 ตามลำดับ

จ. ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.0 42.9 และ 38.6 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับปานกลางเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการควบคุม น้ำหนัก (คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 45.5 ตามลำดับ) ให้คำแนะนำระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ (คิดเป็นร้อยละ 45.0 41.9 และ 38.6 ตามลำดับ)

ฉ. ข้อมูลด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นเรื่องของปัจจัยด้านกายภาพพบว่าเป็นการทำงาน แพทย์มีการสัมผัสต่อรังสี เสียงดังจากอุปกรณ์ที่ใช้ ยกของหนัก (20 ก.ก.ขึ้นไป) ทุกวันทำงาน (คิดเป็นร้อยละ 3.2 1.8 และ 1.8 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสารเคมีพบว่า มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ (คิดเป็นร้อยละ 4.7) พอร์มาลีนหรือฟอร์มาลดิไฮด์ (คิดเป็นร้อยละ 1.8) และไอควัน ฝุ่นของโลหะหนัก (คิดเป็นร้อยละ 1.3) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่าเป็นการสัมผัสทุกวันทำงานเกี่ยวกับการสัมผัสเลือด (คิดเป็นร้อยละ 23.7) มูก/สิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ (คิดเป็นร้อยละ 14.5) และหนอง/สิ่งคัดหลั่งจากบาดแผล (คิดเป็นร้อยละ 13.7) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพแพทย์ แบ่งเป็น

ก. ปัจจัยส่วนบุคคล

ในส่วนปัจจัยของบุคคลพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งมากขึ้น และยังพบว่าการจบแพทย์เฉพาะทางมีส่วนสัมพันธ์กับการเป็นโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่จบเฉพาะทางเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคหืดมากกว่ากลุ่มที่ไม่จบเฉพาะทาง

ข. ปัจจัยด้านการทำงาน

พบว่าการทำเวชปฏิบัติในสังกัดภาคเอกชน และการมีคลินิกส่วนตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$ และ 0.05 ตามลำดับ)

ค. พฤติกรรมด้านสุขภาพ

พบว่าการสูบบุหรี่และการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานและผู้ที่เคยตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสพบโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจ

ง. ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็ง (p < 0.05) โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันของการเป็นโรคมะเร็ง

จ. ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับการเป็นโรคของแพทย์ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และคำแนะนำในเรื่องของการเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ฉ. ปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน

ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งแวดล้อมจากการทำงานพบว่าการสัมผัสต่อรังสีมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.000) และพบว่าการสัมผัสเลือด มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.000 และ 0.003) โดยพบว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและการเป็นเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสเลือด ในส่วนของการสัมผัสต่อรังสีพบว่ากลุ่มที่ไม่มีสัมผัสต่อรังสีมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่สัมผัสต่อรังสี

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 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 64.2 และแพทย์ส่วนใหญ่สมรสครั้งเดียวและอยู่ด้วยกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 59.5 มีเพียงส่วนน้อยที่สมรสมากกว่าหนึ่งครั้ง หย่าร้าง ม่าย รวมคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น ทั้งนี้อาจแสดงถึงความสัมพันธ์ของชีวิตสมรสและครอบครัวที่ค่อนข้างดี แต่ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพบุคคลในครอบครัว และถ้ามีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นคนละอาชีพก็จะทำให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้น

ในด้านการทำงานพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงทำเวชปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 95.5 และมีความพึงพอใจในวิชาชีพระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60.2 ซึ่งเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อไป ทั้งนี้ความพึงพอใจในวิชาชีพยังแบ่งออกเป็นหลายด้าน ดังที่ Campbell²⁶ ได้กล่าวไว้ในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตที่แบ่งเป็น 4 ด้าน ซึ่งในด้านการงาน ก็จะมีรายละเอียดลงไปในเรื่องของสภาพการทำงาน ผู้ร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ความมั่นคง ความมีอิสระในการทำงาน โอกาสก้าวหน้า 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 จะเห็นว่าแพทย์มีการย้ายสังกัดการทำงานจากรัฐบาลสู่เอกชนมากขึ้น เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเรื่องของค่าตอบแทนที่สูงกว่ามาก จากการสำรวจพบว่ามัธยฐานรายได้จากการทำเวชปฏิบัติในเวลากลางวันของภาครัฐเท่ากับ 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

เป็นที่น่าสนใจว่าหากแพทย์มีแนวโน้มการทำงานจากภาครัฐบาลสู่เอกชนมากขึ้นแล้ว ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์และการกระจายของแพทย์สู่ภูมิภาคจะเพิ่มขึ้น การเร่งปรับปรุงและเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ อาจไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นซึ่งข้อมูลในส่วนนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ควรสนใจ ทั้งนี้เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระยะยาว

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

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 36.2 โดยพบว่าอัตราสุขภาพของโรคประจำตัวแพทย์ที่พบ อันดับหนึ่งคือโรคภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 20.6 อันดับสองคือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 10.8 อันดับสามคือโรคหอบหืดคิดเป็นร้อยละ 3.4 อันดับสี่คือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2.9 อันดับห้าคือโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 1.9 ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ของแพทย์มาก่อน นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำให้แพทย์ตระหนักถึงสุขภาพตนเอง และอาจช่วยในการวางแผนเฝ้าระวังโรคและดูแลสุขภาพแพทย์ในระยะยาว

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าอัตราสุขภาพของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อันดับหนึ่งคือ ไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 35.8 อันดับสองคือ ท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และพบว่าแพทย์เข้ารับการรักษากันในโรงพยาบาลด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือเนื้องอก มะเร็ง เป็นอันดับสอง ซึ่งเป็นโรคเดียวกันกับที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด ส่วนในเรื่องของการประสบอุบัติเหตุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราสุขภาพของการประสบอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 15 เคยมีประวัติหลับในขณะขับรถ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการประสบอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างสูง และการที่แพทย์เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยก่อนวัยอันควรก็มีอุบัติการณ์สูงเช่นกัน^{8, 11} การที่แพทย์เสียชีวิตและเกิดทุพพลภาพย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรอันมีค่าของสังคมไป ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึงในการดูแลสุขภาพของแพทย์ รวมถึงการณรงค้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตของแพทย์

ในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่เคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 77.9, 63.9, และ 100.0 ตามลำดับ ในต่างประเทศมีหลายการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ที่มีผลต่อสุขภาพ ดังที่ Carmago และคณะ⁵⁸ พบว่าแพทย์ชายที่ดื่มสุรามากมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มและยังแปรผันตามปริมาณการดื่มอีกด้วย Harrison และคณะ⁶⁰ ศึกษาแนวโน้มการติดสุราในกลุ่มแพทย์ชายในสกอตแลนด์ เทียบกับวิชาชีพอื่นพบว่า แพทย์มีความเสี่ยงสูงของการติดสุรา (alcoholism) เมื่อเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น เป็นที่น่าสนใจว่าถ้าหากมีการติดตามการศึกษาในส่วนนี้ เพื่อดูแนวโน้มของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ของแพทย์ในอนาคตและผลที่มีต่อสุขภาพจะช่วยให้การเฝ้าระวังสุขภาพแพทย์ได้ดีขึ้น

ในการศึกษานี้พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 79.9 ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีคิดเป็นร้อยละ 64.2 แต่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 52.1 มีส่วนคล้ายกับการศึกษาของ Gross และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มแพทย์ถึงแหล่งการดูแลสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่มีรักษาตนเอง ละเลยการหาความเห็นอื่นจากเพื่อนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานการป้องกันและการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป ทำให้วินิจฉัยล่าช้า ไม่ถูกต้อง แม่นยำซึ่งเป็นผลเสียต่อตัวแพทย์เอง และมีอีกการศึกษาหนึ่งของ Frank และคณะ⁵⁷ ที่ทำการศึกษาคุณลักษณะของกุมารแพทย์หญิงในสหรัฐอเมริกาพบว่าส่วนใหญ่จะทำ Mammogram ก็ต่อเมื่อมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ซึ่งอาจจะล่าช้าเกินไปและในรายงานฉบับนี้ยังได้มีการแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มแพทย์หญิงอย่างจริงจัง

ข้อมูลด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในเรื่องของอาหารพบว่าแพทย์ไม่นิยมทานอาหารมังสวิรัต/วีเจตคิดเป็นร้อยละ 60.4 การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมก็ค่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 4.0 มีการศึกษาของ Frank และคณะ⁵⁰ ที่ทำการสำรวจการใช้วิตามินและอาหารเสริมในแพทย์หญิงชาวอเมริกันพบว่าการทานวิตามินและอาหารเสริมอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มที่ทานมังสวิรัต กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคกระดูกพรุน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแพทย์หญิงในกลุ่มนี้มีการตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ในเรื่องของการออกกำลังกาย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 85 แต่ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายในช่วงน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 2-4 วัน/สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 37.9 ซึ่งชนิดกีฬาที่เล่นนิยมในเรื่องของการวิ่ง ว่ายน้ำ การเดินแอโรบิค คิดเป็นร้อยละ 32.2, 10.4, และ 10.4 ตามลำดับ จะเห็นว่าเป็นกีฬาประเภทที่ใช้ออกซิเจนและพลังงาน นับว่าเป็นประโยชน์มากและถ้าสามารถทำให้แพทย์ในกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วัน/สัปดาห์ ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 41.4 เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 2-4 วัน/สัปดาห์ได้ ก็จะช่วยดีมากขึ้นนับเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของแพทย์อีกอย่างหนึ่ง

ในเรื่องของการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักใช้เวลาว่างในการเล่น คอมพิวเตอร์ และเล่นเกมสกีคิดเป็นร้อยละ 11.4 รองลงมาคือร้องเพลงและเล่นดนตรีคิดเป็นร้อยละ 7.7 วิธีผ่อนคลายความเครียดที่แพทย์มักเลือกใช้ คือ การดูทีวี วิดีโอคิดเป็นร้อยละ 33.4 เคยไปเที่ยว ต่างจังหวัด/ต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 54.2 ซึ่งในเรื่องเหล่านี้แพทย์ควรมีการจัดสรรเวลาอย่างเหมาะสม ตามที่ Owen³ ได้กล่าวว่า ชีวิตควรมีการแบ่งเวลาในสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างกิจกรรมหลัก 3 ประการ คือ การทำงาน การพักผ่อน และการใช้เวลากับครอบครัว หากแพทย์จัดสรรเวลาได้สมดุล ก็ จะประสบความสำเร็จและสร้างศักยภาพให้กับแพทย์ได้

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์ให้คำแนะนำระดับที่มากในเรื่องการใช้อย่างถูกวิธี การออกกำลังกาย และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 50, 42.9, และ 38.6 ตามลำดับ และจากพฤติกรรมด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และมีการออกกำลังกายที่ดีซึ่งอาจแสดงถึงความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และการให้คำแนะนำต่อผู้อื่น ดังจะเห็นว่าถ้าแพทย์มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์ก็ จะมีการดูแลสุขภาพที่ดีและเป็นต้นแบบที่ดีต่อผู้อื่น ทั้งยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและให้คำแนะนำสู่ประชาชนทั่วไปได้ แต่จากการศึกษานี้ยังพบว่าแพทย์ให้คำแนะนำในระดับน้อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ควรตระหนักและ ได้รับการปรับปรุงต่อไป

ด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นปัจจัยด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ พบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อรังสีมากที่สุดในทุกวันทำงานคิดเป็นร้อยละ 3.2 ส่วนด้านเคมีพบว่าแพทย์มีการสัมผัสต่อก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบในทุกวันทำงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่าแพทย์มีการสัมผัสเลือดมากที่สุดในทุกวันทำงานคิดเป็นร้อยละ 23.7 แต่คำตอบของข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่มักตอบในข้อไม่สัมผัสและสัมผัสบ้างเหมือนกันทั้งด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านชีวภาพ ยกเว้นด้านชีวภาพที่มีการตอบในส่วนของการสัมผัสทุกวันและสัมผัสบ้างที่ค่อนข้างสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะการสัมผัสเลือดในทุกวันทำงาน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 23.7 เมื่อเทียบในกลุ่มของการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านกายภาพและด้านเคมีในทุกวันทำงาน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ คริสเทนเซนและคณะ⁵² ที่ศึกษาถึงความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าแพทย์มีอัตราการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยมากที่สุด ในประเทศไทยมีการศึกษาของวิภา และคณะ⁵⁵ พบว่า สิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย รองลงมาคืออุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทเข็ม ลำดับต่อมาคือของมีคม และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในหน่วยฉุกเฉินเกิดอุบัติเหตุสูงสุด Dienstag และ Ryan⁵³ ได้รายงานถึงอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขว่าสูงกว่าบุคคลในอาชีพอื่นถึง 6 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ตลอดจนจักษุแพทย์และพยาธิแพทย์

ดังนั้นจะเห็นว่าแพทย์มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามมากมายหลากหลายประเภท อาทิเช่น รังสี ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ เลือด หนอง และสิ่งคัดหลั่งจากระบบต่าง ๆ รวมถึงเชื้อโรคซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันก็จะพบเชื้อโรคใหม่ ๆ ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น เชื้อเอชไอวี เชื้อหวัดมรณะหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ซึ่งเป็นที่กล่าวถึงกันมากในปัจจุบัน จะเห็นว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพค่อนข้างมาก นั่นอาจสะท้อนให้เห็นว่า สิ่งคุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพยังเป็นสิ่งที่น่าสนใจและควรทำการศึกษาต่อไป

ส่วนที่ 2

เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งใช้การทดสอบไคสแควร์ และค่า p-value พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคดังนี้

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคเมร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น

และพบว่าการเจ็บเฉพาะทางและไม่เจ็บเฉพาะทางมีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มเฉพาะทางเป็นปัจจัยส่งเสริมของการเป็นโรคหืดมากขึ้น ทั้งนี้ยังไม่สามารถบอกรายละเอียดหรืออธิบายถึงต้นเหตุได้ว่ากลุ่มเฉพาะทางมีผลต่อการเกิดโรคหืดอย่างไร เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัยและไม่มีการเปรียบเทียบ

ในด้านการทำงานพบว่าสังกัดภาคเอกชนและการมีคลินิกมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.000$ และ 0.05 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจจะเป็นผลโดยอ้อมจากการที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากเอกชนมีการแข่งขันกันสูง ทั้งในเรื่องของรายได้ การเงิน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเหนื่อยล้า เป็นต้น Maslach และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายหรือความเหนื่อยล้าเหล่านั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดความท้อแท้ใจ เกิดความเครียด เหล่านี้อาจมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงได้

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($p < 0.05$) ซึ่งจากเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานและยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด มีผลต่อโรคหัวใจชนิดขาดเลือดอีกด้วย แต่ทั้งนี้ไม่อาจอธิบายถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงได้ หากจะทำการศึกษาต่อควรมีกลุ่มควบคุมและมีการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่น ๆ ด้วย

การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ต่อโรคเบาหวาน ($p < 0.005$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการคัดกรองโรคหรือตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก จึงทำให้พบโรคมากขึ้น และพบในระยะแรก

ส่วนการออกกำลังกายพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อโรคภูมิแพ้ ($p < 0.05$) โดยพบว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันของการเกิดโรคภูมิแพ้ ส่วนผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้มากกว่า

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรคกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้

ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ พบว่าการสัมผัสต่อรังสีและเลือดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีทิศทางของความสัมพันธ์ของการเกิดโรค ดังนี้ คือ ในกลุ่มที่มีการสัมผัสต่อเลือด เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่สัมผัส แต่คนที่ไม่มีการสัมผัสต่อรังสีพบว่ามีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีการสัมผัสต่อรังสี แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงการเป็นสาเหตุได้

ในการประกอบวิชาชีพสาขาเฉพาะทาง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แยกทุกสาขา จนถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาหรือการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ มีจำนวนน้อยเกินไปในการนำมาวิเคราะห์ จึงทำให้มองไม่เห็นความสัมพันธ์ที่อาจมีอยู่ได้

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

1. ความบกพร่องของข้อมูลในเรื่องของการเปลี่ยนที่อยู่ของแพทย์ หากไม่ได้มีการแจ้งเข้ามายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ก็จะทำให้ไม่ทราบข้อมูลของแพทย์ผู้นั้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับข้อมูลในส่วนนี้ให้มีความใหม่อยู่เสมอ

2. ในเรื่องของการตอบกลับแบบสอบถาม (response rate) ทั้งนี้เนื่องจากการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ทางไปรษณีย์และให้ตอบกลับเอง ซึ่งเป็นการตอบโดยสมัครใจจากแพทย์ผู้นั้น อาจทำให้การส่งกลับของแบบสอบถามไม่ดีพอ และจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องก่อนที่ทำการศึกษาจริง โดยส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ 40 คน ผลปรากฏว่ามีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับศูนย์ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญมากในการทำวิจัยครั้งนี้

3. เนื่องจากการเป็นการสำรวจหลาย ๆ ด้าน ไม่ได้เจาะจงศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ทำให้ภายในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามหลายปัจจัย ส่งผลให้แบบสอบถามมีปริมาณมาก ซึ่งอาจต้องใช้เวลานานในการตอบ อาจทำให้แพทย์ไม่สะดวกหรือไม่เต็มใจที่จะตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เนื่องจากมีเวลาน้อย

4. การสัมภาษณ์แพทย์ทางโทรศัพท์ ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีภาระงานมากและการทำงานของแพทย์ไม่เป็นเวลาแน่นอน มีทั้งทำงานในเวลา ทำนอกเวลา ทำคลินิก ทำงานด้านบริหาร ทำให้แม้จะมีการติดต่อนัดไว้ล่วงหน้าก็มีการเลื่อนออกไปหลายครั้งหรือต้องติดต่ออยู่หลายวัน ทำให้เกิดความล่าช้าและความยากในการเก็บข้อมูล

5. จุดแรกที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ เรายังไม่มีกลุ่มข้อมูลที่จะนำมาเปรียบเทียบ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเบื้องต้นของแพทย์ ทั้งนี้การสรุปผลการวิจัยในเรื่องของการหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ ยังไม่อาจสรุปแน่นอน บอกได้แต่เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหนึ่งกับอีกปัจจัยหนึ่งเท่านั้น อีกประการหนึ่ง ข้อมูลส่วนใหญ่เก็บเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ไม่มีการนับออกมาเป็นคะแนนหรือเป็นข้อมูลเชิงปริมาณในมิติต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นข้อสรุปได้ชัดเจนนัก ผลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นเชิงบรรยายโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

1. การสำรวจภาวะสุขภาพของแพทย์นั้นนับเป็นโครงการแรกที่มีผลใกล้ชิดกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรง และยังไม่เคยมีผู้ใดในประเทศไทยศึกษามาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการสำรวจและสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์โดยรวมครั้งสำคัญทำให้ทราบสถานการณ์สุขภาพและภาวะเจ็บป่วยมาปรับใช้ในการเฝ้าระวังโรคและรณรงค์ให้แพทย์ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของแพทย์

2. เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างสมมุติฐานเพื่อการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต่อไปโดยนำมาปรับใช้ในงานวิจัยอื่นหรือศึกษากลุ่มอาชีพอื่นเปรียบเทียบ

3. การศึกษาครั้งนี้ทำให้แพทย์มีความตระหนักถึงสุขภาพของแพทย์โดยรวม รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์หันมาสนใจสุขภาพตนเองและมีความดูแลเอาใจใส่ในเพื่อนแพทย์ด้วยกันเองมากขึ้น

4. ผลของการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของแพทย์จะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์และการเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีข้อคำถามที่สื่อสารเข้าใจชัดเจน ครอบคลุมด้านและส่งเสริมให้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะ แนวคิดคล้าย ๆ กัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มได้ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นด้วยเพื่อให้เห็นความแตกต่างและเพิ่มน้ำหนักในการแปลผลของการศึกษาเชิงวิเคราะห์

2. ในการศึกษาจำนวนขนาดตัวอย่างในบางโรคหรือในบางกลุ่ม บางสาขา อาจน้อยเกินไป ทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนได้ จึงควรเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นหรือเก็บตัวอย่างในกลุ่มโรคที่สนใจศึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่สนใจเช่นในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขาหรือในบางกลุ่มโรค ถึงความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วเปรียบเทียบกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ จะทำให้เห็นความแตกต่างในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ชัดเจนขึ้น

บรรณานุกรม

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. **Journal of Occupation Behavior** 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 สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์**. จัดพิมพ์โดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ 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 อุดมรัตน์. **จิตเวชศาสตร์กับคุณภาพชีวิต**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 37 (2535) : 168-19.
20. คณะกรรมการประสานงานโครงการป้อนรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ 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 ภิรมย์ธรรมศิริ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นพื้นฐานภาวะทางคหกรรมศาสตร์และคุณภาพชีวิต**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. 2532: 247-71.
24. Flanagan J. A research approach to improving our quality of life. *American sychologist* 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 ไกรสุพงษ์. **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. 2537:221-36.
28. ประภา รัตนเมธานนท์. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
29. ศิริรัตน์ จันทร์แสงรัตน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษาและสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
30. พัชริน คุณคำชู. **อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนเวศม์.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต 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.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
 33. ทศนีย์ จินางกูร. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
 34. Maslow H. **Motivation and personality.** New York: Harper & Brothers, 1954.
 35. พิชิต 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 จันทิมล. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์, 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 ชูพันธ์. **การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์.** วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2532; 5: 44-5.
 41. Pender NJ. **Health promotion in nursing practice.** 2nd ed. Stanford: Appleton & Lange, 1987
 42. Pender NJ. **Health promotion in nursing practice.** 3rd ed. Stanford: Appleton & Lange, 1996
 43. สนธยา พริ้งลำภู, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. **การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย ตำราอาชีพเวชศาสตร์.** กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.
 44. นฤมล ศิลารักษ์, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. **การเฝ้า**

- ระวังโรคเหตุอาชีพ ตำราอาชีพเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.
45. วันทนี พันธุ์ประสิทธิ์, สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ.
 สุขศาสตร์อุตสาหกรรม ตำราอาชีพเวชศาสตร์. 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. ชนิดา เรืองเดช. **คุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต 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 และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบยูนีเวอร์แซลพรีคอสันของพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. 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. ภิมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประววรรณและทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการทํารว้จยให้สำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เท้กซ์เอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น, 2545
64. บดี ณะมนัและทัสสนี นุชประยูร. **การวิจัยชุมชนทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
65. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซี เค แอนด์ เอส ไฟด์สตูดิโอ, 2544.
66. ดุสิต สุจิรวรตน์. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เล่มที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจริญดีการพิมพ์, 2544.
67. ธวัชชัย งามสันติวงศ์. **หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ 21 เซ็นจูรี่ จำกัด, 2543.