

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา

และคณะ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

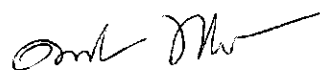
2547

คณะผู้วิจัย

นางสาวดวงจันทร์	ทิพย์ปรีชา
นางพอลดา	ธาราณัติ
นางสาวศากุณ	แสงพานิช
นางสาวธชพร	เทศะศิลป์
นางสาวจันทนา	นวมเทพ

คำนำ

“คน” เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากที่สุดในการบริหาร องค์กรจะบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ก็ต่อเมื่อบุคลากรในองค์กรมีความพร้อมทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม ซึ่งการบริหารและการดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในฝ่ายการพยาบาลฯ ต้องมีภาวะสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยและพร้อมที่จะปฏิบัติงาน อาจกล่าวได้ว่า “ภาวะสุขภาพ” เป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่ง que แสดงถึงคุณภาพชีวิตของบุคลากร ซึ่งฝ่ายการพยาบาลฯ ตระหนักและคำนึงถึงเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จึงได้สำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลฯ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลด้านสุขภาพของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลฯ และจัดทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อคัดกรองบุคลากรซึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี



(นางสาว ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา)

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	i
บทนำ	1
แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
วิธีการศึกษา	27
ผลการศึกษา	29
การอภิปรายผล	52
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	62

บทคัดย่อ

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชมีนโยบายในการพัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปราศจากโรคภัยและมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การออกกำลังกาย และการต้องการความรู้และสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยทำการศึกษาเชิงสำรวจในกลุ่มตัวอย่างซึ่งบุคลากรสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ทั้งหมด 4413 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแจกแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดย แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า

1. บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี มีค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล และระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปกติ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. บุคลากรส่วนใหญ่ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 65.3) มีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 12.1) เหตุผลส่วนใหญ่ที่บุคลากรไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาดำเนินการ เนื่องจากภาระงาน กิจกรมหรือการออกกำลังกายปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การเดินแอโรบิค การวิ่งหรือเดินบนสายพาน การใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย การเดินเร็ว ฝึกโยคะ ช่วงเวลาที่บุคลากรส่วนใหญ่ใช้ออกกำลังกายปฏิบัติ คือ ระหว่างเวลา 16.00 น. ถึง 18.00 น.
3. บุคลากรต้องการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพใน เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน โรคและการปฏิบัติตัว ความอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก การแพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวดแผนโบราณ การดูแลจิตใจและการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร ว่า การจัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปี ควรคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงและความจำเป็นของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และจัดให้ครอบคลุมบุคลากรทุกประเภท และควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพดี ในลักษณะที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับข้อจำกัดของแต่ละบุคคล และสามารถเข้าถึงได้ง่าย มุ่งเน้นการให้ความรู้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และการรณรงค์ให้ออกกำลังกายอย่างจริงจัง และมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยปีพ.ศ. 2544-2545 ซึ่งให้เห็นว่า ประชาชนไทยมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคซึ่งป้องกันได้มากขึ้น อัตราการตายจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุ มีอัตราสูงขึ้นในแต่ละปี ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมหาศาลไปกับการใช้จ่ายในการรักษาโรคและความพิการจากโรคดังกล่าว ซึ่งสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จึงได้กำหนดให้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง และปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้มีการกระจายบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” โดยให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี ทั้งในด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งฝ่ายการพยาบาลฯ มีบุคลากรในสังกัด จำนวนถึง 4,897 คน (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2547) ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานธุรการ คนงาน นักการ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ดังนั้นการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร จึงถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งในการบริหารทรัพยากรบุคคลของฝ่ายการพยาบาลฯ ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่โดยจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับบุคลากรอย่างทั่วถึง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มบุคลากรอายุ 35 ปีขึ้นไป กิจกรรมและสถานที่สำหรับออกกำลังกาย และกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีบุคลากรจำนวนมากที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งบุคลากรเหล่านี้นอกจากจะเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศแล้ว มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในระดับดี มีความใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งความรู้ได้ง่ายกว่าประชากรกลุ่มอื่นเนื่องจากปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งบุคลากรเหล่านี้ยังมีหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน

ที่มารับบริการ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรเหล่านี้ควรมีสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแล
สุขภาพที่ดี เหมาะสมที่จะเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนและสังคมไทย

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ฝ่ายการพยาบาลฯ จึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพ
และพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร เพื่อบ่งชี้แนวโน้มปัญหาสุขภาพของบุคลากร และ
ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ อันเป็นส่วน
หนึ่งของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้มีความสุขและอยู่กับองค์กรได้อย่าง
ยืนยาว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพ และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคลากรสังกัดฝ่ายการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช และศึกษาลักษณะและพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพ และความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาปัจจัยที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และการออกกำลังกาย รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคลากรพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน และพนักงานธุรการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึง 31 มกราคม 2547

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไข ปรับปรุงสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลฯ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการกำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลฝ่ายการพยาบาล
3. สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดความรักและผูกพันในองค์กร
4. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความรู้ และทักษะการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน และสังคมไทย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา คือ

1. ความหมายของคำว่าสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 2.1 สุขภาพองค์รวม
 - 2.2 สุขภาพเชิงระบบ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ
 - 3.1 อาหารและโภชนาการ
 - 3.2 การออกกำลังกาย
 - 3.3 การพักผ่อน
 - 3.4 สิ่งแวดล้อม
4. ดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพ / กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - 4.1 BMI
 - 4.2 Blood sugar
 - 4.3 Blood pressure

ความหมายของคำว่า สุขภาพ

สุขภาพ หรือ Health ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ใช้คำว่า complete well-being ทางกาย ทางจิต (mental) ทางสังคม (social) และ ทางจิตวิญญาณ (spiritual) (ประเวศ วะสี, 2545)

สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆเสมอ การดำรงภาวะสุขภาพแบบองค์รวม จึงต้องคำนึงถึง การผสมผสานกลยุทธ์ที่จะคงความสมดุลในทุกองค์ประกอบ โดยจะครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของบุคคลเป็นสำคัญ

สุขภาพ เป็นสภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สุขภาพมีความเป็นพลวัตจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

สุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรค แต่ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขด้วย สุขภาพองค์รวม แยกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. **ระดับบุคคล** หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลภายในตัวคนแต่ละคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดเป็นเอกภาพที่กลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ โดยที่หนทางไปสู่ความเอกภาพ คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่โน้มนำไปสู่คุณภาพที่ดี และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย

2. **ระดับครอบครัว และชุมชน** ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสุขภาพกายและใจที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักต่อกัน เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีความสุขที่ดีทั้งกายและใจ เมื่อนำมาประกอบกันก็จะเกิดเอกภาพองค์รวมระดับชุมชนที่มีความเกื้อกูลเอื้ออาทร สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนก็ย่อมดีขึ้นด้วย

3. **ระดับสังคม** จะหมายถึงความรวมถึงสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติด้วย โดยคนในสังคมมีเจตจำนงอย่างเดียวกันที่จะสร้างสังคมที่ดีงาม และหากคนทุกคนตระหนักว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและเรียนรู้ที่จะอยู่กับธรรมชาติ จะเกิดความสัมพันธ์ที่กลมกลืนระหว่างคนกับธรรมชาติ

การดูแลสุขภาพองค์รวมจึงเป็นความสมดุลกลมกลืนระหว่าง ร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นวิถีของการมีสุขภาพที่ดีและงดงาม (ประเวศ วะสี, 2547) โดยเฉพาะสุขภาพองค์รวมในระดับบุคคลซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะส่งผลถึงสุขภาพองค์รวมในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับสังคม

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมในระดับบุคคลมี 4 มิติ ได้แก่

1. **มิติทางกาย (Physical dimension)** หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่ อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทาง เศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2. **มิติทางจิตใจ (Psychological dimension)** หมายถึง การที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และ ลดความเห็นแก่ตัว

3. **มิติทางสังคม (Social dimension)** หมายถึง ความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. **มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension)** หมายถึง ความผาสุกที่เกิดจาก จิตสัมผัสกับสิ่งที่บุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคล มีความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ เชื่อว่าสุขภาวะแต่ละมิติจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต สังคม ของบุคคล และชุมชน ให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของ สุขภาพที่จะเป็นหลักยึดของสุขภาวะในมิติอื่นๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและ ครอบคลุม ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และชุมชน หากขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบ ความสุขที่แท้จริง ขาดความสมบูรณ์ในตนเอง มีความรู้สึกบกพร่อง หากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมี คุณค่าสูงสุดก็มีความสุขหรือสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่น มีความพิการ หรือ เป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง (ประเวศ วะสี, 2543)

มุมมองภาวะสุขภาพของ Smith (Smith's Model of Health)

ปัจจุบันนักทฤษฎีสุขภาพมีแนวคิดหรือมุมมองด้านสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกัน ขึ้นอยู่กับปรัชญา ความเชื่อและทัศนคติ หรือความสนใจ โดยทฤษฎีมุมมองภาวะสุขภาพของ "Smith's Model of Health" (Smith, 1983) ได้วิเคราะห์และ แบ่งออกเป็น 4 แนวคิด ได้แก่

1. **รูปแบบทางคลินิก (Clinical Model)** รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการ ปราศจาก อาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการ รักษาสมดุทาง ด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค

2. **รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role Performance Model)** เป็น รูปแบบที่ ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคม คาดหวังได้ ครบถ้วน

3. **รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation Model)** รูปแบบนี้เชื่อว่าสุขภาพ คือ การที่ บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่ง แวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับ ตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่ คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดี

4. ความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต

5. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic Model) คำ Eudemonistic หมายถึงความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้ รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์ กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยกำหนดความมีสุขภาพดี (Determinants of Health) :

- 1) Income and Social Status : สถานะทางสังคม
- 2) Social Support Networks : ความมีเครือข่าย สังคมที่คอบหา
- 3) Education and Literacy : การศึกษา
- 4) Employment Working Conditions : การทำงาน
- 5) Social Environment : สิ่งแวดล้อมทางสังคม
- 6) Physical Environment : สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- 7) Personal Health Practices and Coping Skills : งานอดิเรก การใช้เวลาว่าง
- 8) Health Child Development : พัฒนาการในวัยเด็ก
- 9) Biology and Genetic Endowment : ปัจจัยทางชีวภาค ยีน
- 10) Health Services : การใช้บริการสุขภาพ
- 11) Gender : เพศ , เชื้อชาติ , ผิวพรรณ
- 12) Culture : ประเพณี วัฒนธรรม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแนวคิดในการดูแลและสุขภาพของคนยุคใหม่โดยยึดหลัก **NEWSTART** ได้แก่

N - NUTRITION : อาหาร

E - EXERCISE : การออกกำลังกาย

W - WATER : น้ำ

S - SUNSHINE : แสงแดด

T - TEMPERANCE : อุณหภูมิที่เหมาะสม

A - AIR : อากาศ

R - REST : การพักผ่อน

T - TRUST IN GOD : ความเชื่อ ความศรัทธา สมาธิ

แนวคิดต่อสุขภาพเชิงระบบ

แนวคิดต่อสุขภาพเชิงระบบนั้น ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ว่าเป็น “เรื่องเกี่ยวกับชีวิต” การมองสุขภาพจึงต้องมองให้ครบวงจร และครอบคลุมกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการทางสังคมเพื่อให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งต้องอาศัยความสำนึกที่จะฟื้นฟูความรู้ดั้งเดิมเพื่อเปลี่ยนแปลงปรับลดบทบาทของแนวคิดบริโภคนิยม มีการรณรงค์เรื่องความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอย่างถูกวิธีอย่างแท้จริง เพื่อให้สามารถพิจารณาเรื่องของสุขภาพในภาพรวม ไม่แยกคิดเป็นส่วนๆ มองระบบในเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงแต่ประเมินในเชิงปริมาณเท่านั้น

การมองปัญหาสุขภาพจึงต้องมองทั้งระบบ เพื่อให้สามารถแก้ไขที่ต้นตอของปัญหา ไม่ใช่ที่ปลายเหตุ การนำแนวทางของต่างประเทศ เช่น Deregulation, liberalization และ Privatization มาใช้กับการบริการทางการแพทย์ อาจไม่ใช่แนวทางแก้ไขที่ถูกต้องเสมอไป เพราะการให้บริการด้านสุขภาพไม่ควรจะมีเป้าหมายหรือหวังผลทางการค้า (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ

อาหารและโภชนาการ

การมีอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ เป็นสิ่งสำคัญต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดี การขาดอาหารและการบริโภคอย่างไม่ครบถ้วนทำให้เกิดโรค หรือการบริโภคมากเกินไปทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคอ้วน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของระบบอาหารที่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ โดยรวมเรียกว่า ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) ซึ่งนิยามตามความหมายขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ หมายถึง “ภาวะที่ประชากรทุกคนมีอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัยจากสารพิษและเชื้อโรค มีอาหารบริโภคตลอดเวลา เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและชีวิตที่แจ่มใส” (อรพรรณ ศรีสุวรรณ, 2545) สามารถพิจารณาโดยครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่

1. การมีปริมาณอาหารบริโภคได้อย่างพอเพียงและหลากหลาย (Adequate food availability) ซึ่งเกี่ยวพันไปถึงการมีระบบการผลิตและจัดหาอาหารที่มั่นคง ยั่งยืน
2. บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถเข้าถึงอาหารได้จริง (Access to Food)
3. การได้รับอาหารอย่างเต็มที่และสม่ำเสมอตลอดเวลา (Stability) ซึ่งนอกจากปริมาณ ยังหมายถึง คุณภาพของอาหารทั้งด้านคุณค่าทางโภชนาการ และความปลอดภัย

เครื่องบ่งชี้ความมั่นคงทางอาหาร คือ ภาวะทุพโภชนาการ ไม่ว่าจะ เป็นภาวะการขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และพิษภัยจากอาหาร

การเปลี่ยนผ่านของลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคในประเทศอุตสาหกรรม จากโรคติดต่อไปสู่โรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเปลี่ยนผ่านของลักษณะอาหารและพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน ซึ่งพบว่า มีการบริโภคไขมัน น้ำตาลมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความแตกต่างของคุณค่าอาหารที่บริโภค และมีส่วนต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพในที่สุด คนจนกินอาหารสำเร็จรูปแทนอาหารสดมากขึ้น ผู้สูงอายุ คนดกงาน และครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักจะกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ แต่ทุกกลุ่มบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงทั้งกลุ่มคนรวยและคนจน

เป้าหมายของโภชนาการเพื่อสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ควรมุ่งสนับสนุนให้ประชาชนบริโภคผักสด ผลไม้สด พืชตระกูลถั่ว และธัญพืชไม่ขัดสี และควรลดการบริโภคเนื้อสัตว์ น้ำตาลและเกลือ ในบางประเทศ เช่น ออสเตรเลียส่งเสริมการผลิตเนื้อไม่มีมัน (Lean meat) ของผู้ผลิตเนื้อ เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดการบริโภคไขมัน และชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยรัฐบาลออสเตรเลียยอมรับให้มีมาตรการทางภาษีเพื่อส่งเสริมการผลิตเนื้อไม่มีมัน โดยนโยบายลดภาษีในกรณีนี้ถือเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543)

การออกกำลังกาย

การป้องกันเสริมสร้างสุขภาพ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพ ซึ่งวิธีดูแลสุขภาพที่ได้ผลดีและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการซื้ออาหารเสริมหรือยารักษาร่างกาย คือ การออกกำลังกาย โดยความเป็นจริงแล้ว คนทุกเพศ และทุกวัย ควรที่จะออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ไม่มีคำว่าสายเกินไปสำหรับการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะ มีอายุเท่าใด การเริ่มต้นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยิ่งเร็วจะยิ่งมีผลดีต่อสุขภาพ (Live Well, 2546.)

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

1. ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน สมรรถภาพการทำงานของหัวใจจะดีขึ้น หากออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จะพบว่า ชีพจรหรือหัวใจจะเต้นช้าลง
2. ลดไขมันในเลือด ซึ่งถ้าสูงจะเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
3. เพิ่ม HDL-C ในเลือด ซึ่งถ้ายิ่งสูงจะยิ่งดี จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
4. ลดความอ้วน (ไขมัน) เพิ่มกล้ามเนื้อ (ทำให้น้ำหนักอาจไม่ลด)
5. ป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน

6. ช่วยลดความดันโลหิตถ้าสูง ลดได้ประมาณ 10-15 ม.ม.ปรอท
7. ช่วยทำให้หัวใจ ปอด ระบบหมุนเวียนของโลหิต กล้ามเนื้อ เอ็น เอ็นข้อต่อ กระดูก ผิวหนังแข็งแรงยิ่งขึ้น
8. ช่วยลดความเครียด ทำให้นอนหลับดียิ่งขึ้น ความจำดี เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ช่วยทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น
9. ป้องกันโรคกระดูกพรุน โดยเฉพาะสุภาพสตรีที่ประจำเดือนหมด
10. ช่วยทำให้ร่างกายนำไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเป็นการประหยัดการใช้แป้ง (glycogen) ซึ่งมีอยู่น้อย และเป็นการป้องกันโรคหัวใจ
11. ช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิด เช่น ลำไส้ใหญ่ เต้านม ต่อมลูกหมาก
12. ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรค ลดเวลาที่จะหยุดงานจากการเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนมั่งคั่ง ประเทศชาติมั่นคง
13. ถ้าประชาชนทั่วประเทศออกกำลังกายจะเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่ความเป็นเลิศทางด้านกีฬา

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) จัดว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมาก ต้องใช้ออกซิเจน ต้องใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ (เช่น ขา หรือแขน) อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลานานเพียงพอและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้หัวใจ ปอด และระบบหมุนเวียนโลหิตแข็งแรง การออกกำลังกายที่จัดว่าเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก เป็นต้น

การออกกำลังกายชนิดนี้ มักใช้ทั้งแป้ง และไขมันเป็นพลังงาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิกควรทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่ออยู่ตัวแล้วจึงอาจจะเล่นกีฬาอย่างอื่นร่วมด้วย แต่ไม่ควรหยุดออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยควรทำสลับกัน เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เทนนิส 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติกอล์ฟ 1 ครั้ง เป็นต้น

การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาบางประเภท อาจไม่ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ตัวอย่างเช่น กีฬาเทนนิส การเล่นแบดมินตัน ซึ่งไม่ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพราะลักษณะการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา แต่เป็นการวิ่งสลับหยุด ซึ่งการที่ร่างกายอยู่ในสภาพหยุดนิ่งกับที่แล้วเปลี่ยนเป็นวิ่งอย่างรวดเร็วอย่างฉับพลัน อาจทำให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamine ออกมา ส่งผลให้หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ อาจมีอันตรายถึงเสียชีวิตได้ จึงไม่ควร

เล่นเทนนิสเพียงอย่างเดียว แต่ควรมีการออกกำลังกายในแบบแอโรบิกอื่นๆ ร่วมด้วยอย่างสม่ำเสมอ

ผลดีของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อการทำงานของหัวใจ

ทำให้หัวใจ หลอดเลือด และปอดแข็งแรง ทำให้เส้นเลือดที่ตีบแล้วหายตีบ หรือถ้าไม่หาย ร่างกายก็จะสร้างเส้นเลือดใหม่ (ทางเบี่ยง) ทำให้ชีพจรเต้นช้าลง ซึ่งจะเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายมีพลังสำรองมากขึ้น เมื่อจำเป็นต้องใช้ในยามฉุกเฉิน เพิ่ม HDL-C ในเลือดป้องกันโรคกระดูกพรุน ทำให้ร่างกายนำไขมันมาใช้ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย

วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องมี 5 ขั้นตอน

1. การยืดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น เพื่อเตรียมกล้ามเนื้อให้พร้อมก่อนเริ่มออกกำลังกาย
2. การอุ่นเครื่อง (Warm up) ประมาณ 5 นาที
3. ออกกำลังกายให้ชีพจรถึงเป้าหมาย (Exercise vigorously) ประมาณ 20 นาที
4. การคลายความร้อน (Cool down) ประมาณ 5 นาที
5. การยืดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นอีกครั้งก่อนหยุดการออกกำลังกาย

ระยะเวลาและความถี่ในการออกกำลังกาย

ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที (ถ้าออกกำลังกายด้วยการเดิน ควรใช้การเดินเร็ว และใช้เวลาอย่างน้อย 40 นาที) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างหักโหมหรือยาวนาน แต่ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที แต่ไม่ควรออกกำลังกายมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้ 1 วันเป็นวันพัก

ระดับชีพจรเป้าหมายในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละครั้งเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อหัวใจและปอด ควรออกกำลังกายให้ชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจมีค่าอยู่ในระดับ 60-80% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (ชีพจร) ของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถคำนวณได้โดย

$$\text{สูตร } \text{ความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้} = 220 - \text{อายุเป็นปี}$$

ตัวอย่าง คนที่มีอายุ 50 ปี มีความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้คือ $220 - 50 = 170$ ครั้งต่อนาที

ดังนั้นสำหรับคนที่มียุ 50 ปี ควรออกกำลังเพื่อให้ชีพจรเต้นเพียงระหว่าง 60-80% ของ 170 ครั้งต่อนาที คือ ระหว่าง 102-136 ครั้งต่อนาที

ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ควรเริ่มออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอาจใช้เวลา 2-3 เดือน จึงจะสามารถออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นได้ถึง 60% ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้ แต่ในกรณีที่ไม่มีเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร ให้ออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก และรู้สึกเหนื่อยไม่มากนัก ยังสามารถพูดคุยระหว่างการออกกำลังกายได้

การออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง

การออกกำลังกายอาจให้โทษได้ ถ้าออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ได้แก่

1. การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับอายุ เช่น ผู้สูงอายุควรใช้ชีวิตเดินเร็วจะดีกว่าการเล่นกีฬาหนักๆ เช่น สควอช เทนนิส แบดมินตัน ทั้งนี้เพราะกีฬาประเภทนี้เป็นการออกกำลังกายแบบวิ่งบ้างหยุดบ้าง ไม่ต่อเนื่องเพียงพอที่จะมีประโยชน์ต่อปอดและหัวใจ แต่กีฬาเหล่านี้ยังมีประโยชน์ว่าการไม่ออกกำลังกายเลย เพียงแต่ไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้มากเท่ากับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่อย่างต่อเนื่อง

2. ออกกำลังกายผิดเวลา เช่น อากาศร้อนจัดเกินไปอาจทำให้ไม่สบายได้ หรือการออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ เพราะร่างกายต้องการเลือดไปเลี้ยงที่กระเพาะอาหารและลำไส้มาก หากออกกำลังกายร่างกายจะต้องการเลือดไปที่กล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นด้วย จึงอาจทำให้เลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจลดน้อยลง ทำให้เกิดอาการหรือโรคของหัวใจได้

3. ออกกำลังกายในเวลาที่ไม่สบาย เช่น เวลาที่ท้องเสียไม่ควรออกกำลังกาย เพราะร่างกายอาจจะขาดน้ำ หรือเกลือแร่ทำให้อ่อนเพลีย เป็นลม เป็นตะคริว หรือโรคหัวใจได้ เวลาที่มีไข้ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ ถ้าไม่สบายไม่ว่าด้วยอาการใด ๆ ถึงแม้จะยังไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ควรยกเว้นการออกกำลังกายไว้ก่อน

4. ออกกำลังกายโดยไม่อุ่นเครื่องหรือยืดเส้นก่อน โดยปกติแล้วไม่ว่าจะเป็นนักกีฬาคนหนุ่มสาว หรือผู้สูงอายุ ก่อนออกกำลังกายจะต้องมีขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งโดยไม่มีข้อยกเว้น โดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุหรือผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ซึ่งการอุ่นเครื่องหรือการยืดเส้นเพื่อเตรียมร่างกายก่อน จะช่วยทำให้ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ และช่วยทำให้อาการเมื่อยล้าหลังออกกำลังกายหายเร็วขึ้น การอุ่นเครื่องหรือยืดเส้นควรทำทุกวันแม้ว่าจะไม่ออกกำลังกายก็ตาม

5. การใช้อุปกรณ์การกีฬาที่ไม่เหมาะสม เช่น รองเท้าที่ไม่เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย หรือไม้เทนนิสน้ำหนักไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่ายขึ้น

6. ออกกำลังกายหนักเกินไป จะเป็นการเสี่ยงต่อการบาดเจ็บมากขึ้น ควรทำอย่างพอดี ๆ เช่น ถ้าจะวิ่งเพื่อสุขภาพ ควรวิ่ง 20 นาทีก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องวิ่งถึง 60 นาทีต่อครั้ง ถ้าต้องการจะป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ ควรเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกไปทุก ๆ วันในสัปดาห์ เช่น ว่ายน้ำหนึ่งวัน วิ่งหนึ่งวัน ถีบจักรยานอยู่กับที่หนึ่งวัน เดินหนึ่งวัน ฯลฯ ถ้ามีอาการปวดเข่าควรเปลี่ยนไปเป็นว่ายน้ำหรือถีบจักรยานแทน

โปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย

ร่างกายของคนในวัยต่าง ๆ มีความจำเป็นในการออกกำลังกายแตกต่างกันไป อายุเป็นสิ่งที่กำหนดว่าควรจะทำออกกำลังกายมากน้อยแค่ไหน (Siamhealth, online, 2547)

ตารางที่ 2.1 วิธีการออกกำลังกายแบ่งตามช่วงอายุ

อายุ	วิธีการออกกำลังกาย	ข้อควรระวัง
20 - 29 ปี	<ol style="list-style-type: none"> เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 30 นาทีทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ แบ่งฝึกช่วงละ 10 นาที Aerobic ฝึกครั้งละ 15-20 นาทีทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 80-85% ของอัตราการเต้นสูงสุด ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง 	<p>ควรใช้อุปกรณ์ป้องกันเข่า ไหล่ เมื่อเล่นกีฬาที่เป็นการแข่งขัน เช่น ฟุตบอล รักบี้</p> <p>ฮ็อกกี เป็นต้น</p>
30 - 39 ปี	<ol style="list-style-type: none"> เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาทีทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ แบ่งฝึกเป็น 2 ช่วง Aerobic ฝึกครั้งละ 30 นาทีทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 70% ของอัตราการเต้นสูงสุด ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5-10 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง 	<p>ไม่ควรออกกำลังกายมากจนถึงจุดที่เกิดอาการเจ็บปวด ถ้าเริ่มมีอาการ ให้ลดการออกกำลังกายลง โดยไม่เกินความสามารถของร่างกาย</p>
40 - 49 ปี	<ol style="list-style-type: none"> เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาทีทุกวัน จันทร์ และศุกร์ แบ่งฝึกเป็น 2 ช่วง วันพุธยก Weight น้ำหนักปานกลางนาน 45 นาที โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง Aerobic ฝึกครั้งละ 25 นาทีทุกวันจันทร์ และศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 60-70% ของอัตราการเต้นสูงสุด วันอังคาร และวันพฤหัสบดีเพิ่มเวลาเป็น 30 นาที โดยเดินแบบเบา ๆ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5-10 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง 	<p>ควรเพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่วงลำตัว</p>

อายุ	วิธีการออกกำลังกาย	ข้อควรระวัง
50 ปีขึ้นไป	<ol style="list-style-type: none"> เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อฝึกครั้งละ 20 นาทีทุกวัน จันทร์ และศุกร์ ในวันพุธเพิ่มเวลาเป็น 45 นาที Aerobic ฝึกครั้งละ 20 นาทีทุกวันจันทร์ และศุกร์ โดยให้อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 60-70% ของอัตรา การเต้นสูงสุด วันอังคาร และวันพฤหัสบดีเพิ่มเวลา เป็น 30 นาที ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ฝึกครั้งละ 5-10 นาที ใน การออกกำลังกายแต่ละครั้ง 	อาจเกิดการบาดเจ็บที่ข้อและ หลังได้ง่าย ต้องระวังในการ ออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อส่วน ดังกล่าว

การพักผ่อน

การพักผ่อน หมายถึง การหยุดพักระหว่างการทำงานหรือการเล่น เพื่อผ่อนคลาย ความตึงเครียดและลดความเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียง (Eduhealth, online, 2005)

การพักผ่อนมี 2 ประเภท คือ

1. การพักผ่อนร่างกายได้หยุดพักหลังจากการทำงานหรือการออกกำลังกาย โดยการพักหรือ การนอนหลับ เป็นต้น
2. การพักผ่อนจิตใจ หมายถึงการหยุดนึกคิดในเรื่องใด ๆ ที่ได้คิดเรื่องนั้นติดต่อกันมาเป็น เวลานาน เรื่องนั้นอาจเป็นการเรียนหรือเรื่องงานก็ได้ โดยการทำให้จิตใจให้ผ่อนคลาย เพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง นั้นสมาธิ เล่นดนตรี หรือเล่นกีฬา

การนอนหลับ

มนุษย์ใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตเพื่อการนอนหลับ (สารานุกรมวิทยาศาสตร์ อ้างถึงใน กลอยใจ ชมพระกราบ, online, 2534) ขณะหลับจะไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ภายนอกมากใตนัก อย่างไรก็ตาม ประสาทบางส่วนในร่างกายอาจทำงานอย่างเต็มที่ เช่น เสียง รบกวนเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ตื่นได้ ขณะหลับปอดและหัวใจจะทำงานอย่างช้า ๆ ในขณะที่ต่อม เหนือและสมองบางส่วนจะมีการทำงานอย่างเต็มที่ การทำงานของสมองในขณะที่หลับเป็นข้อมูล พื้นฐานของการฝัน การละเมอทั้งพูดและเดิน

ระยะเวลาในการนอนหลับ

ขณะนอนหลับร่างกายจะทำการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จากการทดลอง พบว่า เซลล์ ผิวหนังสามารถแบ่งตัวสร้างเซลล์ใหม่ได้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในขณะที่นอนหลับ ระยะเวลาอนที่ ร่างกายต้องการนั้นขึ้นอยู่กับอัตราการเจริญเติบโตของร่างกายในแต่ละวัย (สารานุกรม วิทยาศาสตร์ อ้างถึงใน กลอยใจ ชมพระกราบ, online, 2534.)

ตารางที่ 2.2 จำนวนชั่วโมงที่ร่างกายต้องการในการนอนหลับ

อายุ	จำนวนชั่วโมงที่ร่างกายต้องการในการนอนหลับ
ทารก	16 ชั่วโมง
เด็ก	10 – 12 ชั่วโมง
วัยรุ่น	9 ชั่วโมง
ผู้ใหญ่	6 – 8 ชั่วโมง
ผู้สูงอายุ	7 – 8 ชั่วโมง

เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นความต้องการในการนอนจะลดน้อยลงไปตามลำดับ ยกเว้นในผู้สูงอายุที่ร่างกายยังต้องการการนอนหลับเท่าเดิม แต่มักพบว่า คุณภาพในการนอนของผู้อายุลดลงจึงทำให้รู้สึกนอนไม่ค่อยพอ นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นต้องการระยะเวลาในการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน แต่คนบางคนก็อาจจะต้องการระยะเวลาอนน้อย เพียงวันละ 5 ชั่วโมง (ผู้สูงอายุกับการนอนหลับ Available from <http://budhosp.tripod.com/insomnia.htm> [accessed 2005 Apr 08])

ประโยชน์ของการพักผ่อน

1. ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด
2. ทำจิตใจเยือกเย็น แจ่มใสร่าเริง
3. ทำให้มีกำลัง และมีความต้านทานโรคดีขึ้น
4. ทำให้มีการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ได้รวดเร็วและรอบอบยิ่งขึ้น
5. ช่วยลดอุบัติเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะคนที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

ผลเสียของการพักผ่อนไม่เพียงพอ

การพักผ่อนไม่เพียงพอจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย ได้แก่ ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด ไม่แข็งแรง ขาดภูมิต้านทานโรค เป็นต้น และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลิกภาพไม่ดีอีกด้วย

ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI)

ค่าดัชนีมวลกาย เป็น ค่าคำนวณที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนสูง และน้ำหนักตัว มาเป็นตัวช่วยบ่งชี้หรือเปรียบเทียบสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งดีกว่าการพิจารณาที่น้ำหนักตัวเพียงอย่างเดียว เพราะผู้ที่มีน้ำหนักตัวเท่ากัน เช่น 70 กิโลกรัม สำหรับผู้ที่มีความสูงประมาณ 175 – 180 ซม. ถือว่ามีรูปร่างปกติ หุ่นกำลังดี ในขณะที่ผู้ที่มีความสูงประมาณ 150 – 160 ซม. จะถือว่ามีรูปร่างอ้วน ดัชนีมวลกายจะช่วยบ่งชี้สภาพร่างกาย ว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ อ้วนหรือผอมเกินไป (Thailabonline Health site, online, 2004)

ค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แสดงว่า มีความสมดุลระหว่างการทานอาหารและการออกกำลังกาย ถ้าค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าค่ามาตรฐานมากแสดงว่าอ้วนมาก ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแสดงว่าร่างกายอยู่ในสภาพที่ผอมหรือผอมเกินไป (ปิยพร ทองใส, online, 2004)

ดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI)

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (หน่วยกิโลกรัม)}}{\text{ความสูง}^2 \text{ (หน่วยเมตร}^2\text{)}}$$

ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5

หมายถึง มีน้ำหนักน้อยเกินไป ซึ่งอาจจะเกิดจากนักกีฬาที่ออกกำลังกายมาก และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ วิธีแก้ไขต้องรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และมีปริมาณพลังงานเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (Siamhealth, online, 2004)

ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9

หมายถึง มีน้ำหนักปกติและมีปริมาณไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ มักจะไม่ค่อยมีโรคภัย อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงต่ำกว่าผู้ที่อ้วนกว่านี้

ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23-24.9

หมายถึงว่า เริ่มจะมีน้ำหนักเกิน หากคุณมีกรรมพันธุ์เป็นโรคเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูงต้องพยายามลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 23

ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.9

หมายถึง มีน้ำหนักเกินจนจัดว่า เป็นคนอ้วนระดับ 1 และหากคุณมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม.(ชาย) 80 ซม.(หญิง) คุณจะมีโอกาสเกิดโรคความดัน เบาหวานสูง จำเป็นต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย

ดัชนีมวลกายมากกว่า 30

หมายถึง มีน้ำหนักเกินจนจัดว่า อ้วนระดับ 2 คุณเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มากับความอ้วน หากคุณมีเส้นรอบเอวมมากกว่าเกณฑ์ปกติคุณเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง คุณต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างจริงจัง

ความดันโลหิต

ปัจจุบันความดันโลหิตที่เรียกว่า “เหมาะสม” ในผู้ที่อายุมากกว่า 18 ปี คือ ค่าความดันซิสโตลิกไม่เกิน 120 มม.ปรอท และไดแอสโตลิกไม่เกิน 80 มม.ปรอท คืออยู่ในช่วงประมาณ 120/80 มม.ปรอท

ความดันโลหิตที่ “อยู่ในเกณฑ์ปกติ” คือ ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 130-139/85-89 มม.ปรอท จะถือว่า มีความดันโลหิตสูงเมื่อความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า (หรือเท่ากับ) 140 และความดันไดแอสโตลิกมากกว่า (หรือเท่ากับ) 90 มม.ปรอท

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงได้นั้น แพทย์จะต้องวัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หลังจากให้ผู้ป่วยพักแล้ว วัดซ้ำจนกว่าจะแน่ใจว่าสูงจริง และที่สำคัญคือ เทคนิคการวัดต้องถูกต้อง และอุปกรณ์ที่ใช้วัดมีมาตรฐานอีกด้วย (รพีพล ฤกษ์ธร ณ อยุธยา, online, 2004)

ตารางที่ 2.3 จำแนกภาวะความดันโลหิตสูง

การจำแนก	ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตที่เหมาะสม	< 120	และ	< 80
ความดันโลหิตปกติ	< 130	และ	< 85
ความดันโลหิตสูงเล็กน้อยแต่ยังปกติ	130-139	หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 (อ่อน)	140-159	หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 (ปานกลาง)	160-179	หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 3 (รุนแรง)	≥ 180	หรือ	≥ 110

ระดับน้ำตาลในเลือด

คนปกติจะมีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-100 mg/dL แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจากอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง สูงกว่า 126 mg/dL สำหรับผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 110 – 125 mg/dL ถือว่ามีภาวะ Impaired fasting glucose [IFG] คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำเป็นต้องควบคุมอาหารและน้ำหนัก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ควรจะเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาลเป็นประจำทุกปี ถ้าน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี แต่หากมีปัจจัยเสี่ยงหรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว ควรตรวจเป็นประจำทุกปี สำหรับการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะนั้นมิใช่การตรวจวินิจฉัยหรือค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพราะการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวานแล้ว คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (วราภณ วงศ์ภวรัตน์ และวิทยา ศรีดามา, 2548)

ระดับไขมันในเลือด

ไขมันในเลือด แบ่งเป็น

1. **Total Cholesterol** เป็นผลรวมของไขมันทุกชนิดของร่างกาย หากมีค่าสูงก็จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
2. **Triglyceride** เป็นไขมันอีกชนิดที่พบในกระแสเลือดและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ปัจจัยที่ทำให้ระดับ triglyceride มีค่าสูงได้แก่
3. **High density lipoprotein [HDL cholesterol]** เป็นไขมันที่ดีจะนำเอา cholesterol จากเลือดและอวัยวะอื่นกลับสู่ตับ ดังนั้น HDL จึงทำหน้าที่ป้องกันหลอดเลือดแข็ง
4. **Low density lipoprotein [LDL Cholesterol]** ในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในรูป LDL และหากมีมากมันจะเกาะตามผนังหลอดเลือดและทำลายผนังหลอดเลือดดังนั้นหากมี LDL มากก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้หลอดเลือดตีบ

การตรวจหาระดับไขมันในเลือด

ประเทศอเมริกาแนะนำให้ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ควรจะได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือดและหากปกติแนะนำให้ตรวจทุก 5 ปี สำหรับในประเทศไทยได้แนะนำการคัดกรองภาวะระดับไขมันเลือดตั้งนี้การตรวจไขมันให้อุดอาหาร 9-12 ชั่วโมงการตรวจหาระดับไขมันในเลือดเราจะเลือดตรวจหาไขมันทั้งหมด 4 ชนิดด้วยกัน

ภาวะคุณภาพสุขภาพ

โรค และสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต

1. ปัจจุบันนี้ โรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรกต่อประชากร 100,000 คน คือ
 - โรคหัวใจ และหลอดเลือด
 - อุบัติเหตุ และสารเป็นพิษ
 - โรคมะเร็ง
2. โรคที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคอัมพาต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคสมองเสื่อม การหกล้ม และกระดูกหัก ฯลฯ
3. ในสุขภาพสตรีโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังหมดประจำเดือน ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และกระดูกหัก
4. ประชาชนประมาณ 40% จะมีอาการปวดหลัง

5. การที่ประชาชนมีสุขภาพดีทั่วหน้า ประเทศชาติสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทางด้านอื่น โรคหรือสาเหตุของการตายต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถป้องกัน หรือลดลงได้ไม่มากนักน้อย ด้วยการออกกำลังกาย คุมอาหาร และพฤติกรรมที่เหมาะสม

โรคอ้วน

ก่อนหน้านี้คนอ้วนไม่ถือเป็นโรคอ้วนแต่ปัจจุบันจัดเป็นโรคอ้วนเนื่องจากก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ โรคอ้วนเป็นโรคเกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่างทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ผู้ที่ลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว น้ำหนักก็จะขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน การรักษาโรคอ้วนได้เปลี่ยนไปจากอดีตที่นิยมให้ลดน้ำหนักเข้าสู่เกณฑ์ปกติอย่างรวดเร็วมาเป็นให้ลดน้ำหนักแบบค่อย ๆ เป็นโดยกำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้ การลดน้ำหนักเพียงบางส่วนสามารถก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การรักษาโรคอ้วนให้รักษาดลอดชีวิตเหมือนโรคเบาหวาน

มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีระดับ ไขมัน Cholesterol triglyceride LDL ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ

การนำดัชนีมวลกายมาใช้อ้างอิงเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่า อ้วนหรือไม่นั้น ไม่สามารถใช้ตัวเลขเดียวกันทั่วโลกได้ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งพบว่าชาวยุโรป อเมริกา หรือแอฟริกัน จะมีโครงสร้างใหญ่กว่าชาวเอเชีย ดังนั้นค่าตัวเลขดัชนีมวลกายของทางยุโรปและอเมริกาจึงจะค่อนข้างสูงโดย จะถือว่าน้ำหนักเกินเมื่อดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ตารางเมตร และสำหรับชาวเอเชียจะใช้ระดับ ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก/ตารางเมตร เป็นเกณฑ์ และมีการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรที่มีดัชนีมวลกายที่สูงกว่าค่าดังกล่าว จะมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มากกว่ากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อย จะเห็นว่า คนอ้วนมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลายชนิด และผลดีของการควบคุมน้ำหนักสามารถลดอัตราการเกิดโรคได้หลายชนิด และลดอัตราการตายได้

ภาวะไขมันในเลือดสูง

โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ ไขมันในโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การเปลี่ยนแปลงอาหารและการออกกำลังกายสามารถระดับไขมันในเลือดได้และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ เมื่อพบแพทย์ แพทย์จะเจาะเลือดหาระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบ โดยแพทย์จะเจาะหา Cholesterol เป็นการตรวจระดับ Total cholesterol ในกระแสเลือด ถ้าหากสูงจะเกาะติดผนังหลอดเลือดแดงที่เรียกว่า plaque ซึ่งหากเป็นมากทำให้หลอดเลือดแดงตีบเลือดไปเลี้ยงไม่พอเมื่อเริ่มเป็นจะไม่มีอาการจนกระทั่งตีบมากจึงเกิดอาการ เช่นเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาด

เลือด หรืออัมพฤกษ์ ระดับ cholesterol ที่ต้องการขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หรือหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อหลอดเลือดตีบหรือไม่

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็น โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ และมีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยทุกปี และเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว มักจะเกิดโรคแทรกซ้อนในหลายระบบ เช่น ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท เป็นต้น (Siamhealth, online, 2005)

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่

1. อายุมากกว่า 45 ปี
2. ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./m²
3. ค่า HDL cholesterol ในเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/dL
4. ค่า Triglyceride ในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/dL
5. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
6. ค่า FPG (Impaired fasting glucose) หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dL หรือ Random PG มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mg/dL

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน กระทำได้โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งออกเป็นวิธีต่างๆ ดังนี้

1. การวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง [FPG : fasting plasma glucose] เป็นวิธีที่สะดวกและแม่นยำ แพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือด [FPG] สูงกว่า 126 mg/dL [7.0 mmol/L] เมื่อเจาะซ้ำสองครั้ง

2. การวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส [OGTT : oral glucose tolerance test] กรณีที่สงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน แต่ระดับพลาสมากลูโคสก่อนรับประทานอาหารต่ำกว่า 126 mg/dL จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมโดยการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม และเจาะเลือดในช่วงก่อนดื่ม และ 2 ชั่วโมงหลังดื่ม แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เมื่อระดับพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL ถ้าอยู่ระหว่าง 140 – 199 mg/dL ถือว่า ความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง (IGT : impaired glucose tolerance) ถ้าต่ำกว่า 140 มก% ถือว่า อยู่ในระดับปกติ

3. การสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา [RPG : random plasma glucose] โดยไม่กำหนดเวลาอดอาหาร ถ้าพบว่า ค่าสูงกว่า 200 mg/dL แพทย์จะนัดมาเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดน้ำตาลหลังการอดอาหาร [FPG : fasting plasma glucose] หรือตรวจวัดความทนทานน้ำตาล

* กลูโคส OGTT เนื่องจากการตรวจชนิดนี้มีความแม่นยำต่ำจึงไม่เป็นที่นิยม แต่อาจใช้ตรวจในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเบาหวานมากและจำเป็นต้องรีบให้การรักษาเร่งด่วน

4. การใช้ระดับโปรตีนไกลโคไซด์ ได้แก่ HbA1c : glycosylate hemoglobin และ glycosylate albumin [fructosamine] ไม่นิยมใช้เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน แต่นิยมใช้เพื่อประเมินผลการรักษาโรคเบาหวานเนื่องจากมีความไวและความแม่นยำต่ำ

การตรวจหากกลูโคสในปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่เป็นที่นิยมเพราะไม่แม่นยำและอาจเกิดความผิดพลาดได้ง่าย (Siamhealth, online, 2005)

ตารางที่ 2.4 วิธีการตรวจวัดและระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

วิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	ปกติ	IFG	IGT ความทนทานต่อ น้ำตาลบกพร่อง	DM โรคเบาหวาน
FPG	< 110	110 – 125	-	≥ 126*
OGTT	< 140	-	140 – 199	≥ 200
RPG	< 160	-	-	≥ 200

* WHO กำหนดให้ใช้ค่า FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (WHO 1998 อ้างถึงใน วราภณ วงศ์ภาวรัตน์ และ วิทยา ศรีดามา, 2545.)

IFG (Impaired Fasting Glucose) หมายถึง คนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่พบ Fasting plasma glucose สูงกว่าค่าอ้างอิงของคนปกติ แต่น้อยกว่าเกณฑ์เบาหวาน นั่นคือค่าตั้งแต่ 110 mg/dL ถึง 125 mg/dL

IGT (Impaired glucose tolerance) หมายถึง คนที่ตรวจ OGTT แล้ว ผลระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าสูงกว่าคนปกติ แต่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน คือในระดับ 140 – 199 mg/dL เรียกว่า มีความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง

การตรวจสุขภาพ

ในปัจจุบันคนในสังคมไทยให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพมากขึ้น ซึ่งนับเป็นการตอบรับต่อกระแสการป้องกันโรคก่อนการรักษา ตามทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ การตรวจสุขภาพควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้การตรวจสุขภาพเป็นแนวทาง

ของการป้องกันก่อนการรักษา มิใช่การใช้ยาที่สิ้นเปลืองเกินความจำเป็น การตรวจสุขภาพแต่ละครั้งจึงควรเป็นการตรวจที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีอย่างแท้จริง (สุรจิต สุนทรธรรม, online, 2005)

ความหมายของ "การตรวจสุขภาพ"

ความหมายที่ถูกต้องของ "การตรวจสุขภาพ" คือ การตรวจสอบภาวะอันเป็นสุข และตรวจหาอะไรก็ตามแต่ที่จะมีผลทำให้ภาวะอันเป็นสุขนั้นเสียไป และหัวใจของการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค และหากสามารถขจัดหรือลดปัจจัยเหล่านั้นได้จะส่งผลให้ไม่เกิดโรค

ส่วนการตรวจเพื่อค้นหาความเจ็บป่วยหรืออาการของโรคต่าง ๆ นั้น ควรเป็นประเด็นสุดท้ายในการตรวจสุขภาพ ซึ่งโรคที่สมควรตรวจหา นั้น จำเป็นต้องมีหลักฐานจากการศึกษาค้นคว้ายืนยันอย่างชัดเจนแล้วว่า การตรวจพบโรคนั้นๆ ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการและมีประโยชน์มากกว่าการตรวจพบเมื่อมีอาการปรากฏแล้ว

การตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของ การตรวจสุขภาพ ไว้ว่า คือ การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงอันจะส่งผลทำให้สุขภาพเสียไป ซึ่งเราไม่ได้ตระหนัก (คือยังไม่ทราบ ยังไม่ยอมรับ และยังไม่ปฏิบัติ) ดังนั้นการตรวจสุขภาพจึงเน้นที่การตรวจก่อนการเป็นโรค ไม่ได้เน้นที่การตรวจหาว่าเป็นโรค ไม่ได้เน้นที่การตรวจหาว่าเป็นโรคอะไรบ้างแล้วหรือยัง การตรวจสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ทราบถึง ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ บ้าง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อจะกำจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวป้องกันการเกิดโรค

วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพ

ในอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลและภาคเอกชนได้กำหนดให้พนักงานหรือบุคลากร โดยเฉพาะการรับคนที่จะสมัครเข้าทำงาน เข้ารับการศึกษา หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ต้องได้รับการตรวจร่างกายหรือต้องมีใบรับรองการตรวจร่างกายหรือต้องมีใบรับรองแพทย์ว่าไม่ป่วยด้วยโรคตามที่กำหนด เพื่อคัดกรองไม่ให้บุคคลที่อาจมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ได้เข้าทำงาน เข้ารับการศึกษา หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อันจะลดการก่อให้เกิดภาวะแก่หน่วยงาน มากกว่าที่จะมีจุดประสงค์เพื่อการป้องกันโรคและการสร้างเสริมให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพดี การตรวจสุขภาพในลักษณะนั้นจึงเป็นการตรวจเพื่อค้นหาโรค คือ พยายามค้นหาว่า บุคคลนั้นมีโรคอะไรอยู่ในตัวบ้างหรือไม่ จากความเข้าใจนั้นได้กลายเป็นความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ในสังคมว่า การตรวจสุขภาพ คือ การตรวจหาว่า มีโรคอะไรอยู่บ้างหรือไม่

แนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย ไว้ในหมวด “ก” ซึ่งเป็นมาตรการที่ควรทำ หมายถึงว่า มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดีสนับสนุนว่าแนวทางการตรวจดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า และหมวด “ข” ซึ่งหมายถึงมาตรการที่น่าทำ คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ว่าการตรวจดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย , 2543). ซึ่งสามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

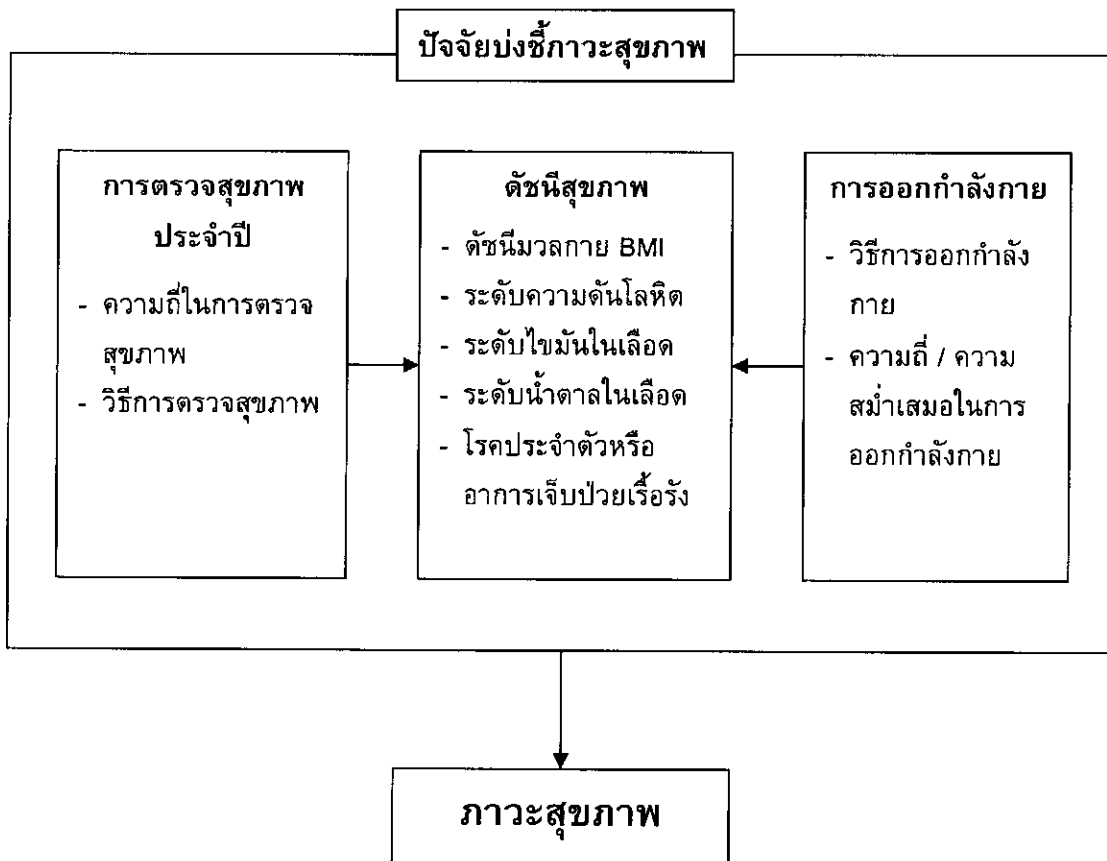
ตารางที่ 2.5 แนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย คำแนะนำ “ก” และ “ข”

การตรวจ	เพศ	อายุ (ปี)	ช่วงเวลา (ทุก...ปี)	โรค/ภาวะผิดปกติที่ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง
คำแนะนำ “ก”				
การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณหาดัชนีมวลกาย การวัดสัดส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก	ช,ญ	ทุกวัย		
ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน			1-3 ปี	เบาหวาน
ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็ง			1-3 ปี	โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจ/สมอง
ตรวจมะเร็งปากมดลูก	ญ	> 35	1 ปี	มะเร็งปากมดลูก
ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน	ญ	> 20	1-3 ปี	มะเร็งเต้านม
คำแนะนำ “ข”				
ตรวจเต้านมโดยแพทย์	ญ	20-40 > 40	1-3 ปี	มะเร็งเต้านม
ตรวจสายตา	ช,ญ	> 40	1-3 ปี	สายตาผิดปกติ
การตรวจระดับโคเลสเตอรอล	ช,ญ	> 35	3-5 ปี	โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจ/สมอง
การตรวจระดับโคเลสเตอรอล, ไตรกรีเซอไรด์ และ HDL cholesterol	ช ญ	> 45 > 50	3-5 ปี	
การตรวจปัสสาวะ	ช,ญ	ทุกวัย	3-5 ปี	นิ่ว โรคไต
การตรวจหาเชื้อ HIV	ช,ญ	ทุกวัย	ตามโอกาส	โรคเอดส์

การตรวจ	เพศ	อายุ (ปี)	ช่วงเวลา (ทุก...ปี)	โรค/ภาวะผิดปกติที่ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง
การตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิ	ช,ญ	ทุกวัย	1-3 ปี	การติดเชื้อปรสิต มะเร็งท่อน้ำดี/ตับ
การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ	ช,ญ	>40	5 ปี	มะเร็งลำไส้ใหญ่
การตรวจระดับกลูโคสในเลือด	ช,ญ	>45	3 ปี	เบาหวาน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตและแนวทางในการสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เกี่ยวกับปัจจัยที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของงบบุคลากรสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน นักการ พนักงานธุรการ และเจ้าหน้าที่ช่าง สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน และพนักงานธุรการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2546 รวมทั้งสิ้นจำนวน 4413 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของบุคลากร ประกอบด้วย ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่งงาน งานการพยาบาลที่สังกัด
2. ข้อมูลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด ความต้องการการตรวจสุขภาพประจำปี
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย สาเหตุที่ไม่ออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย กีฬาหรือการออกกำลังกายที่สนใจ ช่วงเวลาที่ออกกำลังกายในแต่ละวัน
4. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการและประเภทของความรู้ด้านสุขภาพ
5. ความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพและข้อเสนอแนะต่างๆ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแจกแบบสอบถามไปยังบุคลากรในแต่ละหน่วยงานที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้ระยะเวลาการแจกและส่งแบบสอบถามคืนประมาณ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล
2. ข้อมูลสุขภาพทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุหรือกลุ่มเสี่ยง
3. ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกาย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
4. ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ความต้องการและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสวัสดิการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

จากการสำรวจสุขภาพภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2546 ถึง มกราคม 2547 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามไปยังบุคลากร จำนวน 4413 ราย เพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถวิเคราะห์และแจกแจงข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป
2. ข้อมูลด้านสุขภาพ
3. การออกกำลังกาย
4. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่ต้องการ
5. สวัสดิการด้านสุขภาพที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามเพศ และ อายุ (n = 4413)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	4139	93.8
ชาย	274	6.2
อายุ		
18-30 ปี	2171	49.2
31-40 ปี	966	21.9
41-50 ปี	884	20.0
51-60 ปี	392	8.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามตำแหน่งงานและงานการพยาบาล (n = 4413)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ระดับบริหาร	175	4.0
พยาบาล	2105	47.7
ผู้ช่วยพยาบาล	1586	35.9
เสมียน/ธุรการ	69	1.6
คนงาน	467	10.6
ไม่ระบุตำแหน่งงาน	11	0.2
งานการพยาบาล		
กุมารเวชศาสตร์	515	11.7
จักษุ และโสตฯ	181	4.1
ปฐมภูมิ	28	0.6
ฝ่ายการพยาบาล	89	2.0
ผู้ป่วยนอก	324	7.3
ผู้ป่วยพิเศษ	576	13.1
ผ่าตัด	426	9.7
รังสีวิทยา	137	3.1
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	658	14.9
ศัลยศาสตร์ฯ	716	16.2
อายุรศาสตร์	763	17.3

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) และมีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31 – 40 ปี อายุ 41 – 50 ปี และ 50 – 60 ปี ตามลำดับ และพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลระดับบริหาร คนงาน และพนักงานธุรการหรือเสมียน ตามลำดับ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพพื้นฐานจำแนกตามค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลสุขภาพ	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
น้ำหนัก	35	94	54.23	9.08
ส่วนสูง	135	184	158.03	5.50
BMI	14.40	38.30	21.72	3.46

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาล มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 35 – 94 กิโลกรัม โดยมีค่าน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 54.23 กิโลกรัม และมีส่วนสูง ระหว่าง 135 – 184 เซนติเมตร มีค่าส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 158 เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 14.4 – 38.3 และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 21.72

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามดัชนีมวลกาย (BMI) (n = 4376)

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 18.5 (ผอม)	631	14.4
18.5 – 22.9 (ปกติ)	2464	56.3*
23.0 – 24.9 (ท้วม)	574	13.1
25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)	574	13.1
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป * (อ้วนระดับ 2)	133	3.0

หมายเหตุ ค่า BMI สูงกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคที่มีผลจากความอ้วน

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ คือ ร้อยละ 56.3 กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ คือมีรูปร่างผอมนั้นมีเพียงร้อยละ 14.4 แต่สำหรับบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินระดับปกติของคนเอเชีย มีถึงร้อยละ 29.2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีรูปร่างท้วมหรือเริ่มจะมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 13.1 และกลุ่มที่จัดว่าเป็นคนอ้วนระดับ 1 ถึงร้อยละ 13.3 และมีบุคลากรที่อ้วนระดับ 2 คือ เป็นโรคอ้วนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 3.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มอายุ (n = 4376)

ดัชนีมวลกาย	18 – 30 ปี		31 – 40 ปี		41 – 50 ปี		51 -60 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 18.5 (ผอม)	528	24.6	67	7.0	31	3.5	5	1.3
18.5 – 22.9 (ปกติ)	1341	62.4	582	60.6	408	46.6	133	34.0
23.0* – 24.9 (ท้วม)	147	6.8	151	15.7	183	20.9	93	23.8
25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ1)	110	5.1	128	13.3	207	23.6	129	33.0
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2)	23	1.1	32	3.4	47	5.4	31	7.9
รวม	2149	100.0	960	100.0	876	100.0	391	100.0

หมายเหตุ ค่าดัชนีมวลกายเกิน 23 ถือว่าเริ่มจะมีน้ำหนักเกินกว่าปกติ

จากตารางที่ 4 และ 5 พบว่า บุคลากรช่วงอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า ค่าเกณฑ์ในการชี้วัดความอ้วนของคนเอเชีย โดยมีเพียง ร้อยละ 13.0 เท่านั้นที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ ส่วนบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 67.6 แต่มีบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติมากกว่ากลุ่มอายุ 20 – 30 ปี คือ ร้อยละ 32.4

กลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่ม (ร้อยละ 50.1) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีรูปร่างปกติ ร้อยละ 46.6 และรูปร่างผอม ร้อยละ 3.5 และ

พบว่า อีกครึ่งหนึ่งของกลุ่มมีค่าดัชนีมวลกายเกินระดับปกติ โดยมีบุคคลากรที่อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 23.6 เริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน คือ มีรูปร่างท้วม ร้อยละ 20.9 และอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

กลุ่มบุคคลากรที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี พบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติมีเพียง ร้อยละ 34.0 และ มีรูปร่างผอม ร้อยละ 1.3 เท่านั้น ที่เหลืออีก ร้อยละ 64.7 มีค่าดัชนีมวลกายเกินระดับปกติของคนเอเชีย โดย มีผู้ที่อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 33.0 เริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน คือ มีรูปร่างท้วม ร้อยละ 23.8 และมีภาวะอ้วนระดับ 2 ถึง ร้อยละ 7.9

เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด คือ ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 60.6 กลุ่มอายุ 41 -50 ปี ร้อยละ 46.6 และ กลุ่มอายุ 51 -60 ปี ร้อยละ 34.0 และพบว่า กลุ่มอายุที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 คือมีภาวะอ้วน ระดับ 2 มากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 7.9 รองลงมาคือ อายุ 41 – 50 ปี อายุ 31 – 40 ปี และ 18 – 30 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับความดันซิสโตลิก (n = 4087)

ระดับความดันซิสโตลิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 120 mmHg	2833	69.3
120 – 129 mmHg	899	22.0
130 – 139 mmHg	227	5.6
140 – 159 mmHg	97	2.4
160 – 179 mmHg	22	0.5
ตั้งแต่ 180 mmHg ขึ้นไป	9	0.2

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับความดันไดแอสโตลิก (n = 4087)

ระดับความดันไดแอสโตลิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 80 mmHg	2855	69.9
80 – 84 mmHg	993	24.3
85 – 89 mmHg	15	0.4
90 – 99 mmHg	188	4.6
100 – 109 mmHg	31	0.8
ตั้งแต่ 110 mmHg ขึ้นไป	5	0.1

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 96.9 มีความดันซิสโตลิกในระดับปกติ คือไม่เกิน 140 mmHg โดยร้อยละ 69.3 มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 120 mmHg และอีกร้อยละ 22.0 มีค่าอยู่ระหว่าง 120 – 129 mmHg และร้อยละ 5.6 อยู่ในระดับ 130 – 139 mmHg โดยมีเพียงร้อยละ 3.1 เท่านั้น มีค่าความดันซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 mmHg ขึ้นไป

และจากตารางที่ 6 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีระดับความดันไดแอสโตลิกปกติ คือ ไม่เกิน 90 mmHg โดยร้อยละ 69.9 มีค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 mmHg และร้อยละ 24.3 มีค่าอยู่ระหว่าง 80 – 84 mmHg และอีกร้อยละ 0.4 อยู่ในระดับ 85 -89 mmHg ทั้งนี้พบว่ามีเพียง ร้อยละ 5.4 เท่านั้นที่มีความดันไดแอสโตลิกในระดับที่สูงกว่า 90 mmHg โดยร้อยละ 4.6 อยู่ในช่วง 90 – 99 mmHg และเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความดันไดแอสโตลิกในระดับที่สูงกว่า 100 mmHg ขึ้นไป

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้ตรวจ	2939	66.6
ได้รับการตรวจ	1474	33.4
น้อยกว่า 200 mg/dl	629	42.7
200 – 239 mg/dl	566	38.4
ตั้งแต่ 240 mg/dl ขึ้นไป*	279	18.9

หมายเหตุ *ระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 240 mg/dl ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด

จากตารางที่ 7 พบว่า บุคลากรที่ได้รับการตรวจหาระดับโคเลสเตอรอลในเลือดมีจำนวน ร้อยละ 33.4 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยร้อยละ 42.7 ของกลุ่มที่ได้รับการตรวจ มีโคเลสเตอรอลในเลือดระดับปกติ อีกร้อยละ 38.4 มีระดับโคเลสเตอรอลระหว่าง 200 – 239 mg/dl และ ร้อยละ 18.9 มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 240 mg/dl

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ

ระดับโคเลสเตอรอล ในเลือด	18 – 30 ปี		31 – 40 ปี		41 – 50 ปี		51 -60 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 200 mg/dl	147	55.7	169	50.0	228	40.5	85	27.5
200 – 239 mg/dl	85	32.2	122	36.1	232	41.2	127	41.1
ตั้งแต่ 240 mg/dl ขึ้นไป	32	12.1	47	13.9	103	18.3	97	31.4*
รวม	264	100.0	338	100.0	563	100.0	309	100.0

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ พบว่า กลุ่มที่มีระดับโคเลสเตอรอลเกิน 240 mg/dl มากที่สุด คือ กลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 31 รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 41 – 50 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ตามลำดับ

ส่วนผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล 200 – 239 mg/dl พบในกลุ่มบุคลากรอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ อายุ 51 – 60 ปี ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.2 และ ร้อยละ 41.1 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ กลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มบุคลากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดอยู่ในระดับปกติมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 18 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 50.0 กลุ่มอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.5 และ กลุ่มอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 27.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด (n = 4413)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ไม่ได้ตรวจ	2853	64.6
ได้รับการตรวจ	1560	35.4
ต่ำกว่า 110 mg/dl	1416	90.8
110 – 125 mg/dl	88	5.6
สูงกว่า 126 mg/dl	56	3.6

จากตารางที่ 9 พบว่า บุคลากรที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดมีจำนวนร้อยละ 35.4 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยพบว่า ร้อยละ 90.8 ของกลุ่มที่ได้รับการตรวจมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ อีกร้อยละ 5.6 มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 110 – 125 mg/dl และ ร้อยละ 3.6 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 mg/dl

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบ
ระหว่างกลุ่มอายุ (n = 1560)

ระดับน้ำตาลในเลือด	18 – 30 ปี		31 – 40 ปี		41 – 50 ปี		51 -60 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 110 mg/dl	313	92.6	327	91.6	520	92.7	256	84.2
110 – 125 mg/dl	18	5.3	22	6.2	22	3.9	26	8.6*
สูงกว่า 126 mg/dl	7	2.1	8	2.2	19	3.4	22	7.2*
รวม	338	100.0	357	100.0	561	100.0	304	100.0

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มอายุต่างๆพบว่า กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลเกิน 126 mg/dl มากที่สุด คือ กลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 7.2 รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 41 – 50 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ตามลำดับ

ส่วนผู้ที่มีระดับน้ำตาล 110 – 125 mg/dl พบในกลุ่มบุคลากรอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 8.6 และ รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 6.2 กลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ร้อยละ 5.3 และกลุ่มอายุระหว่าง 41 – 50 ปี น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 18 – 30 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ค่าปกติใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 92.7 และ ร้อยละ 92.6 ตามลำดับ รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 91.6 และ กลุ่มอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 84.2 ตามลำดับ

การตรวจสอบสภาพประจำปี

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามการตรวจสอบสภาพประจำปี (n = 4413)

ตรวจสอบสภาพครั้งสุดท้ายเมื่อ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปี 2546	2777	62.9
ปี 2545	382	8.7
ปี 2544	52	1.2
ปี 2543	43	0.9
ปี 2542	56	1.3
ปี 2541	10	0.2
ปี 2530 - 2540	27	0.6
ไม่ได้รับการตรวจสอบสภาพ	1066	24.2

จากตารางที่ 11 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบสภาพครั้งหลังสุดในปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ ได้รับการตรวจสอบสภาพครั้งหลังสุดเมื่อปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 8.7 และอีกร้อยละ 4.2 ได้รับการตรวจสอบสภาพครั้งหลังสุดระหว่างปี พ.ศ. 2530 – 2544 และยังพบว่ามีบุคลากรถึงร้อยละ 24.2 ที่ไม่ได้รับการตรวจสอบสภาพ

ตารางที่ 12 ร้อยละของบุคลากรกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 41 - 60 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพหาความเสี่ยงต่างๆ ภายในช่วงระยะเวลา 3 ปี (n = 1276)

การตรวจสุขภาพ	อายุ 41 – 50 ปี		อายุ 51 – 60 ปี	
	ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ	ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ
การตรวจสุขภาพประจำปี	83.9	16.1	88.8	11.2
การวัดความดันโลหิต	91.1	8.9	92.9	7.1
การหาดัชนีมวลกาย	99.1	0.9	99.7	0.3
ตรวจระดับโคเลสเตอรอลในเลือด	63.4	36.3	78.8	21.2
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	77.6	22.4	87.4	12.6

จากตารางที่ 12 พบว่า ภายในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา บุคลากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจวัดความดันโลหิต การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ตรวจระดับโคเลสเตอรอล และระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 13 จำนวนบุคลากรจำแนกตามความต้องการการตรวจสุขภาพประจำปี (n = 4413)

ความต้องการการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต้องการ	4359	98.8
ไม่ต้องการ	54	1.2

ตารางที่ 14 ข้อมูลการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว (n = 4413)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	3327	75.4
มีโรคประจำตัว	1086	24.6

จากตารางที่ 13 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 98.8 มีเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้นที่ไม่ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี

จากตารางที่ 14 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.4 ไม่มีโรคประจำตัว บุคลากรที่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 24.6

ตารางที่ 15 จำนวนบุคลากรที่มีโรคประจำตัวจำแนกตามระบบโรคต่างๆ (n = 902)

โรคประจำตัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคภูมิแพ้และหอบหืด	320	35.5
โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	123	13.6
ความดันโลหิตสูง	88	9.8
ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์	72	8.0
โรคระบบประสาทและสมอง	68	7.5
โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ	62	6.9
เบาหวานและโรคอ้วน	45	5.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	23	2.5
นรีเวช	13	1.4
โรคอื่นๆ เช่น โรคไต โรคเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น	88	9.8

จากตารางที่ 15 พบว่า บุคลากรที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้หรือหอบหืด คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมา คือ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ร้อยละ 13.6 โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 8.0 โรคทางสมองและระบบประสาท ร้อยละ 7.5 โรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ ร้อยละ 6.9 โรคเบาหวานและโรคอ้วน ร้อยละ 5.0 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2.5 โรคทางนรีเวช ร้อยละ 1.4 และโรคอื่นๆ เช่น โรคไต โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคมะเร็ง โรคทาสซิสซีเมีย ฯลฯ ตามลำดับ

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n = 4413)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	533	12.1
ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ	2880	65.3
ไม่ได้ออกกำลังกาย	1000	22.7

ตารางที่ 17 จำนวนบุคลากรซึ่งระบุสาเหตุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามลักษณะสาเหตุ (n = 1747)

สาเหตุที่ไม่ออกกำลังกาย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีเวลาว่าง	1374	78.6
เหนื่อยล้าจากการทำงาน	141	8.1
ซี้เกียจ ไม่ชอบ หรือไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย	85	4.9
ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายหรือมีแต่ไม่เพียงพอ	76	4.4
มีภาระครอบครัวหรืองานพิเศษ	47	2.7
มีปัญหาสุขภาพ	24	1.4

จากตารางที่ 16 และ 17 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 12.1 มีเพียงร้อยละ 12.1 เท่านั้น ที่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ และมีบุคลากรอีกถึง ร้อยละ 22.7 ที่ไม่ออกกำลังกายใดๆ เลย

โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่ออกกำลังกายหรือออกได้ไม่สม่ำเสมอตามที่บุคลากรระบุไว้ คือ ไม่มีเวลาว่างเพียงพอในการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ เหนื่อยล้าจากการทำงานประจำ ร้อยละ 8.1 รู้สึกซี้เกียจ ไม่ชอบ หรือไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย ร้อยละ 4.9 ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายหรือมีไม่เพียงพอ ร้อยละ 4.4 มีภาระครอบครัวหรือต้องทำงานพิเศษ ร้อยละ 2.7 และมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 จำนวนบุคลากรที่ออกกำลังกายวิธีการออกกำลังกายของบุคลากร

วิธีการออกกำลังกาย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เดินแอโรบิค	996	29.7
การวิ่งจ็อกกิ้งหรือวิ่งบนสายพาน	787	23.5
ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย	488	14.5
การเดินเร็ว	288	8.6
ฝึกโยคะ	147	4.4
ว่ายน้ำ	101	3.0
แบดมินตัน	81	2.4
กายบริหาร	60	1.8
ฟุตบอล	24	0.7
จักรยาน	29	0.9
งานบ้าน	13	0.4
อื่นๆ เช่น บาสเก็ตบอล วอลเลย์บอล ซิ่ง เป็นต้น	342	10.2

ตารางที่ 18 แสดงวิธีการออกกำลังกาย หรือกิจกรรม กีฬา ที่บุคลากรใช้เพื่อการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินแอโรบิค ร้อยละ 29.7 รองลงมาคือ การวิ่ง ซึ่งมีทั้งวิ่งบนสายพานและวิ่งจ็อกกิ้ง การใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายชนิดต่างๆ การเดินเร็ว ฝึกโยคะ ว่ายน้ำ แบดมินตัน บริหารร่างกายด้วยท่าต่างๆ เตะฟุตบอล ปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน และอื่นๆ เช่น บาสเก็ตบอล วอลเลย์บอล ซิ่ง เป็นต้น

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจำแนกตามช่วงเวลาออกกำลังกายที่ต้องการ
(n = 3881)

ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
15.00 – 16.00 น.	260	6.7
16.00 – 17.00 น.	738	19.0
17.00 – 18.00 น.	2131	54.9
18.00 – 19.00 น.	26	0.7
16.30 – 17.30 น.	635	16.4
เวลาอื่นๆ เช่น หลัง 19.00 น. หรือ 5.00 - 7.00 น.	91	2.3

จากตารางที่ 19 พบว่า ช่วงเวลาที่บุคลากรสามารถออกกำลังกายได้มากที่สุด คือ ช่วงเวลา 17.00 – 18.00 น. คิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลงมาคือ ช่วงเวลา 16.00 – 17.00 น. 16.30 – 17.30 น. 15.00 – 16.00 น. และช่วงเวลาอื่นๆ ได้แก่ หลังเวลา 19.00 น. หรือ 5.00 – 7.00 น.

ตารางที่ 21 ประเภทของการออกกำลังกาย 10 อันดับแรก ที่บุคลากรสนใจ (n = 4413)

การออกกำลังกายที่สนใจ	ร้อยละ
เดินแอโรบิค	39.1
โยคะ	14.0
ว่ายน้ำ	12.3
วิ่งบนสายพาน หรือวิ่งจ็อกกิ้ง	10.7
แบดมินตัน	9.2
อุปกรณ์ออกกำลังกายในฟิตเนส	4.9
ท่าบริหารร่างกาย	3.9
เต้นรำ	2.3
เดินเร็ว	2.0
จักรยาน	1.6

จากตารางที่ 21 พบว่า 10 อันดับแรก ของกีฬาหรือกิจกรรมการออกกำลังกายที่บุคลากรสนใจมากที่สุด คือ การเดินแอโรบิค รองลงมาคือ โยคะ ว่ายน้ำ การวิ่งบนสายพานหรือวิ่งจ็อกกิ้ง การเล่นแบดมินตัน การออกกำลังกายในฟิตเนส การใช้ท่าบริหารร่างกาย การเต้นรำ การเดินเร็ว และการถีบจักรยาน ตามลำดับ

ตารางที่ 22 ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่บุคลากรต้องการ (n = 1922)

หัวข้อเรื่อง	ร้อยละ
อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ	23.0
การออกกำลังกาย	20.0
ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังต่างๆ	18.4
การดูแลสุขภาพทั่วไป	16.4
ความอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก	9.7
การแพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวดแผนโบราณ	3.9
การดูแลสุขภาพจิตและการผ่อนคลายความเครียด	3.1
การดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง	2.2
การดูแลผิวพรรณและการเสริมความงาม	1.9
อาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	0.9
การทำสมาธิ	0.5

จากตารางที่ 22 พบว่า ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่บุคลากรต้องการมากที่สุด คือ เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โรคเรื้อรังต่างๆ การดูแลสุขภาพทั่วไป ความอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก การแพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวดแผนโบราณ การดูแลสุขภาพจิตและการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง การดูแลผิวพรรณและการเสริมความงาม อาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และการทำสมาธิ ตามลำดับ

ตารางที่ 23 ความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร

หัวข้อเรื่อง	ร้อยละ
เพิ่มจำนวนอุปกรณ์และสถานที่ออกกำลังกายให้เพียงพอ	55.7
การตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ	26.2
ปรับปรุงสภาพห้องพัก และที่พักรักษาให้เพียงพอ	3.9
กิจกรรมสันทนาการต่างๆ เพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน	3.9
อาหารที่มีคุณภาพสำหรับบุคลากร	3.7
ปรับปรุงสวัสดิการการรักษาพยาบาล	3.4
มีเอกสารหรือสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	1.3
การตรวจทางทันตกรรมประจำปี	1.1
การดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	0.6
จัดให้มีชมรมสุขภาพ หรือ ชมรมออกกำลังกาย	0.3

จากตารางที่ 23 บุคลากรที่ระบุความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.7 ต้องการให้เพิ่มจำนวนของอุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกาย สนาม หรือโรงยิมสำหรับออกกำลังกาย รองลงมา อีกร้อยละ 26.2 ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ เช่น การตรวจเลือดหาไวรัสตับอักเสบบี หรือ เชื้อเอชไอวี ในกลุ่มบุคลากรที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ และอีกร้อยละ 3.9 ต้องการให้มีการปรับปรุงสภาพห้องพักให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งจัดให้มีห้องพักที่เพียงพอ นอกจากนี้ อีกร้อยละ 3.9 ยังต้องการให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สันทนาการ การท่องเที่ยว กิจกรรมผ่อนคลายความเครียดต่างๆ หรือการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรเป็นต้น

บุคลากรร้อยละ 3.7 ที่ระบุความต้องการด้านสุขภาพ ต้องการให้มีการปรับปรุงอาหารสำหรับบุคลากรให้มีคุณภาพมากขึ้น และร้อยละ 3.4 ยังต้องการให้มีการปรับปรุงสวัสดิการการรักษาพยาบาลของบุคลากรให้ได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการและครอบคลุมในทุกกลุ่ม

บุคลากร ที่เหลือร้อยละ 1.3 ต้องการให้มีการจัดทำเอกสาร สิ่งพิมพ์หรือแหล่งข้อมูลความรู้ด้าน สุขภาพที่บุคลากรสามารถจะเข้าถึงได้ง่าย และอีกร้อยละ 1.1 ต้องการให้มีการตรวจทาง ทัศนกรรมประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งมีการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยใน การทำงานให้กับบุคลากร รวมทั้งต้องการให้มีการส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งชมรมสุขภาพหรือชมรม ออกกำลังกายต่างๆ ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยพิจารณาองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน นักการ พนักงานธุรการ และเจ้าหน้าที่ช่าง ทั้งหมดจำนวน 4413 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดย แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ดัชนีมวลกาย

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 70.7) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีรูปร่างดี มีความสมดุลระหว่างการรับประทานอาหารและการใช้พลังงาน ซึ่งอาจเป็นเพราะงานการให้บริการผู้ป่วยเป็นงานที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา ต้องเดินหรือออกแรงยกผู้ป่วยหรือของอื่นๆ ทำให้ปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมีน้อยส่งผลให้บุคลากรส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในระดับปกติ

อย่างไรก็ตาม ยังมีบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินระดับปกติของคนเอเชีย (มากกว่า 23) มีถึงร้อยละ 29.2 มีแนวโน้มว่า กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติมีจำนวนน้อยลงในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุมากขึ้น (ตารางที่ 4) หมายถึงว่า ในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุมากขึ้นจะมีสัดส่วนของคนอ้วนมากขึ้น และที่สำคัญ บุคลากรที่เป็นโรคอ้วน (ร้อยละ 3) แม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องทั้งการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคอ้วน คือมีดัชนีมวลกายเกินกว่า 30 จะมีระดับ cholesterol triglyceride LDL ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ ดังนั้นแม้ว่าบุคลากรที่มีน้ำหนักเกินเหล่านั้นจะยังไม่มีโรคต่างๆ เกิดขึ้น แต่ในอนาคตมีความเป็นไปได้ว่า โรคต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นอาจเกิดขึ้นในกลุ่มบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินปกติหากไม่ได้รับการแก้ไขและป้องกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ มีอายุเกิน 35 ปี และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในครอบครัว เป็นต้น กลุ่มบุคลากรเหล่านี้เป็นเป้าหมายสำคัญที่ควรได้รับคำแนะนำหรือความรู้ในการควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นและสร้างความสูญเสียให้แก่ตัวบุคลากร ครอบครัว และองค์กร

ความดันโลหิต

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความดันโลหิตในระดับปกติ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีระดับความดันโลหิตสูงซึ่งหากพบว่า บุคลากรเหล่านั้นมีปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ร่วมด้วย อาทิ เช่น มีค่าดัชนีมวลกายสูงเกินค่าปกติ มีระดับไขมันในเลือดสูง รวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มบุคลากรเหล่านั้นถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจนำมาซึ่งการเสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้ อันจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียโดยตรงแก่บุคลากรและครอบครัว รวมทั้งหน่วยงานและโรงพยาบาลก็จะได้รับผลกระทบไปด้วยทั้งทางตรงคือ ต้องสูญเสียบุคลากรผู้มีความสามารถและมีความชำนาญซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาเป็นระยะเวลาไม่น้อย และผลทางอ้อม คือ โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่บุคลากรเหล่านั้น ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นการตรวจพื้นฐานสามารถกระทำได้ โดยไม่ยุ่งยาก และเป็นการตรวจวัดที่มีค่าใช้จ่ายน้อย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลซึ่งมีอุปกรณ์วัดความดันโลหิตอยู่แล้ว บุคลากรในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จึงควรได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตทุกคน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า บุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่ พยาบาล ได้แก่ คณงาน นักการ พนักงานเสมียน ชุกรการ เจ้าหน้าที่สำนักงาน และเจ้าหน้าที่ช่างอื่นๆ ถึงร้อยละ 31.9 ที่ไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ในขณะที่กลุ่มบุคลากรพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ไม่ได้รับการวัดความดันโลหิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ทราบถึงความสำคัญของการวัดความดันโลหิต หรือมีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการไปใช้บริการวัดความดันโลหิตที่หอผู้ป่วย หรือหน่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เป็นต้น โรงพยาบาลจึงควรจัดหาสถานที่ที่บุคลากรสามารถไปใช้บริการได้สะดวกมากขึ้น รวมทั้งให้ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มดังกล่าวในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกด้วย

ระดับโคเลสเตอรอล

โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคนี้ (สุรจิต สุนทรธรรม, online, 2547) โดยเฉพาะระดับโคเลสเตอรอลในเลือดซึ่งเป็นผลรวมของไขมันทุกชนิดในเลือด ซึ่งหากมีระดับสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ควรมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ total cholesterol ประจำปี ซึ่งหาพบว่า มีค่ามากกว่า 240 mg/dl ควรเจาะหาระดับ Triglyceride ด้วย และในชายอายุ 45 ปี ขึ้นไป และหญิง อายุ 55 ปีขึ้นไป ควรมีการตรวจหาระดับไขมันในเลือด ทุกตัว ได้แก่ cholesterol triglyceride HDL และ LDL cholesterol ด้วย โดยเฉพาะ

ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน หรือมีประวัติในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน จากการศึกษาในกลุ่มบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชครั้งนี้พบว่า มีบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 41 -50 ปี จำนวนร้อยละ 36.3 และที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 21.2 ที่ไม่ได้รับการตรวจระดับ cholesterol ในเลือด ซึ่งนับได้ว่าทั้ง 2 กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและควรจะได้รับ การตรวจเลือดประจำปีเพื่อค้นหาความเสี่ยงดังกล่าวและแก้ไข หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ที่จะตามมา

อย่างไรก็ดี จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการตรวจนั้น ส่วนใหญ่มีระดับ cholesterol ไม่เกิน 240 mg/dl โดยร้อยละ 42.7 ของกลุ่ม มีระดับ cholesterol ต่ำกว่า 200 mg/dl และอีกร้อยละ 38.4 มีระดับ cholesterol อยู่ระหว่าง 200 – 240 mg/dl และมีกลุ่มที่มีความเสี่ยงซึ่งมีระดับ Cholesterol เกิน 240 mg/dl ถึงร้อยละ 18.9 และยังพบอีก ว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มที่มีระดับ cholesterol สูงนั้น เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบถึงแนวโน้มที่บุคลากรสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด มีเพียงร้อยละ 35.4 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจ และพบว่า ส่วนใหญ่น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 90.8) อย่างไรก็ตาม มีบุคลากรส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 3.6) ที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่า 126 mg/dl ซึ่งถือว่าเป็นแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวาน และต้องได้รับการตรวจวิเคราะห์ซ้ำ ซึ่งบางรายในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และ กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งต้องกระทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ที่จะเกิดตามมา เนื่องจาก ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักจะมีระดับ cholesterol และ triglyceride สูง ร่วมกับมีภาวะ LDL สูง และ HDL ต่ำ หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีมักส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต และโรคอื่นๆ ตามมาด้วย

ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป และมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 และมีปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ เช่น มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูง ซึ่งควรจะได้รับ การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม, online, 2547) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มบุคลากรที่ได้รับการเจาะเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งตรงกับแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, online, 2543) ซึ่งแนะนำให้ผู้ที่มีอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป ตรวจระดับกลูโคสในเลือด ทุก 3 ปี ดังนั้น

หากองค์กรต้องการจัดโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับบุคลากรที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดและการมีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวานควบคู่ไปด้วย เพื่อให้คำแนะนำแก่บุคลากรในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

โรคประจำตัว หรือ การเจ็บป่วยเรื้อรัง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นอกจากจะศึกษาถึงภาวะสุขภาพของบุคลากรอันได้แก่ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆแล้ว ยังได้รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของบุคลากรเพื่อศึกษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รวมทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากการทำงานหรือมีผลมาจากสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย ซึ่งพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 24.6 เท่านั้นที่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคภูมิแพ้และหอบหืด ซึ่งเป็นโรคที่สภาพการทำงานอาจมีผลให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นได้ เช่น มีฝุ่นละออง หรือมีสิ่งกระตุ้นอื่นๆ แต่หากบุคลากรที่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมีการดูแลสุขภาพที่ดี มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ อาการของโรคภูมิแพ้และหอบหืดก็จะสามารถควบคุมได้ โดยไม่เกิดอาการรุนแรง

โรคที่พบรองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร ซึ่งพบว่า มีส่วนสัมพันธ์กับสภาพการทำงาน คือ บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่มักมีสภาพการทำงานเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก โดยมีการสลับสับเปลี่ยน ซึ่งทำให้การรับประทานอาหารไม่เป็นไปตามเวลา หรือบางครั้งมีงานยุ่งจนไม่มีเวลารับประทานอาหาร และปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคกระเพาะอาหารอีกอย่างหนึ่งคือ ความเครียด ซึ่งพบว่า งานบริการผู้ป่วยต้องอาศัยความรับผิดชอบสูง เน้นความรวดเร็ว ถูกต้อง และทันสถานการณ์ เป็นผลให้เกิดความเครียดในผู้ปฏิบัติงาน อันมีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคกระเพาะอาหารได้ อย่างไรก็ตาม โรคกระเพาะอาหารจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุที่แท้จริง และสิ่งสำคัญที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสม รวมทั้งสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่า มีบุคลากรจำนวนหนึ่งป่วยด้วยโรคในกลุ่มเสี่ยงซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งโรคในกลุ่มเหล่านี้เชื่อว่า หากบุคลากรมีการดูแลสุขภาพที่ดีมีการรับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถป้องกันการเกิดหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคต่างๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่เดียวกันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้แล้ว จำเป็นต้องมีการรักษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมมิให้เป็นอันตรายร้ายแรงจนถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิต ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคลากรมีสุขภาพดีเพื่อป้องกันโรคจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว

การตรวจสุขภาพประจำปี

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ได้รับการตรวจสุขภาพภายใน 5 ปีที่ผ่านมา และพบว่า บุคลากรกลุ่มที่มีความเสี่ยง คือ มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีในสัดส่วนที่สูง ซึ่งการตรวจนั้นครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือด และเป็นไปตามแนวทางการตรวจสุขภาพผู้ใหญ่ไทย ซึ่งถือได้ว่า บุคลากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพในกลุ่มบุคลากรที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไปยังกระทำไม่ได้ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งหมด โรงพยาบาลควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพพิเศษในกลุ่มดังกล่าวทุกคนในทุกๆ 3 ปีเป็นอย่างน้อย นอกเหนือไปจากการตรวจสุขภาพพื้นฐานประจำปี ซึ่งได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิตและชีพจร เป็นต้น

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.8) ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งครอบคลุมกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ เช่น กลุ่มบุคลากรที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป การตรวจเลือดหาไวรัสตับอักเสบบี หรือ เชื้อเอชไอวี ในกลุ่มบุคลากรที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ เป็นต้น และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มการตรวจทางทันตกรรมด้วย ซึ่งการตรวจสุขภาพตามท้องที่การอนามัยโลกได้ให้นิยามไว้ คือ การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงอันจะส่งผลให้สุขภาพเสียไป (สุรจิต สุนทรธรรม, online, 2547) การตรวจสุขภาพจึงมุ่งเน้นที่การตรวจก่อนการเป็นโรคมิใช่การตรวจว่าเป็นโรคอะไรบ้างหรือยัง ซึ่งยังมีบุคลากรจำนวนมากไม่น้อยที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการตรวจสุขภาพ ทำให้บางครั้งบุคลากรเลือกที่จะทำการตรวจต่างๆ เองทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น จึงเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่นอกเหนือไปจากการจัดบริการตรวจสุขภาพให้กับบุคลากรแล้ว ยังควรให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่บุคลากรให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมกับอายุและความเสี่ยงของบุคลากรแต่ละรายอีกด้วย

การออกกำลังกาย

บุคลากรส่วนใหญ่ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 65.3) สาเหตุของการไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลา ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันซึ่งต้องเผชิญกับความรีบเร่งในการเดินทาง บุคลากรส่วนหนึ่งโดยเฉพาะที่มีครอบครัวซึ่งไม่ได้พักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล จะต้องเดินทางกลับบ้านหลังเลิกงาน ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาการติด รถโดยสารแน่น โดยเฉพาะในช่วงเย็น ทำให้ต้องรีบเดินทางกลับบ้านทันทีหลังเลิกงาน และบางรายต้องไปรับบุตรที่โรงเรียน ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกายในช่วงเย็นหลังเลิกงาน แต่ในส่วนของบุคลากรที่มีที่พักอาศัยในโรงพยาบาลนั้น พบว่า ลักษณะการทำงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นทำงานเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งสลับหมุนเวียนไปตามตารางเวร จึงอาจเป็นปัจจัยที่

ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายเป็นเวลาได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงเวลาเย็นซึ่งเป็นเวลาที่นิยมออกกำลังกายเนื่องจากอากาศไม่ร้อน และหลังจากออกกำลังกายแล้วสามารถพักผ่อนได้ตามปกติ จะสะดวกสำหรับผู้ที่อยู่เวรเช้า แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเวรบ่ายและดึกไม่สะดวกกับการออกกำลังกายในเวลาดังกล่าว เนื่องจากเป็นเวลารับปฏิบัติงานหรือก่อนขึ้นปฏิบัติงานจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอ

แม้ว่าบุคลากรจะระบุเหตุผลด้านเวลาในการออกกำลังกาย แต่เมื่อให้บุคลากรเลือกช่วงเวลาในการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ พบว่า ช่วงเวลาที่บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ คือ ระหว่างเวลา 16.00 – 18.00 น (ร้อยละ 90.3) ซึ่งเป็นเวลาที่บุคลากรเลิกจากงาน และเป็นช่วงก่อนรับประทานอาหารเย็น ซึ่งเป็นจังหวะเวลาที่เหมาะสม ไม่เย็นหรือค้ำจนเกินไป ดังนั้นหากองค์กรจะจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้กับบุคลากรจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านเวลาดังกล่าวด้วย อีกทั้งการจัดหาอุปกรณ์หรือสถานที่สำหรับออกกำลังกาย อาจต้องเผชิญกับปัญหาอุปกรณ์ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ใช้บริการเนื่องจาก ส่วนใหญ่จะมาออกกำลังกายในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งสามารถเห็นได้จากการที่บุคลากรส่วนหนึ่งระบุเหตุผลความไม่เพียงพอของอุปกรณ์และสถานที่ออกกำลังกาย ในขณะที่บางช่วงเวลาอุปกรณ์และสถานที่ดังกล่าวไม่มีผู้ใช้ไปใช้งานเลย

นอกจากนี้ เหตุผลของการไม่ออกกำลังกายอีกอย่างหนึ่ง คือ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งลักษณะงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ต้องเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา โดยเฉพาะงานพยาบาลที่บางเวรแทบจะไม่มีเวลานั่งพัก ต้องเดินหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งยังต้องทำงานแข่งกับเวลา และมีความเครียดในงานเนื่องจากต้องรับผิดชอบสูง เมื่อเสร็จงานบุคลากรจะรู้สึกเหนื่อยล้ามาก และมักรู้สึกว้าวุ่นใจไปกับการทำงานมากเพียงพอแล้ว และต้องการการพักผ่อน จึงไม่อยากจะออกแรงเพื่อเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายอื่นๆ อีก ซึ่งในความเป็นจริงการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆประจำวันเป็นการใช้พลังงานในร่างกาย ซึ่งหากรับประทานอาหารในสัดส่วนที่สมดุลกันก็จะสามารถมีน้ำหนักที่เหมาะสมและมีดัชนีมวลกายที่ไม่เกินปกติได้ แต่ไม่ได้ทำให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจเหมือนเช่นการออกกำลังกาย จึงมีบุคลากรจำนวนหนึ่งซึ่งมีความเข้าใจที่ผิดว่า การทำงานหนักหรือการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอ และเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานแล้ว ไม่ควรที่จะออกกำลังกายซึ่งจะทำให้ร่างกายเหนื่อยล้ายิ่งขึ้นอีก ดังนั้นการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บุคลากรจะต้องเร่งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและป้องกันโรคต่างๆ ได้

อย่างไรก็ตาม พบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายที่บุคลากรปฏิบัติกันมาก และเป็นที่น่าสนใจ ได้แก่ การเดินแอโรบิก การวิ่งจ็อกกิ้งหรือวิ่งบนสายพาน ว่ายน้ำ ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายในห้องฟิตเนส การเดินเร็ว การถีบจักรยาน เป็นต้น ซึ่งจัดว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมาก ต้องใช้ออกซิเจน ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้หัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิตแข็งแรง (Warner-Lambert, online,

2546) นอกจากนี้ ยังมีการออกกำลังกายโดยการฝึกโยคะ ยังเป็นที่สนใจมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งเชื่อว่า ทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพดี และยังสามารถรักษาโรคบางชนิดได้ แต่การฝึกโยคะมีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน ในการฝึกบางท่าอาจหนักเกินไปสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว จึงจำเป็นต้องฝึกอย่างระมัดระวังหรือภายใต้การแนะนำของครูฝึกที่มีความชำนาญ

แม้ว่าการออกกำลังกายจะมีส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ แต่การออกกำลังกายแต่ละชนิดก็มีข้อจำกัด และมีผลเสียต่อร่างกายได้หากเลือกการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ซึ่งพบว่า มีบุคลากรส่วนหนึ่งให้เหตุผลของการไม่ออกกำลังกายว่า เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งหากบุคลากรเหล่านั้นได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ จะสามารถเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งจะช่วยสร้างเสริมให้ร่างกายส่วนที่ยังดีอยู่แข็งแรงขึ้นด้วย ดังนั้นในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้แก่บุคลากรควรจัดให้มีลักษณะที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านอายุและสภาพร่างกาย และเป็นการออกกำลังกายที่มีเป้าหมายและสม่ำเสมอ จึงควรที่จะจัดให้มีคำแนะนำหรือให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยให้กับบุคลากร เพื่อให้สามารถเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เวลาว่างและเกิดประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างแท้จริง

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล คณงาน นักการ พนักงานธุรการ และเจ้าหน้าที่ช่าง ทั้งหมดจำนวน 4413 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแจกแบบสอบถามไปยังบุคลากรในแต่ละหน่วยงานที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดย แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษารูปได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) และมีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31 – 40 ปี อายุ 41 – 50 ปี และ 50 – 60 ปี ตามลำดับ และพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลระดับบริหาร คณงาน และพนักงานธุรการหรือเสมียน ตามลำดับ

2. ภาพรวมภาวะสุขภาพของบุคลากร เมื่อนำผลการสำรวจมาวิเคราะห์เพื่อประเมินระดับภาวะสุขภาพของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลฯ โดยพิจารณาองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า โดยภาพรวม บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี มีค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล และระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปกติ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

3. บุคลากรส่วนใหญ่ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลาว่าง เหนื่อยล้าจากการทำงาน ชี้แจง ไม่ชอบ หรือไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย การออกกำลังกายปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การเดินแอโรบิค การวิ่งจ็อกกิ้งหรือวิ่งบนสายพาน ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย การเดินเร็ว ฝึกโยคะ ช่วงเวลาในการออกกำลังกายที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้คือ ระหว่างเวลา 16.00 – 18.00 น. และการออกกำลังกายที่เป็นที่สนใจ ได้แก่ การเดินแอโรบิค ฝึกโยคะ ว่ายน้ำ การวิ่งบนสายพานหรือวิ่งจ็อกกิ้ง การเล่นแบดมินตัน การออกกำลังกายในห้องฟิตเนส การใช้ท่าบริหารร่างกาย การเดินรำ การเดินเร็ว และการถีบจักรยาน

4. บุคลากรต้องการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังต่างๆ การดูแลสุขภาพทั่วไป ความอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก การแพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวดแผนโบราณ การดูแลจิตใจและการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง การดูแลผิวพรรณและการเสริมความงาม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และการทำสมาธิ เป็นต้น

5. จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรมีความต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุงสวัสดิการที่เกี่ยวกับสุขภาพดังนี้ คือ ให้เพิ่มจำนวนของอุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกาย สนาม หรือโรงยิมสำหรับออกกำลังกาย และจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่างๆ เช่น การตรวจเลือดหาไวรัสตับอักเสบบี หรือ เชื้อเอชไอวี ในกลุ่มบุคลากรที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ และ ปรับปรุงสภาพห้องพักให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งจัดให้มีห้องพักที่เพียงพอ และควรจัดให้กิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สันทนาการ การท่องเที่ยว กิจกรรมผ่อนคลายความเครียดต่างๆ หรือการให้คำปรึกษาแก่บุคลากร เป็นต้น

6. บุคลากรต้องการให้มีการปรับปรุงอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ให้มีคุณภาพมากขึ้น และปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มบุคลากร รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการไปใช้บริการ และต้องการให้มีการจัดทำเอกสาร สิ่งพิมพ์หรือแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่บุคลากรสามารถจะเข้าถึงได้ง่าย มีการตรวจทางพันธุกรรมประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีมาตรการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานให้กับบุคลากร รวมทั้ง ส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งชมรมสุขภาพหรือชมรมออกกำลังกายต่างๆ อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะสุขภาพของบุคลากร และพฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้หากบุคลากรเกิดความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อให้บุคลากรฝ่ายการพยาบาลฯ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงในระยะยาว ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคสามารถป้องกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและมีสมรรถภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถจัดรูปแบบกิจกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม