

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมการทำงาน กับ
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์
ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า วรรณกรรม และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ

- 1.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.3 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.4 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.5 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
- 2.2 ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

3. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

4. พยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พฤติกรรมสุขภาพ

1.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.1.1 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Reasoned Action Theory)

ทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbien (1980) มีสมมติฐานว่า ปกติมนุษย์จะมีเหตุผลและมีการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เมื่อถูกเสนอให้ทำอะไร จะต้องพิจารณา ไตร่ตรองก่อนตัดสินใจกระทำลงไป ดังนั้น เราจึงสามารถเรียนรู้เข้าใจและทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้โดยดูที่ความตั้งใจของบุคคลว่าเขามีความตั้งใจจะทำหรือไม่ ต่อไปก็ดูที่ตัวแปรที่กำหนดความตั้งใจของเขา ซึ่งมี 2 ปัจจัยคือ เจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรม กับ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง

การทำนายพฤติกรรมจากความตั้งใจ จากแนวคิดของ Ajzen และ Fishbien ต้องดูที่การเลือกทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพคือดูที่ความตั้งใจที่จะเลือกดังนี้

1.1.1.1 ความสอดคล้องระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรมที่จะวัด (Behavior Intention)

1.1.1.2 ความคงที่ของความตั้งใจ ความตั้งใจของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและปัจจัยรบกวนอื่นๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บ ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น การวัดความตั้งใจจึงควรให้มีช่วงใกล้เคียงกับเวลาที่จะสังเกตพฤติกรรม

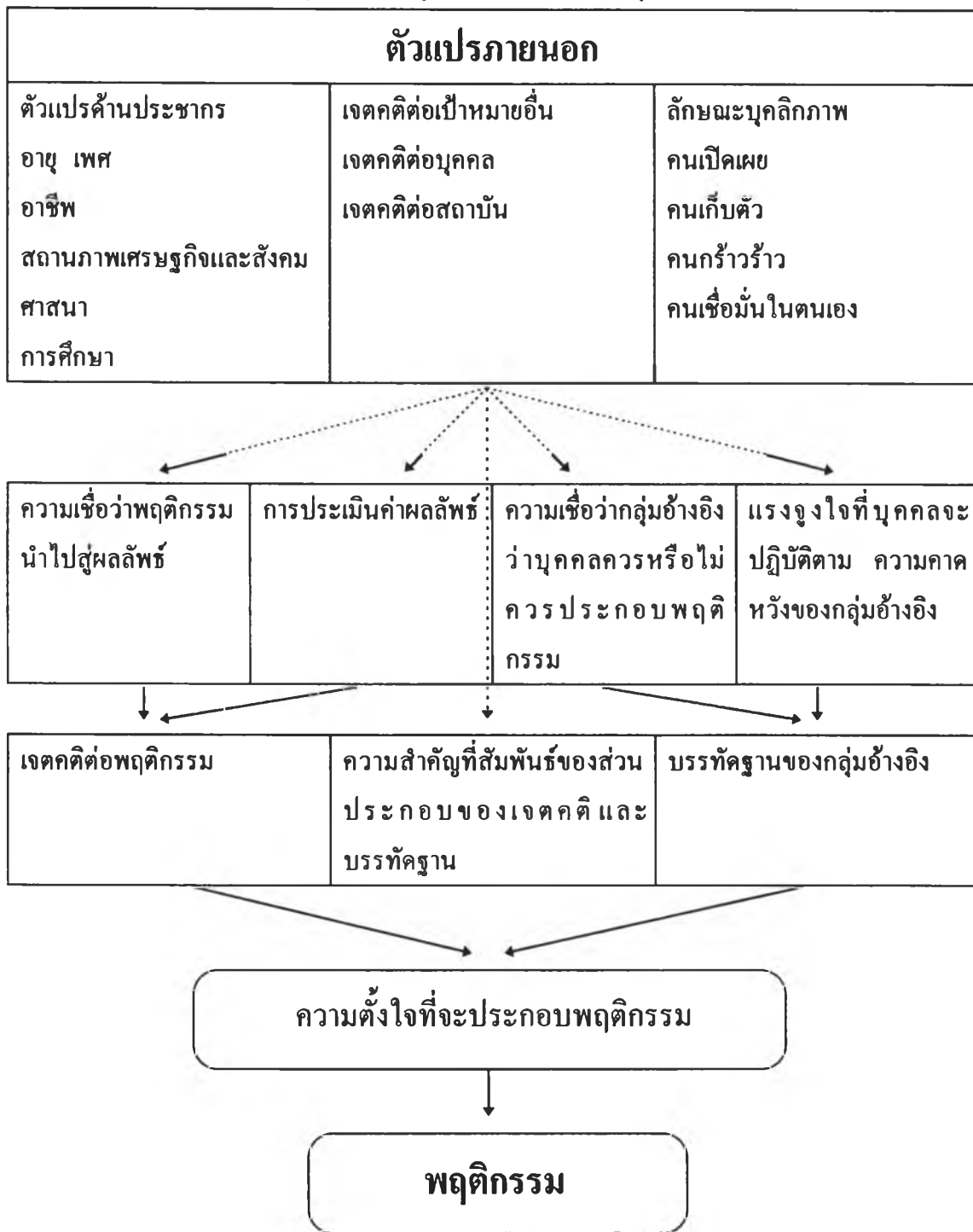
1.1.1.3 การทำนายผลลัพธ์ ต้องแยกพฤติกรรมกับผลลัพธ์ออกจากกันให้ได้ โดยต้องเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นต่างจากพฤติกรรม เพราะบุคคลไม่สามารถจะควบคุมผลลัพธ์ได้โดยสมบูรณ์เท่ากับการควบคุมพฤติกรรม

1.1.1.4 ตัวกำหนดของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม เช่น เจตคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง

1.1.1.5 ตัวกำหนดเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพราะฉะนั้นถ้าต้องการพฤติกรรมใดก็ตาม การให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอจะเปลี่ยนความเชื่อนั้นได้ แต่ระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมมีตัวแปรที่อยู่ระหว่างกลาง เช่น เจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นการเปลี่ยนความเชื่อ ต้องสามารถทำให้เปลี่ยนเจตคติและอิทธิพลบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงได้

ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล



..... คำอธิบายถึงความเป็นไปได้ในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายนอกและพฤติกรรม

_____ ความสัมพันธ์ที่คงที่เชิงทฤษฎีที่เชื่อมโยงความเชื่อต่อพฤติกรรม

ที่มา : Ajzen, I. and Fishbein M. Understanding Attitude, and Predicting. Social behavior. New Jersey : Prentice Hall, 1980. p.8 (อ้างในพันธูทิพย์ รามสูตร, 2540 : 167)

1.1.2 แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

Anderson (1986) และ Aday (1975) ได้เสนอแบบจำลองที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ อันประกอบด้วยตัวแปรนำได้แก่ ลักษณะสังคมประชากร เจตคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา กับตัวแปรผลักดัน (Enabling Variables) ได้แก่ รายได้ครอบครัว ความครอบคลุมของกรมธรรม์ประกันชีวิตความพร้อมของบริการสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการ

Irwin Rosenstock (1974) และ Marshall Becker (1974) ได้พัฒนาแบบจำลองที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสุขภาพ เรียกว่า Health Belief Model (HBM) พื้นฐานมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin (1944) เป็นนักจิตวิทยาที่เชื่อว่า คนเราอาศัยอยู่ในอวกาศของชีวิต ที่ประกอบด้วยเขตที่มีทั้งแรงผลักและแรงดูด จากโครงสร้างนี้พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมนุษย์จึงขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่างคือ คุณค่า และความเชื่อ

HBM ชี้แนะว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองมีโอกาสจะติดเชื่อและมีความเสี่ยงต่อโรค

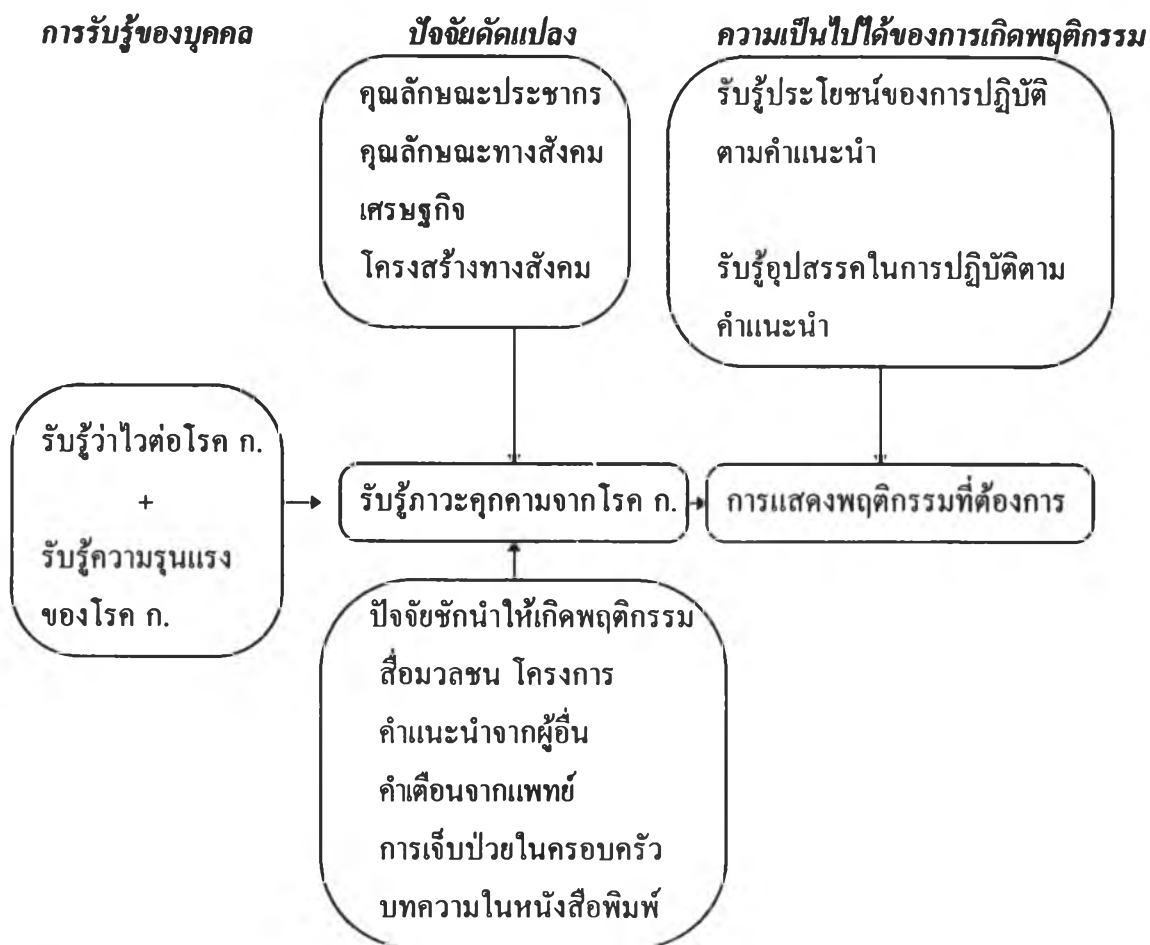
ตัวแปรตัดแปลง (Modifying Variables) จะเป็นตัวแปรปรับเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะคุกคามของโรค ซึ่งแสดงว่า ปัจจัยทางลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ ฐานะสังคมเศรษฐกิจและเชื้อชาติ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ชั้นสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง ตลอดจนโครงสร้างทางสังคม เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และยังมีตัวชักนำให้เกิดการกระทำ เช่น ข่าวจากหนังสือพิมพ์ คำเตือนจากแพทย์ เป็นต้น

จากการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผลจากคุณค่าของการรับรู้กับผลลัพธ์ที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติตาม HBM ใช้ได้ผลดีเฉพาะในพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดโดยความสนใจ และในกรณีที่อาการโรคชัดเจนและเฉพาะเจาะจง (Clear and Definite) ส่วนในบุคคลสุขภาพดียังไม่พบผลที่แน่นอน

Rosenstock สรุปว่า HBM มีสมมติฐานว่า โดยปกติคนเราจะไม่แสวงหามาตรการป้องกันเว้นแต่จะ จะมีแรงจูงใจ เช่น มองว่าตนเองอ่อนแอ และมีสภาวะที่คุกคาม HBM ประกอบด้วย

1. ความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ
2. การที่บุคคลประเมินความชะงัด (Efficacy) และความเป็นไปได้ของพฤติกรรมสุขภาพที่จะเลือกปฏิบัติ
3. สิ่งชักนำให้กระทำหรือปฏิบัติ
4. ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตวิทยาสังคม และโครงสร้างส่วนบุคคล อาจเป็นตัวแปรที่ตัดแปลงพฤติกรรม (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540 : 166-172)

รูปแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมอนามัยหรือพฤติกรรมป้องกัน



ที่มา : จาก Howard,E.Freeman,Sol Levine. and Leo,G. Reeder. Handbook of Medical Sociology. New Jersey : Prentice Hall, 1979. (อ้างใน พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540 : 170)

1.2 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตามความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลโดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ (Weiss ,1996 : 108)

วรุณวรรณ ผาโคตร (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่คนเรากระทำหรือปฏิบัติโดยมีความมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพ เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ สระผม เป็นต้น

สุดา วิไลเลิศ (2536: 14)กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออก หรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่แสดงถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ หรือการทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การตื่นนอน การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นกับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการและแรงจูงใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534:2) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือปฏิริยาใดๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ (อ้างใน สุดา วิไลเลิศ ,2536:14)

ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2532:2) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันและ/ หรือ ควบคุมการเจ็บป่วยตั้งแต่การตื่นนอน การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพมี 2แบบ คือ ถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ และแรงจูงใจ

สรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การกระทำ การแสดงออก ปฏิริยาหรือกิจกรรมในเรื่องสุขภาพของบุคคลตาม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกี่ยวกับ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะ และไม่ถูกสุขลักษณะขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความเชื่อ แรงจูงใจ การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อม

1.8 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ซึ่งปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคลส่วนใหญ่มีสาเหตุหรือปัจจัยโดยตรงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลทั้งสิ้น แม้แต่ในอเมริกาก็พบว่า การเจ็บป่วยของคนอเมริกาในปัจจุบันเป็นผลมาจากนิสัยและการดำเนินชีวิตที่เป็นอันตราย (Edlin, 1992:550) การแก้ไขปัญหาสุขภาพไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนบุคคล ครอบครัวหรือในชุมชนก็ต้องแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยหลัก เมื่อไรก็ตามที่สถานการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพบ่งชี้ให้เห็นถึง พฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในเวลาต่อไป ถ้าได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องก่อนล่วงหน้า ปัญหาสุขภาพก็จะไม่เกิดขึ้นหรือเมื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ก็จะสามารถพยากรณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้ ทำให้สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพก่อนที่จะเกิดขึ้นได้ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับการทำงานด้านการพัฒนาสุขภาพ โดย เป็นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีหลักดังนี้คือ

-ในระดับบุคคล ทำให้เกิดการตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตนเอง—ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม—ทำให้สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้

-ในระดับครอบครัว การพัฒนาสุขภาพของบุคคล มีความจำเป็น โดยที่แต่ละคนจะมีส่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และช่วยกันสร้างวิถีชีวิตด้านสุขภาพแต่ละครอบครัวอย่างเหมาะสม การเจ็บป่วยของบุคคลต่างๆ ในครอบครัวก็จะลดลงและภาวะสุขภาพโดยรวมจะดีขึ้น

-ในระดับชุมชน ต้องมีการรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาหรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหา จะได้ปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขให้เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการลดความเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยได้มากที่สุดซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพในระยะยาว

จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญในการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องทราบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ก่อนที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้ดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาล่วงหน้า

1.4 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

1.4.1 พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น พฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ ดังนี้

1.4.1.1 พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ที่ผู้ซึ่งมีสถานะสุขภาพปกติหรือไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยปรากฏ กระทำหรือปฏิบัติโดยมี จุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม ค้ำครอง ปกป้องสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดโรค อันตราย หรือภาวะ ทุกขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อคเวลาขับขี่จักรยานยนต์ การใส่เข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจสุขภาพฟันปีละ 2 ครั้ง การตรวจร่างกาย ปีละครั้ง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น รวมถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ ปกติไปฝากครรภ์ การพาบุตรไปปรับตรวจสุขภาพเด็กดี และ การพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจ เรียกพฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมป้องกัน (Preventive Behavior)

1.4.1.2 พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) Mechanic, David (1962) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมใด ๆ ที่ผู้ซึ่งรู้ตัวว่าตนเองมีอาการหรือมีอาการแสดงที่ ผิดปกติ หรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่เป็นที่พอใจ กระทำ โดยการประเมินรับรู้ และปฏิบัติอย่างใดหรือ ไม่ปฏิบัติอย่างใดต่อสถานะสุขภาพ เช่น การที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติ ประเมินและ ตัดสินว่าอาการนั้นเป็นปัญหาทางสุขภาพ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น การที่คนมีอาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม มีก้อนที่เต้านม ไปปรึกษา ตรวจ หรือรักษา เป็นต้น

การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นอยู่กับการที่บุคคล เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่ออาการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางอุดมคติ คือการเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้รับการปลูกฝังมาและการที่บุคคลจะตัดสินใจว่า อาการใดสำคัญ ควร สนใจ ควรไปพบแพทย์ หรืออาการใดไม่สำคัญ เพิกเฉยได้ ละเลยได้ รอได้ ขึ้นอยู่กับเหตุผลกับ เวลาในการตรวจวินิจฉัย

1.4.1.3 พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ได้แก่ พฤติกรรม ใดๆซึ่งบุคคลที่ถูกวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้มีหน้าที่ในการรักษาหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเป็นคนเจ็บ แล้วได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ตนถูกกำหนดให้ โดยผู้รักษา หรือญาติ หรือโดยความคาดหวังของ บุคคลที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทของสังคมที่บุคคลนั้นอยู่ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540: 154-161)

1.4.2 Alonzo (1993) แบ่งตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ ที่สำคัญเป็น 4 ด้านคือ

1.4.2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน (Prevention) จุดมุ่งหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันคือ ลดการเสี่ยงการเป็นโรค การเกิดอุบัติเหตุ และ ความพิการ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การไม่สูบบุหรี่ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การไม่ดื่มของมึนเมา การใช้เข็มขัดนิรภัย การควบคุมความเครียดและการพักผ่อน

1.4.2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการค้นหา การตรวจ (Detection) เป็นการค้นหาเกี่ยวกับโรค อุบัติเหตุ หรือความพิการ ซึ่งเป็นการค้นหาหรือตรวจก่อนอาการปรากฏ ประกอบด้วย การตรวจทางการแพทย์เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจฟัน การตรวจตา และการตรวจเฉพาะโรค เช่น การตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจน้ำตาลในเลือด การตรวจไขมันในเลือดและการตรวจครรภ์ก่อนคลอด

1.4.2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม (Promotion) เป็นการสนับสนุนและชักจูงบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและหลีกเลี่ยงหรือเลิกพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของบุคคล

1.4.2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปกป้อง (Protection) เป็นการปกป้องทางสังคมมากกว่าระดับบุคคลประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้คนดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี เป็นการดูแลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมได้แก่ โครงสร้างทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐานได้แก่ ระบบขนส่งมวลชน อาหาร-อากาศ น้ำ-สถานที่ทำงานและการพัฒนา นโยบายเศรษฐกิจและสังคม ความปลอดภัยในการทำงาน ความปลอดภัยในการใช้ยาและการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดี (Weiss and Lonquist,1996:108)

1.5 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

เอดลิน (Edlin,1992:554) กล่าวว่า การต้องการมีสุขภาพดีของบุคคลขึ้นอยู่กับนิสัย ความเชื่อ และการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ การปรับปรุงนิสัย การรับประทานอาหาร การทำงาน และสภาพการดำเนินชีวิต เป็นการพัฒนาสุขภาพและการเกิดโรค

Suchman(1967),Becker and Maiman (1975)และHom (1976)ได้เสนอตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ไว้ดังนี้

ความเชื่อ พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ เกิดจากการที่คนกระทำตามความเชื่อ ตามข่าวสารที่ได้รับ ความเชื่อขึ้นอยู่กับข้อมูล ซึ่งอาจเป็นข้อมูลผิดหรือถูกก็ได้ และความเชื่อจะเป็นตัวทำให้เกิดการตัดสินใจ หรือทำการกระทำที่ออกมาในรูปของพฤติกรรมสุขภาพอีกทีหนึ่ง

บางกรณีพฤติกรรมอาจเกิดขึ้นก่อนโดยถูกกำหนดจากพลังอื่น แต่ความเชื่อจะเป็นสิ่งที่ให้เหตุผลสนับสนุนพฤติกรรมนั้นทีหลังก็ได้ เช่น เป็นตัวชักนำหรือเร่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมซ้ำอีก มีการศึกษา พบว่า ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับความรู้และการรับรู้ ซึ่ง Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ได้นำมาพัฒนากรอบทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกล่าวถึงชุดของการรับรู้ ที่มีอิทธิพลร่วมกันต่อโอกาสที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาได้พบว่า ความเชื่อและการรับรู้ไม่สามารถประกันได้อย่างมั่นคงว่าเพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ทุกกรณี

แรงจูงใจ หมายถึง พลังแรงงานทางอารมณ์ เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกที่ทำให้ความเชื่อบางอย่างโดดเด่นออกมาในความสำนึก และเกิดความตระหนักความผูกพันจนผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา แรงจูงใจอาจแสดงออกในรูปของการผลักดัน ให้บุคคลเดินหน้าเข้าหาเป้าหมายที่ต้องการหรือหลีกเลี่ยงจากสถานะการณ์ที่ไม่ต้องการ ความกลัวอาจเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ซึ่งผลักดัน กระตุ้นให้คนเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ในบางกรณี Henderson และ คณะ (1980) พบว่าความกลัวจะเกิดผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพได้เฉพาะในตอนต้น และในกลุ่มที่การศึกษาต่ำเท่านั้น แต่ถ้าทิ้งไว้นานๆเมื่อระดับความกลัวลดลงก็ไม่ได้ผล Laveithal (1973) พบว่า การให้ข่าวสารให้เกิดความกลัวเพื่อรณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพนั้น เฉพาะคนที่รู้ตัวว่าคนไวต่อโรค หรือ อ่อนแอ จะเข้าร่วมในโครงการสุขภาพ ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจในทางบวกน่าจะเป็นสิ่งที่มีผลพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า

การปฏิบัติ นอกจากต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง และสิ่งกระตุ้นให้ลงมือให้ปฏิบัติแล้ว ผู้ป่วยหรือผู้อยู่ในภาวะเสี่ยงจะต้องมีทักษะและนิสัยที่จะสามารถทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดประสิทธิผลและคงทนถาวร เช่น คนที่เกิดแรงจูงใจ จนพยายามเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น หากไม่มีทักษะและนิสัยที่ได้รับการฝึกฝนมาดีพอ ก็อาจกลับไปสูบบุหรี่อีก ทำให้ความเชื่อและแรงจูงใจไม่สามารถบรรลุผลได้ ดังนั้นจึงต้องมีการสอนเทคนิคที่จะพัฒนานิสัยการบังคับตัวเอง (Self-Directed) จึงจะสามารถประสบความสำเร็จในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

สิ่งแวดล้อม ความเชื่อ แรงจูงใจและการปฏิบัติ จะพัฒนาไปตามบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจากทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น

-อาณาบริเวณ (Territory) เป็นตัวกำหนดการเรียนรู้และโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเช่น คนในชนบทกับคนในเมือง ย่อมแตกต่างกันในเรื่องประเพณี ประสบการณ์ คุณค่า ซึ่งทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ อาณาบริเวณยังรวมถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ เช่น ภูมิภาค ภูมิอากาศ ซึ่งก็มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพด้วย

-ความหนาแน่นของประชากร (Over Crowding) มีผลต่อพฤติกรรมทั้งด้านชีววิทยาและสังคมวิทยา เช่น ชีวิตคนในเมืองที่มีคนอยู่หนาแน่นจะทำให้เกิดภาวะเครียด (พันธุทิพย์ รามสูต,2540:161-164)

นอกจากนี้ ในศตวรรษ ที่ 19 แมก เวบเบอร์ (Max Weber) บ่งชี้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ

1.สภาวะโครงสร้างทางสังคม (Social-Structural Condition) ได้แก่ นโยบายด้านกฎหมายและสังคม มีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีการรายงานจาก Prevention Magazine (1992) ว่า มีการเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการใช้เข็มฉีดยาในกลางปี 1980 เมื่อสหรัฐอเมริกา ออกกฎหมายการใช้เข็มฉีดยา และมียุทธการสูบบุหรี่ลดลงเมื่อรัฐบาลของสหรัฐอเมริกา มีนโยบายต่อต้านการสูบบุหรี่

2. ทางเลือกของบุคคล (Personal Choices) นักสังคมวิทยายอมรับว่า ทางเลือกของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นต้น (Weiss and Lonquist,1996:113-117)

เพนเดอร์ (Pender,1987) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

- ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การตอบสนองต่อการรับรู้ และทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาโดยตรง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพการควบคุมสุขภาพและความสามารถแห่งตน การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

-ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) ได้แก่ ลักษณะของบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ การศึกษาและรายได้ ลักษณะทางชีวภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดคอยให้การส่งเสริมสนับสนุน ปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านพฤติกรรมบุคคล เช่น ประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ทักษะ (Creasia and Parker,1991 : 213)

2.พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

2.1ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิตซึ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึงปฏิบัติต่างๆที่บุคคลแสดงออก อันมีทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) และพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายในที่เป็นรูปธรรมได้แก่ การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายนอก ได้แก่ ความสุขภาพ ความคล่องแคล่ว ความก้าวร้าว ความเรียบร้อย เป็นต้น (พันธุ์ทิพย์ รามสูต ,2540 : 141-142)

เสี่ยง หมายถึง ลงกระทำ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน,2503)

สุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพกาย จิต และ สังคมดี (WHO อ้างใน Edlin and Golanty ,1992 :5)

สุขภาพ หรือ Health มาจากภาษาอังกฤษโบราณว่า Hoelth แปลว่า ภาวะแห่งความปลอดภัยและความสมบูรณ์ (Pender,1987 อ้างในอุษาพร ขวลิคนิธิกุล,2539:27)

พินิจ กุลละวณิช (2540) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การที่ไม่เป็นโรค แต่คนที่ไม่เป็นโรคหรือยังไม่มีอาการของโรค มิได้หมายความว่า เป็นคนแข็งแรงมีสมรรถภาพดี คนที่มีสมรรถภาพดี คือคนที่มีสุขภาพดีและแข็งแรง (คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกาย กรมอนามัย,2540)

วรุณวรรณ ฝาโคตร (2540:23) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะการมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตอย่างเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลคือ การกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพของตนเอง สุขภาพของครอบครัว หรือสุขภาพของชุมชน

ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2532:2) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมี 2 แบบ คือ ถูกสุขลักษณะ และไม่ถูกสุขลักษณะ

สรุป พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมในเรื่องสุขภาพของบุคคลตามความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดโรค หรือ ความเจ็บป่วยและเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งของตนเอง ครอบครัว ชุมชน เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะสามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ ทั้งนี้ขึ้นกับค่านิยม ความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจ แรงจูงใจและสิ่งแวดล้อม

2.2 ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ Wildavsky (1977) ยืนยันว่าระบบทางการแพทย์มีผลกระทบต่อความแปรปรวนของสุขภาพร้อยละ 10 ปัจจัยที่แพทย์ควบคุมได้ยากคือ การดำเนินชีวิตได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ความวิตกกังวล สภาวะทางสังคม ได้แก่ รายได้ นิสัยการบริโภค การสืบทอดทางสรีร สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ คุณภาพอากาศ น้ำ (Goepfinger and Labuhn อ้างใน Stanhope ,1992:579) Lalonde (1974) แบ่งข้อบ่งชี้ที่สำคัญของสุขภาพออกเป็น 4 อย่าง คือชีวภาพมนุษย์ สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ และ จากรายงานสุขภาพประชาชนของ Surgeon General (Department of Health, Education, and Welfare, 1979) วิเคราะห์ปัจจัยของความเสียหายทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ ปัจจัยทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากพฤติกรรม

The Carter Center of Emory University แบ่งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็น

-ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่ นิสัยการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิต การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ น้ำหนัก คอเลสเตอรอลและความเครียด

-ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศและประวัติสุขภาพของครอบครัว (อ้างใน Stanhope, 1992)

จากการศึกษาของ อลามีดา (Alameda) พบว่าปัจจัยทางด้านสังคมเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เรนนี่ (Renny, 1974) พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่แข็งแรง เช่น สภาพการสมรส ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพื่อน การเข้าโบสถ์สม่ำเสมอและความผูกพันกับกลุ่ม มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการตาย อย่างไรก็ตาม ตัวแปรด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคลมีผลต่อสุขภาพ (Kotler and Wingard, 1989 อ้างใน Stanhope, 1992 : 581)

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย ทูพผลภาพ และตายนั้นถูกโยงเข้ากับพฤติกรรมมนุษย์ที่ปลายสุดด้านหนึ่งเรียกว่าพฤติกรรมที่ปลอดภัย และอีกด้านหนึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดทั่วไปของมนุษย์ (Human error) และกลุ่มที่สองคือพฤติกรรมเสี่ยงที่จงใจเสี่ยง (Intentional risk-taking) โดยพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยอันเกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ (Human error) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและคือเงื่อนไขหรือสาเหตุตรงซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาต่าง ๆ เช่น ภาวะการที่องค์กรไม่ยอมซื้อเครื่องจักรหรือวัตถุดิบในการผลิตที่มีคุณภาพดี ซึ่งอาจจะมีราคาสูง ทำให้แรงงานต้องทำงานในสภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาตลอดเวลาโดยไม่มีทางเลือก การออกแบบงานโดยไม่คำนึงถึงหลักเฮอร์โกโนมิกส์ และแม้แต่การเร่งความเร็วในการทำงานจนทำให้คนงานต้องทำงานในสภาพที่เสี่ยงต่ออันตรายและความเมื่อยล้าและนำไปสู่อุบัติเหตุ ความผิดพลาดของมนุษย์เป็นความผิดพลาดในเชิงโครงสร้าง ซึ่งปกติถือว่าเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น (Necessary conditions) ของการเกิดอุบัติเหตุ

ความผิดพลาดอีกประการหนึ่งคือ ความตั้งใจที่จะเสี่ยง หรือใกล้เคียงกับความประมาท ได้แก่ การที่บุคคลตั้งใจที่จะเอาตัวเองเข้าไปในสถานการณ์เสี่ยง ทั้งๆที่รู้ว่าอาจเกิดการผิดพลาดและอุบัติเหตุได้ รวมทั้งรู้ว่าอาจมีทางเลือกอื่นที่ปลอดภัยกว่า แต่ก็ไม่ยอมทำ เช่น การหลีกเลี่ยงไม่ทำตามระเบียบ ได้แก่ การยกของที่ผิดวิธี การหยอกล้อกันระหว่างทำงาน รีบเร่งรัดข้ามขั้นตอนในการทำงาน ดื่มสุราระหว่างทำงาน สูบบุหรี่ รับประทานอาหารเครื่องดื่มขณะทำงาน เป็นต้น การกระทำที่ดูเสมือนเล็กน้อย ๆ เช่นนี้อาจจะนำไปสู่อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยได้ตลอดเวลา (สุพรรณดวงเด่น, 2541:9-11)

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่

2.8.1 การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพจะช่วยซ่อมเสริมอวัยวะต่างๆ (รัชนีกร กูกร, 2533:159) การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร ซึ่งการขาดสารอาหารทำให้มีผลกระทบต่อ การพัฒนาของร่างกายและจิตใจ ในสังคมเมืองอุตสาหกรรม การรับประทานอาหาร เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรค และการตาย (Scrimshaw, 1990 อ้างใน Stanhope and Lancaster, 1992:593) โรคที่เกิดจากการขาดสารอาหารได้แก่ ขาดสารไอโอดีน (Iodine) ทำให้เกิดโรคคอพอก ขาดสารไทอะมิน (Thiamine) ทำให้เกิดโรคเหน็บชา ขาดธาตุเหล็ก ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง เป็นต้น (Edlin, 1992:64) การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1

ในอเมริกาเนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทไขมันและคอเลสเตอรอลมากเกินไป มะเร็งเกี่ยวข้องกับการรับประทานไขมันสูงๆ รับประทานอาหารมีเส้นใยต่ำ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ สาเหตุจากการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง และการรับประทานอาหารรสเค็มจัด โรคตับเกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาก โรคเบาหวานเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงและผลจากความอ้วน (Blomquist อ้างใน Stanhope and Lancaster, 1992:593) และการรับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นทำให้เกิดโรคอ้วน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย

อัตราการชุกของโรคอ้วนในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ในช่วงเวลา 9 ปีของการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 กลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 ในประชากรกลุ่มวัยทำงานพบอัตราการชุกของโรคอ้วนสูงสุดในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 14.2 (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ความอ้วน มีความสัมพันธ์กับ ความดันโลหิต โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ การควบคุม น้ำหนักของบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวข้องด้วย คือ องค์ประกอบร่างกาย เมตาบอลิซึมของร่างกาย กรรมพันธุ์และความแข็งแรงของร่างกาย นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความอ้วน คือ ปัญหาครอบครัว ความวิตกกังวล ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคม เช่น การเลือกอาหาร การเตรียมอาหารและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็มีผลต่อความอ้วนเช่นกัน จากการศึกษามากมาย มีข้อเสนอแนะว่า ความเกี่ยวข้องด้านปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความอ้วนชัดเจนกว่าปัจจัยด้านชีวเคมี (Blomquist อ้างใน Stanhope and Lancaster, 1992:599)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกาย คุณลักษณะเกี่ยวกับจิตใจ วัฒนธรรมสังคมและสิ่งแวดล้อม

ด้านร่างกาย ร่างกายต้องการอาหารในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ การเจริญเติบโต การพัฒนาร่างกายและการซ่อมแซมโครงสร้างของร่างกาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหาร ได้แก่ ระดับการปฏิบัติกิจกรรมและความเครียด อายุและอัตราการเจริญเติบโต กรรมพันธุ์ และปัจจัยอื่นๆ เช่น อุณหภูมิ รสนิยมน และกลิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้ยา นูหรี่ แอลกอฮอล์และ กาแฟ มีผลกระทบต่อความรู้สึกของ วิตามินและเกลือแร่ (Williams, 1988)

ด้านจิตใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นผลจากอารมณ์ ซึ่งอารมณ์ที่มีผลทางบวกกับการรับประทานอาหารคือ อารมณ์มีความสุข และอารมณ์สงบ อารมณ์ที่มีผลต่อการ

รับประทานอาหาร ทางลบ คือ อารมณ์โกรธ และ อารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากนี้นิสัยการไม่รับประทานอาหารเช้า การดื่มกาแฟ-โคคาเป็นอาหารว่างเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและปัจจัยที่มีความสำคัญที่มีผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร คือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความเชื่อมั่นในตนเอง

ด้านสังคมวัฒนธรรม พื้นฐานทางวัฒนธรรมและจริยธรรมมีบทบาทในพฤติกรรมการเลือกอาหารและการรับประทานอาหารเช้า(Wilson,1985) ปัจจุบันมีคนรับประทานอาหารเช้ามากขึ้นจากการมีความรู้ว่ามีไขมันสัตว์ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคคลที่รับประทานอาหารเช้าจะไม่กินผลิตภัณฑ์จากไข่และเนื้อสัตว์ ซึ่งมีกรโคมิโน วิตามินและเกลือแร่ อาหารมั่งสวิติจจะประกอบด้วย ถั่ว ข้าว และเมล็ดพืช ในอาหารมั่งสวิติจจะมี แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินดี บี12 น้อย ซึ่งมีความสำคัญในการเจริญเติบโตของเด็ก วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์(Dwyer,1988)

ด้านสิ่งแวดล้อม ราคา ความสามารถในการซื้อหรือหา ความสะดวกสบายและความปลอดภัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลือกและการรับประทานอาหารเช้า ผู้บริโภคนิยมซื้ออาหารที่เตรียมง่าย มีแคลอรีและไขมันสูง มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ปัจจุบันผู้หญิงจำนวนมากต้องออกมาทำงานนอกบ้าน และต้องทำงานบ้านด้วยดังนั้นจึงต้องเตรียมอาหารอย่างรวดเร็วและง่าย การได้รับความรู้และคำปรึกษาในเรื่องอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Blomquist อ้างใน Stanhope and Lancaster,1992:593-595)

2.3.2 การออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือ การไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีผลต่อร่างกายและจิตใจ คือ

ด้านร่างกาย การนอนบนเตียงนานๆหรือขาดการออกกำลังกายทำให้เกิด เส้นเลือดดำอุดตัน (Venous Thrombosis) ความดันโลหิตต่ำ ทำให้อัตราการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายช่วยในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและ Osteoporosis

ด้านจิตใจ การออกกำลังกายช่วยควบคุมความเครียด ลดความกดดันและความวิตกกังวล การออกกำลังกายทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงอยู่เสมอ (Blomquist อ้างใน Stanhope and Lancaster,1992: 601)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) คือการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่อย่างต่อเนื่องเกิน 2 นาที ซึ่งเป็นระบบที่ต้องใช้ออกซิเจนและถ้าจะให้ผลดีต่อหัวใจและปอด ควรออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ กระโดดเชือก ว่ายน้ำ จักรยาน เต้นแอโรบิก ควรทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นอย่างน้อยและ 6 ครั้งเป็นอย่างมาก การออกกำลังกายจะช่วยทำให้หัวใจและปอดแข็งแรงจะต้องออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นถึง 70% ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้ และอย่างน้อย 20 นาที วิธีคำนวณความสามารถ สูงสุดที่หัวใจจะ

เต้นได้คือ 220 ลบอายุ (ปี) เช่น คนอายุ 20,30, 40,50 ปี หัวใจจะเต้นได้สูงสุดคือ 200, 190, 180, 170 ตามลำดับและ 70% คือ 140,133,126,119 ครั้งต่อนาที

การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic) คือการออกกำลังกายโดยไม่ใช้ออกซิเจน เช่น วิ่งเร็วระยะสั้น ติเทนนิส แบดมินตัน เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ต่อเนื่อง คือ วิ่งๆ หยุดๆ การออกกำลังกายชนิดนี้ไม่มีผลดีมากนักต่อหัวใจและปอด

ดังนั้นการออกกำลังกายควรใช้วิธีการแอโรบิก และควรออกกำลังกายต่อเนื่องกัน 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งก่อนและหลังออกกำลังกายควรมีการยืดเส้นสายอุ่นเครื่องด้วย จะทำให้มีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง (พินิจ กุลละวณิช ย่างใน คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกาย,2540:11-12)

2.3.3 การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่เพียงพอ สิ่งที่ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ คือ ตารางการปฏิบัติทำงาน การเดินทาง การเจ็บป่วย ความเครียด อาหาร ยา การไม่ออกกำลังกาย ความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อม ได้แก่เสียงดัง ความไม่สุขสบาย อุณหภูมิและความแออัด

การนอนหลับเป็นการส่งเสริมทางด้านร่างกาย จิตใจและระบบประสาท ความต้องการการนอนหลับพักผ่อนและรูปแบบการนอนหลับแตกต่างกันแต่ละบุคคลและแต่ละอายุ ในวัยทารกต้องการนอนหลับมากที่สุดและลดลงในวัยเด็ก ปกติในผู้ใหญ่ตอนต้นต้องการนอนหลับวันละ 6-9 ชั่วโมง ความต้องการการนอนหลับจะแตกต่างกันในวัยเด็กจนกระทั่งวัยสูงอายุ โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) อาการง่วงเหงาหาวนอน (Narcolepsy) Myoclonis, การกัดฟันเวลานอนหลับ (Bruxism) หายใจลำบากเวลานอน และฝันร้าย เป็นอาการรบกวนในการนอนหลับ (Biddle and Oaster,1990) การอดนอน 72 ชั่วโมงผลคือ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิด ไม่อยากรับประทานอาหาร แปลสิ่งที่มากระตุ้นผิด การอดนอน 150 ชั่วโมง จะเกิดอาการทางจิต (Mendelson,1987) การนอนหลับเป็นการปกป้องร่างกายของมนุษย์และสัตว์ การนอนเป็นการหลีกเลี่ยงความอ่อนเพลียของร่างกายและสมอง สัตว์จะใช้พลังงานมากจึงมีความต้องการการนอนหลับเป็นเวลานาน (Blomquist ย่างใน Stanhope and Lancaster,1992:607-609)

2.3.4 การบริโภคและการปฏิบัติที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, และกาแฟ, การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย, การดื่มสุราและขับรถ, การไม่ดูแลสุขภาพหรือไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ

การป้องกันการเจ็บป่วยประกอบด้วย

- 1) รู้จักเลือกรับประทานอาหาร เน้นควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน
- 2) ออกกำลังกาย
- 3) ลดความเครียด
- 4) ไม่สูบบุหรี่
- 5) จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

6) ทำงานให้พอเหมาะและมีการสันทนากการ(Talentoอย่างใน Deloughery, 1991 : 116)

เพศชายและเพศหญิง มีความจำเป็นที่ต้องรับการตรวจสุขภาพที่เหมือนกัน แต่มีบางอย่างที่แตกต่างกันเล็กน้อยคือ ในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี ต้องตรวจด้านมทุกเดือน ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และในผู้ชายที่อายุมากกว่า 40 ปี ต้องตรวจต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ต้องได้รับการตรวจคลื่นหัวใจ

แม้ว่าการตายจากโรคติดเชื้อจะลดลง เนื่องจากมียาปฏิชีวนะแต่ก็มีปัญหาสุขภาพกลุ่มใหม่คือ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมะเร็งปอด ปัญหาสุขภาพจากสังคมเช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการติดยาเสพติด ยาเสพติดเป็นปัญหาต่อสุขภาพที่สำคัญของคนอเมริกัน โจเซฟ คาร์ฟานโน ประมาณว่า คนอเมริกันติดบุหรี่ 50 ล้านคน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 13 ล้านคน และอีกนับไม่ได้ที่เสพยาโรอิน โคเคน ยาระงับประสาท และยาอื่นๆ และพบว่าทุกปีมีบุคคลที่สูบบุหรี่ตายด้วยมะเร็งปอด 1.3 แสนคน ตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.7 แสนคน และ 6 หมื่นคนตายด้วยโรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ ในปี 1984 กูพ (Koop) กล่าวว่า อากาศเป็นพิษในบ้านที่มีบุคคลสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ในที่ทำงานทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมเป็นพิษได้ รัฐบาลของอเมริกาได้แจ้งอันตรายของการสูบบุหรี่แก่บุคคลที่ปลูกยาสูบและโรงงานยาสูบต้องแจ้งอันตรายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการประกาศ 2.5 พันล้านดอลลาร์ ใน 2 - 3 ปีต่อมา ได้มีการสร้างสถานที่สำหรับสูบบุหรี่ในภัตตาคารและในที่ทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นโทษต่อบุคคลอื่น ในปี 1988 การสูบบุหรี่ถูกห้ามในบางรัฐของอเมริกา ในปี 1989 การสูบบุหรี่ถูกต่อต้านในอเมริกา

ปัญหาในการดำเนินชีวิตอื่นๆ คือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาการตายก่อนเวลาอันสมควรของประชากรด้วยโรคตับแข็ง เลือดออกในทางเดินอาหาร เนื่องจากเส้นเลือดโป่งพอง (Esophageal Hemorrhage) มะเร็ง และการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการตายและความพิการจากอุบัติเหตุขัรบรถยนต์ เนื่องจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วทำให้เกิดความลังเลใจ ในปี 1986 เกิดอุบัติเหตุบนถนนมากกว่า 2.8 หมื่นราย และต้องเสียงบประมาณการดูแลสุขภาพจากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ และสิ่งเป็นอันตรายอื่น ๆ ถึง 40 พันล้านดอลลาร์

ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปานกลาง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่มีหลักฐานจำนวนมากที่แสดงถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในจำนวนมาก (Abuse) เป็นสาเหตุต่อการเป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไปทำลายสมอง ตับ ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้

การโฆษณาเป็นการชักจูงให้ประชาชนมีความเชื่อ ในการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไปในทางที่ผิด เช่น เชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นการผ่อนคลายหลังการปฏิบัติงาน

ดังนั้นต้องมีการพัฒนาโยบายสังคม เช่น ห้ามโฆษณาเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกฎหมายในเรื่องการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และออกกฎหมายกวดขันกำหนดอายุของผู้ซื้อ - ขาย บุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กำหนดโทษสำหรับผู้ขับรถที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกรัฐ (Talento อ้างใน Deloughery, 1991:116-117)

2.3.5 การทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ความรู้ ทักษะ และเจตคติ
เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการประกอบอาชีพความสนใจในสุขภาพของคนทำงานเริ่มในศตวรรษที่18 โดยศาสตราจารย์ทางการแพทย์ชาวอิตาลีชื่อ เบร์นาดีโน รามาซินี (Bernardino Ramazzini) ซึ่งเป็นบิดาของการแพทย์เกี่ยวกับอาชีวอนามัย (Father of Occupational Medicine) พบว่า อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับชนิดของงานที่ทำเช่น คนงานในเมืองถ่านหิน ทำให้เป็นโรคปอดดำ (Black Lung) คนงานก่อสร้างทำให้มีอาการปวดหลังเรื้อรัง เบ็ตตี้ มูเดอร์ (Betty Mouders) เป็นพยาบาลอาชีวอนามัยที่ดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเป็นคนแรก ที่ถูกจ้างไปดูแลสุขภาพของคนงานในเมืองถ่านหินและครอบครัวที่เพนซิลเวเนีย เมื่อปี 1888 และใกล้กับศตวรรษที่ 19 การดูแลสุขภาพในการประกอบอาชีพ โดยพยาบาลได้แพร่หลายขึ้น

มีการประมาณว่า ในแต่ละปีมีอุบัติเหตุเกิดมากกว่า 20 ล้านราย และ 3.9 แสนรายเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน (Levy & Wegman, 1988) ในปี 1987 อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานเกิดในอัตรา 8ต่อ 10 ของการเจ็บป่วยที่เกิดจากการประกอบอาชีพและ70% เกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือเป็นโรคผิวหนัง ในปี 1972 ประมาณแสนคนตายด้วยโรคมะเร็ง ปัญหาจากปอดและโรคอื่นๆซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานโดยไม่มีการป้องกันตัวเองเป็นเวลานาน (U.S.Department of Labor, 1988) อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพเกิดได้อย่างเฉียบพลันและเกิดขึ้นเป็นปกติ เช่น กระจกหัก อาการเคล็ดขัดยอก บาดแผล อุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานร้อยละ 95 เป็นอุบัติเหตุที่เกิดในสถานที่ทำงาน

การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพเกิดขึ้น จากการสัมผัสสภาพผิดปกติของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานโดยการ สูดดม การดูดซึม การกลืนกิน และการสัมผัสโดยตรง การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ เกิดได้หลายอย่าง และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางผิวหนังมากที่สุดประมาณร้อยละ 35 - 50 ของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพทั้งหมดในประเทศ (Storrs, 1988) มีหลายรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังที่มีผลมาจากการที่ผิวหนังสัมผัสโดยตรงกับสารพิษ (CDC, 1986)

ผลการสัมผัสสารเคมีและชีวภาพในสถานที่ทำงานคือ

1) มีผลต่อระบบสืบพันธุ์ คือ เป็นหมัน ซึ่งเกิดได้ทั้งชายและหญิง, การแท้ง, ผลเสียต่อการคลอด

2) มะเร็งในระบบทางเดินหายใจ มะเร็งผิวหนัง และ มะเร็งเม็ดเลือดขาว

3) โรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพของลูกจ้าง คือ กระทบต่อครอบครัว ลูกจ้าง นายจ้าง และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทำให้ลูกจ้างและครอบครัวเดือดร้อน ชีวิตครอบครัวแตกแยก และทั้งลูกจ้างและครอบครัวต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ด้านนายจ้าง จะมีผลผลิตลดลงเนื่องจากลูกจ้างต้องออกจากงาน ขวัญกำลังใจลูกจ้างลดลง ด้านสังคมต้องเสียรายได้จากภาษีจ่ายค่าแรงทดแทนให้กับคนงานทั้งชายและหญิง โดยเฉพาะคนงานชายต้องจ่ายค่าทดแทนในราคาแพง (Salazar, Wilkinson and Ruradue อ้างในCookfair, 1991:423-427)

8. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

สิ่งแวดลอมในการทำงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตใจและสังคม ในสถานประกอบการของบุคคลที่ทำงาน

วัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานนับเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ชีวิตคนทั่วไปจะผูกพันอยู่กับการทำงานอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ลักษณะงานย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านบวกและด้านลบ คืองานที่ทำมีลักษณะเหมาะสมกับความสามารถของร่างกายและจิตใจมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานดี มีการส่งเสริมสุขภาพจากกลุ่มและสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดี

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามโมเดลของคีเวอร์(คีเวอร์ อ้างในดวงใจ รัตนธัญญา,2540:2-8) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตใจและสังคม ซึ่งสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการนั้นมีความสำคัญเพราะสิ่งแวดล้อมในการทำงานจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพนักงานได้อย่างมาก ดังนั้นควรประเมินสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้แก่ เสียง แสง รังสี ความร้อน ความเย็น ความกดดันอากาศ ความสั่นสะเทือน สารเคมีต่างๆ ฝุ่น ไอ คิวบ์ เชื้อรา แบคทีเรีย ไวรัส ไฟ ไฟฟ้าและเออร์โกโนมิกส์ เป็นต้น ดังนั้นต้องมีการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และป้องกันการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย

2) สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ (Psychological Environment) โดยประเมินความชุกการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจในพนักงานแล้วจึงประเมินปัจจัยที่ส่งเสริม ซึ่งปัญหาที่พบอาจออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมต่างๆ เช่นการใช้ สารเสพติด การใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่นและตนเอง การหยุด

หรือลางานบ่อยๆ การมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นต่ำลง น้ำหนักลดหรือเจ็บป่วยบ่อย นอกจากนี้อาจพบว่ามีการอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อบ่งชี้ถึงปัญหาด้านจิตใจ จึงควรประเมินความเครียดในสถานที่ทำงาน ลักษณะงานบางอย่างอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียด เช่น งานในตำแหน่งบริหาร งานที่ทำเป็นผลัดหรือเป็นกะ ภาระงานที่หนักเกินไป ความไม่มั่นคงในการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างพนักงานกับผู้บริหารไม่ดี เป็นต้น ความเครียดอาจเพิ่มขึ้นได้จาก เพศ เชื้อชาติ บ่อเกิดความเครียดของพนักงานกับผู้บริหารข้อมต่างกัน เช่น ในกลุ่มผู้บริหารส่วนหนึ่งเครียดจากผลกำไรหรือรับทราบพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของพนักงาน ส่วนในกลุ่มคนงาน พบว่า เกิดจากกระบวนการผลิต กระบวนการทำงาน ความต้องการที่เกินจริง การขาดความเห็นอกเห็นใจจากหัวหน้า ความก้าวหน้าในการทำงาน และการขาดความมั่นใจในการทำงาน เป็นต้น

3)สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) สิ่งแวดล้อมทางสังคมในสถานประกอบการมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบต่อภาวะสุขภาพของพนักงาน สิ่งแวดล้อมทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประการคือ แบบแผนการดำเนินชีวิต อิทธิพลของกลุ่มสหภาพแรงงาน เจตคติของผู้บริหารและอิทธิพลของกฎหมาย สังคมและการเมือง สหภาพแรงงานบางกลุ่มมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพนักงานมาก เช่น สหภาพฯ ไม่ต้องการให้พนักงานสูบบุหรี่ อาจมีการทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ตามสถานที่ต่างๆและอาจมีการบังคับหรือกดดันบุคคลที่ต้องการสูบบุหรี่ เป็นต้น เจตคติของผู้บริหารต่อเรื่องสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพนักงาน กฎหมาย สังคมและการเมือง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน ประกาศของกระทรวงมหาดไทยเรื่องโรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน กฎหมายว่าด้วยประกันสังคม เป็นต้น แบบแผนการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพนักงาน ได้แก่ ชนิดของงานที่ทำ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เป็นต้น ชนิดของงานที่ทำ ของพนักงานมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอย่างมาก งานที่ทำเป็นสิ่งบ่งบอกถึง ภาวะเสี่ยงต่อการได้สัมผัสกับ อันตรายต่างๆทั้งที่มีผลต่อกาย และก่อให้เกิดความเครียด เช่น พนักงานที่ทำงานในโรงงานที่ใช้สารตะกั่วมีโอกาสเกิดการแพ้พิษตะกั่ว คนงานก่อสร้างใช้แรงกายมากและเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเครื่องมืออุปกรณ์หนักๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของพนักงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญ ในสถานประกอบการควรใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายและต้องติดตามประเมินการใช้อุปกรณ์ของพนักงาน ว่าใช้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

ผลกระทบของสิ่งแวดล้อมการทำงานต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ Neuman (1989) อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ประกอบด้วยอิทธิพลภายใน และภายนอกของบุคคล ความสมดุลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และความสามารถของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับ สิ่งแวดล้อม สุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมของบุคคลเป็นอิทธิพลภายนอกที่มีต่อสุขภาพ และการมีชีวิตที่ดี (Purdom,1980) เมื่อสภาพแวดล้อมเหมาะสมจะส่งเสริมภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในทางตรงข้าม อิทธิพลด้านชีวภาพ เคมี กายภาพและสังคมวิทยาของสิ่งแวดล้อมขัดขวางการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถของบุคคล นิเวศวิทยาเป็นการศึกษาถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อการดำเนินชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งไม่มีชีวิต และความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งนั่นคือ มนุษย์มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อมนุษย์ ทศนคติ คุณค่า และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและมีผลต่อพฤติกรรมบุคคล (Smith,1991) (อ้างใน Creasia and Parker,1991:226-227)

อันตรายที่เกิดในสถานที่ประกอบอาชีพ แบ่งเป็น ด้านกายภาพ เออร์โกโนมิกส์ สารเคมี ชีวภาพ และด้านจิตใจ

อันตรายจากด้านกายภาพ มีรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นอันตรายจากปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ อุบัติเหตุจากโครงสร้างของสถานที่ทำงาน การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม รังสี แสง และระดับเสียง อุบัติเหตุที่พบบ่อย ๆ คือ อาการเคล็ดขัดยอก การฉีกขาด ฟกช้ำ การบาดเจ็บและรอยถลอก มีรายงานว่าอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดในสถานที่ทำงานคือ อุบัติเหตุของกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่บริเวณหลัง พบมากกว่า 1 ล้านคน ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่หลังในแต่ละปี (U.S.Department of Labor, 1987) ปัจจัยทางกายภาพ ด้านเสียงและรังสีพบ 10 ปีมาแล้ว มีผลต่อสุขภาพเมื่อสัมผัสเป็นเวลานาน การสัมผัสรังสีเป็นเวลานาน เป็นปัจจัยนำก่อให้เกิด โรคมะเร็ง เนื้องอก อันตรายต่อทารก (Holun, 1987) เช่น อุลตราไวโอเลต อินฟราเรด และเลเซอร์ ทำให้เกิดการเผาไหม้ (Burn) อุลตราไวโอเลตเป็นสาเหตุของมะเร็งผิวหนัง ไมโครเวฟเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อมีความร้อนเพิ่มขึ้น (Saunders, Darby & Kowalczyk, 1983)

กฎระเบียบของงาน (Ergonomics) มาจากภาษากรีก Ergo = Work, Nomos=Law กฎระเบียบในการทำงาน คือ ข้อบังคับในการทำงาน ซึ่งตั้งขึ้นให้เหมาะสมระหว่างมนุษย์และภาระของงาน กฎข้อบังคับจะต้องตั้งให้เหมาะสมกับสถานที่ทำงานและคนปฏิบัติงาน กฎข้อบังคับที่ไม่เหมาะสมเป็นผลให้เกิดความเครียดและมีผลต่อร่างกาย คือ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบ

ประสาทส่วนนอก ผลต่อระบบกล้ามเนื้อที่มาจากความไม่เหมาะสมของคนกับสิ่งแวดล้อมทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียด และความอ่อนเพลีย เป็นต้น (Salazar,1991) นอกจากนี้สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ พลังงานเครื่องจักรจากกระบวนการทำงาน หรือท่าทางในการทำงาน หรือความตึงเครียดอื่นๆ เช่น การสั่นสะเทือน การเคลื่อนไหวซ้ำๆ สถานที่ทำงานคับแคบ และการเคลื่อนย้ายของหนัก ความสั่นสะเทือนมีผลต่ออวัยวะภายในและการพยุ่งของเส้นเอ็นยึด(Cheremisnioff,1984)การทำงานที่เคลื่อนไหวซ้ำๆ ทำให้เกิด Carpal Tunnel Syndrome ,Tendonitis and Tendosynovitis (Putz-Anderson,1988)

สารเคมี พบว่า มีการใช้สารเคมีมากกว่า 6 หมื่นชนิดในโรงงานอุตสาหกรรม สารเคมีในสถานที่ทำงานเกิดจาก แก๊ส ฝุ่นละออง หมอกควัน และตัวทำละลาย ผลจากสารเคมี มีทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การสัมผัสต่อสารเคมีมี 3 ทาง คือ สูดดม, กลืนกิน, การดูดซึมทางผิวหนังจากการสูดดมเช่น แก๊ส ควัน หมอก โรคที่เกิดจากการสูดดมสารเคมี คือ Mesophelioma มะเร็งปอด จากการกลืนกินจากสารเคมีเช่น ตะกั่ว จากการดูดซึมทางผิวหนังพบมากเช่น การสัมผัสนิเกิล ทำให้เกิดอาการ Eczema Like และ การดูดซึมโพลีโครเร็นต ไบรเฟนนิล ทำให้เกิดโรคตับ และพบว่าอาชีพที่มีการสัมผัสสารเคมี มีผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ทั้งในชายและหญิง เช่น สารตะกั่ว สารปรอท แคดเมียม นิเกิลและสังกะสี (Mattison,1983)

ชีวภาพ อันตรายจากชีวภาพทำให้เกิดการติดเชื้อ ที่พบในสถานที่ทำงานเช่น แบคทีเรีย เชื้อรา และพยาธิ ชีวภาพที่เป็นอันตรายมีมากมาย คนที่ทำงานด้านเกษตรกรรม บางครั้งสัมผัสกับเชื้อราซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในระบบทางเดินหายใจ (Richard & Spradley, 1985)

ลูกจ้างในโรงพยาบาลสัมผัสกับเชื้อ Staphylococcal เชื้อ Streptococcal โรคตับอักเสบ วัณโรค ติดเชื้อจากไวรัส และติดเชื้อจากโรคอื่น ๆ ปัจจุบันต้องสัมผัสกับไวรัส HIV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ไซโตเมกะโลไวรัส ไวรัสริบ และโรคหิด (Omenn & Morris, 1984) แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และผู้ปฏิบัติงานในห้องทดลอง มีความเสี่ยงสูงต่อไวรัสตับอักเสบบี ในสหรัฐอเมริกาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรค เป็นการทำงานที่เป็นอันตรายที่สุดเกิดจากการสัมผัสกับเลือด อุบัติเหตุเข็มแทง และเครื่องมือทางการแพทย์

ศูนย์ควบคุมการติดเชื้อ (CDC) พัฒนาหลักเกณฑ์การป้องกันแบบสากลใช้ในโรงพยาบาล ในปี 1987 ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ถุงมือในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกาย ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสผู้ป่วย

ด้านจิตใจ อุบัติเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ ขาดต่อการวินิจฉัย ได้แก่ความเครียด ความอ่อนเพลีย ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ความเหนื่อยชา และความกดดัน สภาวะทางจิต เป็นเหตุจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความโดดเดี่ยวและความน่าเบื่อเกี่ยวข้องกับความซ้ำซากของงาน สภาพการทำงานที่เป็นอันตรายด้านจิตใจคือ การปฏิบัติงานเป็นผลัด (Shift Work) เวลาการปฏิบัติงาน

มากเกินไป (Workload) และ ความไม่แน่นอนของสิ่งแวดล้อม เช่น การแข่งขันกันในกลุ่ม การหมุนเวียนการปฏิบัติงาน (Job Rotation) และผู้นำไม่ดี ความไม่พร้อมใจในครอบครัว และปัญหาการแต่งงานเป็นเหตุให้สภาพการทำงานไม่ดี ผลจากความเครียดที่มีต่อสภาพร่างกายคือ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร และผลต่อระบบประสาท ยิ่งไปกว่านั้นในบุคคลที่เป็นเบาหวานและข้ออักเสบ ความเครียดจะทำให้อาการเลวลง (Salazar อ้างใน Cookfair , 1991:428-434)

นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดต่อความเป็นอันตรายในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง งานที่ทำ ภาวะภูมิคุ้มกัน กรรรมพันธุ และการดำเนินชีวิต เช่น ปัจจัยด้านอายุ เพศ และประสบการณ์การทำงานเป็นสิ่งประกอบในการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และสิ่งที่ทำให้ความเสี่ยงต่ออันตรายเพิ่มมากขึ้น คือการใช้ยาเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้คนงานที่มีอายุมากมีความเสี่ยงต่ออันตรายในการปฏิบัติงานมากเนื่องจากความสามารถที่ลดลง จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง (Ossler อ้างใน Stanhope and Lancaster,1992:735)

4. พยาบาลวิชาชีพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพ เป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยการกระทำดังนี้

- 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
- 3)การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540)

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาลมีทั้งพฤติกรรมเสี่ยงโดยทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดในสถานที่ทำงานซึ่งมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่เพียงพอ การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการบริโภคและปฏิบัติสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ซึ่งมีรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาล ทั้งต่างประเทศและในประเทศ ดังนี้

Reeve, Adams and Kouzekanani (1996) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพยาบาลหญิงที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคมะเร็งในเท็กซัส 316 คน พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 7 และมีผู้เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.2

จากการวิจัยของโรพคา (Ropka,1988) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของพยาบาลในรัฐเวอร์จิเนีย 2,056คน ตอบแบบสอบถาม 66% พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของพยาบาล ได้แก่ สูบบุหรี่ร้อยละ 15 ไม่รัดเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 26.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำร้อยละ 3.2 ขับรถหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 2.3 น้าหนักไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 65.3

Alexander (1988) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพยาบาลทหาร โดยการศึกษาในรื่องในโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆของทหาร n=42 พบว่า พยาบาลทหารสูบบุหรี่ ร้อยละ19.5 และในการศึกษาเบื้องต้นในศูนย์การแพทย์ทหารใหญ่ๆ n = 315 พบว่า มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.8

Gerace (1988) ศึกษารูปแบบการดื่มของมีนเมาของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อความผ่อนคลาย

ธงชัย ทวีชาติและคณะ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของข้าราชการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย 430 คนคิดเป็นร้อยละ 58 ในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายอ้างว่าไม่มีเวลา

ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ (2537) ศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 7 โรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 1,000คน พบว่า พยาบาลผู้บริหารและพยาบาลประจำการ ออกกำลังกายไม่เป็นประจำร้อยละ 41.8 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 30.8และร้อยละ 37.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาล อันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีมาก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายของพยาบาลส่วนมากมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาล สาเหตุการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางของพยาบาลในสถานที่ทำงานมาจากหลายสาเหตุ เช่นมาจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ต้องหมุนเวียนปฏิบัติงานเป็นผลัด ต้องประสานงานกับคนจำนวนมาก หรือต้องมีความรับผิดชอบภาระงานในครอบครัว เป็นต้น ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนเพลีย ขาดความระมัดระวังในการทำงาน จึงเกิดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาล

ในสถานที่ทำงาน ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของพยาบาล ซึ่งอันตรายในการทำงานของพยาบาล นั้น จากการศึกษาของ Peipins (1997:1538-1544) พบว่าความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงาน ในสถานที่ทำงานของพยาบาลประกอบด้วย

- 1) เสี่ยงด้านชีวภาพ เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เช่น ไวรัสตับอักเสบ วัณโรค ปอด และไวรัสเอดส์ จากการสัมผัสกับเชื้อโรคจากผู้ป่วย และจากอุบัติเหตุเข็มแทง เป็นต้น
- 2) เสี่ยงด้านสารเคมี จากการสัมผัสและสูดดม สารเคมีและแก๊สสลบ ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดเนื้องอก และการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว
- 3) เสี่ยงด้านกายภาพ จากการที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเข็มแทงและ อุบัติเหตุจากการดูแลผู้ป่วย และจากการที่ร่างกายได้รับรังสี
- 4) เสี่ยงด้านจิตสังคม ทำให้เกิดความเครียดจากงาน และจากการปฏิบัติงานเป็น ผลลัด เช่น ผลลัดเข้า ป้าย คีค

จากการวิจัย รูปแบบการตายของพยาบาลในปีค.ศ.1984-1990 พบว่าการตายของ พยาบาลหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 65ปี มาจากสาเหตุ ไวรัสตับอักเสบ มะเร็งโพรงจมูก อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตายและจากยา พยาบาลที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่า มีการตายจาก มะเร็งเม็ดเลือดขาว เรื้อรังเพิ่มขึ้น และอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ เบาหวานและโรคหัวใจของพยาบาล แตกต่างจากอาชีพอื่น นอกจากนี้การเกิดไวรัสตับอักเสบโดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบี เป็นอันตราย ต่อผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยสาเหตุจากอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทง และสัมผัสสารคัดหลั่งในขณะที่ ร่างกายมีบาดแผลและรอยดลอก การติดเชื้อไวรัสเอดส์จากอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทง และปัจจุบันพบว่า มีการกลับมาของโรควัณโรค ซึ่งเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ รายได้ประชากรต่ำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยา มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีความเสี่ยงต่อ มะเร็งเม็ดเลือดขาวและพบว่าสารเคมีที่ใช้ในการรักษาทำให้เกิดมะเร็งในสัตว์และเกี่ยวข้องกับการ เกิดเนื้องอกในมนุษย์ โดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาว การสัมผัสกับแก๊สสลบและเอทิลีนออกไซด์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีการศึกษาที่พบว่าอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็น เนื้องอกได้แก่ อาชีพที่สัมผัสกับ ฟอร์มัลดีไฮด์หรือสารเคมี รังสีและอมัลกัม จากการศึกษาใน สัตว์พบว่า ฟอร์มัลดีไฮด์เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในจุกหนู แต่จากการศึกษาของนัก กายวิภาคศาสตร์ ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับอาชีพที่สัมผัสฟอร์มัลดีไฮด์ แต่ดูเหมือนว่าจะเกี่ยวข้อง กับการสัมผัสสารเคมีมากกว่าปกติในสถานดูแลสุขภาพเป็นการเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม

นอกจากนี้ Salazar, Wilkinson and Rubadue (อ้างใน Cookfair,1992:422 - 435) กล่าวว่า อันตรายด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพในโรงพยาบาล มีดังนี้

ด้านร่างกาย อันตรายทางร่างกายมีสาเหตุมากมาย ที่พบบ่อยคือ

- 1) แผลจากถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทง

- 2) ถูกไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก
- 3) แผลขูดขีด ฉีกขาด และฟกช้ำ
- 4) สูญเสียการได้ยิน เกิดจากถูกรบกวนจากเสียงที่ดังเกินไป
- 5) ระบบสืบพันธุ์อาจถูกทำลายจากรังสี

Ergonomic ความเหมาะสม(Fit) ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอัตราการเป็นอันตรายของลูกจ้างที่ปฏิบัติงาน อุบัติเหตุที่พบบ่อยคือ ความตึงเครียด ความเคล็ดขัดยอกโดยเฉพาะที่บริเวณหลัง

สารเคมี ที่เป็นอันตรายในโรงพยาบาลมีหลายชนิด ที่ใช้โดยทั่วไปคือ เอทิลีนออกไซด์ แก๊สยาสลบ สารปรอท และยาหลายชนิด ผงซักฟอกและยาฆ่าเชื้อโรค ผลกระทบของสารเคมีที่บ่อยคือ มีปฏิกิริยาต่อผิวหนัง และผลกระทบอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้คือ ความผิดปกติของโครโมโซม การคลอดก่อนกำหนด การเป็นหมัน และมะเร็ง

ด้านชีวภาพ อันตรายจากชีวภาพ ชัดเจนและพบบากคือ

- 1) การติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ
- 2) การติดเชื้อ Staphylococcal เชื้อ Streptococcal การติดเชื้อในลำไส้
- 3) การติดเชื้อในวัยเด็กเช่น หัดเยอรมัน อีสุกอีใส คางทูม
- 4) โรคตับอักเสบบี หรือโรคเอดส์ โดยถูกเข็มทิ่มแทง
- 5) ซัยโตเมกะโลไวรัส
- 6) วัณโรคปอด

อาการด้านร่างกายที่ปรากฏ คือ

- 1) ปวดศีรษะ
- 2) อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อตึงเครียด
- 3) แผลในกระเพาะอาหาร
- 4) โรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการด้านจิตใจที่ปรากฏ คือ

- 1) ความเฉื่อยชา
- 2) ความกดดัน
- 3) ความไม่มีสมาธิ
- 4) การฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการพยาบาลเป็นงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องหมุนเวียนปฏิบัติงานเป็นผลัด โดยหมุนเวียนเปลี่ยนกันทั้งในผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดยามวิกาล ซึ่งการปฏิบัติงานยามวิกาล ทำให้ผู้ปฏิบัติต้องเปลี่ยนแปลง

เวลานอน เวลารับประทานอาหาร รูปแบบการดำเนินชีวิตและรูปแบบการกระทำกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านชีวิตและด้านการปฏิบัติงาน ดังนี้

ผลต่อร่างกาย ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงเวลานอน และเวลารับประทานอาหาร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้จำนวนชั่วโมงการนอนหลับน้อยลงเนื่องถูกรบกวนจากสภาพอากาศที่ร้อน แสงและเสียง โดยจากการวิจัยของ โรส (Rose,1984) พบว่า บุคคลที่ไม่ต้องหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานและปฏิบัติงานเฉพาะเวลากลางวันโดยเฉลี่ยนอน 6 ชั่วโมงต่อวัน บุคคลที่หมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานมาปฏิบัติงานเวลายามวิกาลและอายุยังไม่มาก โดยเฉลี่ยนอน 6 ชั่วโมงต่อวัน ถ้าบุคคลมีอายุมากด้วยโดยเฉลี่ยนอน 5.5 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งผลการนอนหลับที่น้อยส่งผลด้านร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในที่ทำงาน

ผลด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้กระทบต่อวงจรการนอนหลับซึ่งจะทำให้เกิดอาการหงุดหงิด วิตกกังวล

ผลด้านครอบครัวบุคคลที่ต้องหมุนเวียนปฏิบัติงานจะมีวันหยุดที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่นๆในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาการแสดงบทบาทมารดา ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี นำไปสู่ความเครียด

ผลด้านสังคมพยาบาลที่ปฏิบัติงานยามวิกาลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆไม่ได้เข้าสังคม ไม่ได้เล่นกีฬากับเพื่อนฝูงและผลด้านการปฏิบัติงาน คือทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร,2529:15-18)

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2529) วิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลด้านร่างกาย ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานยามวิกาลและประเภทหอผู้ป่วย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลด้านจิตใจ ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เจตคติต่อวิชาชีพ และภาระหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัว และ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลด้านชีวิตสังคมได้แก่ แผนกหอผู้ป่วย รูปแบบตารางปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานยามวิกาล

Marziale (1995) ศึกษาอาการและอาการแสดง ความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้วยตารางการปฏิบัติงานเป็นผลัด พบว่า การหมุนเวียนตารางการปฏิบัติงานเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสังคม ของพยาบาลผู้ที่ไม่พอใจตารางการปฏิบัติงาน

Gillmore (1990) ศึกษาตัวแปรจากสถานที่ปฏิบัติงาน และอันตรายในการประกอบอาชีพที่สามารถพยากรณ์สุขภาพของพยาบาล โดยศึกษา ตัวแปรพยากรณ์สุขภาพของพยาบาลคือ หน่วยงานพยาบาล การปฏิบัติงานเป็นผลัด ตารางการปฏิบัติงาน สภาพการทำงานและอันตรายจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม การสัมผัสเชื้อโรค และความเครียดจากงาน พบว่า ตัวแปรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลปานกลางระหว่างสิ่งแวดล้อมใน

การทำงานกับสุขภาพของพยาบาล คือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความแข็งแรงและการส่งเสริมทางสังคม จากการศึกษาสำรวจในพยาบาล 250 คน ใน 4 หน่วยงาน คือ หน่วยงานวิกฤติ หน่วยงานมะเร็ง ห้องผ่าตัดและ หน่วยโรคจิต พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ การสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากงานและตารางการปฏิบัติงาน ซึ่งตัวแปรการทำงาน พยากรณ์ได้ ร้อยละ 30

Skipper (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นผลัดและความเกี่ยวข้องของสังคมและงาน โดยสำรวจในพยาบาล 463 คนจาก 5 โรงพยาบาล พบว่า ด้านสังคมและงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกายและจิตของพยาบาลคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความร่วมมือของสังคมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นรูปแบบ การทำงานอย่างโดดเดี่ยว การดำเนินงานและงานที่เกี่ยวข้องกับความเครียด แต่พบว่า การปฏิบัติงานเป็นผลัด มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสุขภาพทางกายและจิต

Willamson (1988) ศึกษาผลกระทบของการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพ สรุปอันตรายในการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบ่งอันตรายออกเป็นหลายประเภทคือ

- 1) ผลจากสิ่งแวดล้อมได้แก่ การบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูก
- 2) จากการสัมผัส Antineoplastic Drugs ความเครียดและ การปฏิบัติงานเป็นผลัด
- 3) เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์

สถานที่ทำงานที่มีอันตรายจากเชื้อโรค เช่น โรงพยาบาล และคลินิกห้องทดลอง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องสัมผัสกับเชื้อโรคมก เช่น ไวรัส เชื้อราและแบคทีเรีย เป็นต้น พบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 41 เสียเวลาในการทำงาน เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยร้ายแรงจากการทำงาน (National Safety Council,1989) และพบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีโอกาสสัมผัสสารเคมี เช่น เอททิลีนออกไซด์ ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบและปอดบวม (CDC,1977) นอกจากนี้ พยาบาลมีความเสี่ยงสูงในการใช้ยาและสารเคมีที่ผิด ซึ่งANA (The American Nurses' Association) พบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 6-8 ที่มีปัญหาซึ่งปกติพยาบาลถูกมองว่าไม่มีปัญหาเนื่องจากมีความรู้ดี (Shenk อ้างใน Cookfair,1991:576)

นอกจากลักษณะงานในสถานที่ทำงานของพยาบาลจะมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาล ลักษณะงานในสังคมและวัฒนธรรมไทยยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคือในสังคมและวัฒนธรรมไทยผู้หญิงมีหน้าที่ต้องดูแลครอบครัว หุงหาอาหาร ทำความสะอาดบ้านเรือน เมื่อแต่งงานแล้วต้องดูแลสามี เมื่อมีบุตรก็ต้องเลี้ยงดูบุตร และเนื่องจากปัจจุบันจากปัญหาภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ทำให้ผู้หญิงต้องช่วยหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้ผู้หญิงต้องทำงานในการประกอบอาชีพ 8 ชั่วโมงและต้องกลับมา

ทำงานบ้านอีก ผู้หญิงบางคนต้องทิ้งลูกไปทำงานทำให้เกิดความกังวลในการดูแลลูก ซึ่งความวิตกกังวลทำให้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้จะมีผลเสียต่อสุขภาพแล้วยังทำให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและเกิดความเครียดในการทำงาน(Talento อ้างใน Deloughery,1991:115) นอกจากนี้ Piepins,1997) พบว่า การปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพมีความเสี่ยงต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับอัตราการฆ่าตัวตาย (Piepins,1997:1542)

ฟาริดา อิบราฮิม (2535 อ้างใน งามเอก ล่ามณะ ,2539:18-20)ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพว่า ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลต้องแสดงบทบาทของตน ทั้งที่เกี่ยวข้องผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของวิชาชีพและสังคม นอกเหนือจากบทบาทอื่นที่ต้องแสดงอยู่แล้ว ซึ่งกำหนดด้วย วัชเพศ พัฒนาการของชีวิต บทบาทในครอบครัวและบทบาทอื่นๆในฐานะผู้นำในสังคม ซึ่งบทบาทของพยาบาลเมื่อสัมพันธ์กับผู้ป่วยขณะให้บริการได้แก่ บทบาทให้การดูแล บทบาทครู บทบาทให้การปรึกษา บทบาทผู้นำ บทบาทผู้จัดการ บทบาทผู้ร่วมงาน บทบาทที่ปรึกษาและขอคำปรึกษา บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง บทบาทผู้แทนผู้ป่วย บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม นอกจากนี้พยาบาลซึ่งส่วนมากเป็นผู้หญิงยังต้องมีบทบาทภรรยา บทบาทมารดา บทบาทที่ บทบาทนักเรียน จากการใช้หลายบทบาททำให้เสี่ยงต่อการมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ความตึงเครียดเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด ซึ่งมาจาก ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด และความลำบาก ความตึงเครียดเป็นการตอบสนองภายในของร่างกาย ปัจจัยที่บ่งชี้ว่าก่อให้เกิดความตึงเครียด ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในองค์กร ระบบการดูแลสุขภาพ บทบาทการพยาบาลใหม่ๆ ภาวะเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี (Hardy&Conway,1988) และยังพบว่าการทำงานมากเกินไปทำให้เกิดบทบาทเกินพิกัด (Role Overload) เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เทคโนโลยี ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ความคาดหวังของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น พยาบาลต้องรับผิดชอบมากขึ้น ความยุ่งยากในการปฏิบัติงานทั้งเวลาการปฏิบัติงานเป็นกะ เพิ่มมากขึ้นทำให้พยาบาลอ่อนเพลีย สิ้นหวังและเกิดความลำบากและยังทำให้คุณภาพในการปฏิบัติงานลดลง (Creasia,1991:78)

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผาณิต สกุลวัฒน์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีระยะเวลาการทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 270คน พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่และค่านิยม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.01 ($r=.32$ และ $.49$ ตามลำดับ) อายุและรายได้ มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตการทำงานระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r=.19$ และ $.21$ ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้พิเศษ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ปัจจัยการทำงานได้แก่ การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตน การรับรู้ต่อระบบบริหาร การบริหารจัดการ และสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.41$, $.66$, $.67$ และ $.77$ ตามลำดับ) และปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบริหารจัดการ ตำแหน่งหน้าที่และค่านิยม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานได้ร้อยละ 67.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ (2537) ศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับผู้บริหาร และพยาบาลประจำการ จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 7 โรงพยาบาล อายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 1,000 คน พบว่าพยาบาลผู้บริหาร และพยาบาลประจำการ ออกกำลังกายไม่เป็นประจำร้อยละ 41.8 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 30.8 และร้อยละ 37.7 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพของพยาบาลผู้บริหารและพยาบาลประจำการด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการตรวจสุขภาพ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรร กับผลของการปฏิบัติงานยามวิกาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 329 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 6 โรงพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลด้านร่างกาย ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานยามวิกาลและประเภทหอผู้ป่วย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลด้านจิตใจ ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เจตคติต่อวิชาชีพและภาระหน้าที่รับผิดชอบครอบครัว

ทวิตรี กรีทอง(2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพจำนวน 404 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 พยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน ด้านอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับตำแหน่ง และขนาดของโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงาน ไม่แตกต่างกัน อายุและขนาดของโรงพยาบาล ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน การรับรู้ต่อระบบบริหาร การรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพของตนเอง ค่านิยมทางวิชาชีพ ค่านิยมทางราชการ ค่านิยมทางบริการและตำแหน่งหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Douglas, Meleis and Paul (1997) ทำการวิจัยผู้ช่วยพยาบาลในเม็กซิโก โดยศึกษาผลกระทบของบทบาทหน้าที่ต่อสุขภาพ โดยสำรวจผู้ช่วยพยาบาล 59 คน ในโรงพยาบาลเม็กซิกัน 2 แห่ง พบว่า ความเครียดจากการทำงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ อาการทางร่างกาย ระยะเวลาการขึ้น อาการปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาทางตา การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม และภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ที่ระดับ .05, .05, .01, .01, .05, .01 ตามลำดับ

Peipins,Burnett,Alterman and Lalich (1997) ศึกษาารูปแบบการตายของพยาบาลหญิงในอเมริกา ปี ค.ศ.1984-1990 พบว่า การตายของพยาบาลที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีจากสาเหตุไวรัส ด้บอักเสบ มะเร็งโพรงจมูก อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตายและยา พยาบาลที่อายุ 65ปีและมากกว่า65ปี พบว่ามีการตายจาก Chronic Myeloid Leukemia เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการตายด้วย มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ เบาหวาน และโรคหัวใจของพยาบาล แตกต่างจากอาชีพอื่น

Reeve, Adams and Kouzekanani (1996) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยสำรวจพยาบาลหญิงในเท็กซัส 316 คน พบว่า มีการสูบบุหรี่แพร่หลาย และการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อทัศนคติในด้านการเป็นแบบอย่าง และในด้านการชักจูง เรื่องการไม่สูบบุหรี่ พบพยาบาล สูบบุหรี่ 7 เปอร์เซ็นต์และมีผู้เคยสูบบุหรี่ 26.2 เปอร์เซ็นต์

Marziale and Rozestraten (1995) ศึกษาอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้าทางจิตใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้วย ตารางการปฏิบัติงานเป็นผลัด วิเคราะห์พยาบาล 12 คน ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่แตกต่างกัน พบว่า การปฏิบัติงานโดยหมุนเวียนตารางปฏิบัติงาน เป็นอันตรายต่อสุขภาพและ สังคมของพยาบาล ที่ไม่พึงพอใจตารางปฏิบัติงาน

Morris (1995) สำรวจความสามารถของพยาบาลหญิงที่มีผลต่อประสบการณ์การดำเนินชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 11 คน จากสมาคมรับรองคุณภาพการพยาบาลในเวอร์จิเนีย พบว่า ความสามารถของพยาบาลหญิงมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงาน เพราะผู้หญิงเข้าใจถึงความเหมาะสมระหว่างคุณค่าขององค์กรและคุณค่าของคน

Tsai (1993) ศึกษาความเครียดในการทำงานของพยาบาลจีนในไต้หวัน โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกพยาบาลจีน 3 ใน 10 ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 900 - 2,000 เตียง พบว่าสถานการณ์ในการทำงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลจีน คล้ายกับพยาบาลทางตะวันตก โดยพบว่า การให้พยาบาลเกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน (Workload)

Su HR. (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากงาน คุณลักษณะของบุคคล และการตอบสนองความเครียด ทำการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก 810 คน พบว่าความเครียดจากงาน มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การตอบสนองความเครียดของพยาบาลคลินิก สูงกว่าคนทำงานอื่น ๆ การตอบสนองความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รูปแบบพฤติกรรม Type A สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หน่วยงาน ตำแหน่ง การศึกษา ความเครียดจากงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตอบสนองความเครียด

Beamer (1991) ทำการศึกษาพยาบาล 414 คน สำรวจความเกี่ยวข้อง ของการใช้ยา และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา คือ ความตึงเครียด การถูกลดตำแหน่ง พ่อแม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความขัดแย้งในหลายบทบาท ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลในการพยากรณ์การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คือ ความตึงเครียด ความขัดแย้งในหลายบทบาท มีพ่อแม่ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การถูกลดตำแหน่ง นอกจากนี้ ความตึงเครียด การถูกลดตำแหน่ง พ่อแม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความขัดแย้งในหลายบทบาท มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Mobily (1991) ศึกษาระดับความตึงเครียดและสาเหตุของความตึงเครียดของพยาบาลในมหาวิทยาลัย ศึกษากรุปตัวอย่าง 102 คนทำงาน Fulltime ในมหาวิทยาลัย พบว่า ความตึงเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และต้นเหตุของความตึงเครียดส่วนมากมาจากการทำงาน Overload

Gillmore (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมของการทำงานในโรงพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล และสุขภาพของพยาบาล ตัวแปรเกณฑ์ในการศึกษา คือ สุขภาพของพยาบาล ตัวแปรพยากรณ์ที่ศึกษา คือ สถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานเป็นผลัด ตารางปฏิบัติงาน สภาพการทำงานและอันตรายในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อุบัติเหตุ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม การสัมผัสเชื้อโรคและความเครียดจากงาน ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมการทำงานและสุขภาพของพยาบาลคือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคม จากศึกษานำร่องในพยาบาล 250 คน จากหน่วยงานพิเศษ 4 แห่ง คือ หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยมะเร็ง ห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ตัวแปรการทำงาน สามารถทำนายความแปรปรวนของสุขภาพ 30% ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อุบัติเหตุ/ การบาดเจ็บ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากงานและตารางการปฏิบัติงาน

Skipper (1990) ทดลองหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและจิตของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานเป็นผลัด โดยศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดเช้า ผลัดบ่ายและผลัดกลางคืน จาก 5 โรงพยาบาล จำนวน 463 คน พบว่า ตารางปฏิบัติงานเกี่ยวข้องอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสุขภาพกายและจิตของพยาบาล

Kausch (1988) ทำการศึกษาในพยาบาล 301 คน แต่งงาน 216 คน โสด 85 คน จาก 13 โรงเรียน ในวิสคอนซิน โดยศึกษาความเครียดจากงาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความเครียดในครอบครัว พบว่า ทำงานเฉลี่ย 33.86 ชั่วโมงต่ออาทิตย์ ส่วนมากทำงาน Fulltime มีบุตรเฉลี่ย 2 คน และพบว่า ความตึงเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความตึงเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในครอบครัว

Triolo (1988) ทำการศึกษาในพยาบาล 197 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไอโอวา 11 แห่ง ที่มีเตียง 250 เตียงหรือมากกว่า สํารวจผลกระทบของ ระยะเวลาผลัดปฏิบัติงาน รูปแบบปฏิบัติงานเป็นผลัด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่ามากกว่าร้อยละ 82 ระดับการทำงานเกี่ยวข้องกับความเครียดปานกลางหรือสูง สาเหตุของความเครียดคือ การดูแลคนไข้ ความบกพร่องของการส่งเสริมด้านการบริหาร ความต้องการด้านกายภาพ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และภาระหน้าที่ที่เกี่ยวกับชีวิตและมีรายงานว่า พยาบาลมีระดับความเครียดสูงและส่วนมากมีทัศนคติไม่ดีต่องาน 51 เปอร์เซ็นต์ มีการออกกำลังกายเพื่อลดระดับความเครียด ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเครียดจากงานคือ ระยะเวลาของผลัดปฏิบัติงาน และการรับรู้บทบาทของพยาบาล

Ropka (1988) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพยาบาลในรัฐเวอร์จิเนีย มีรายงานปี ค.ศ.1960 และ 1970 รายงานอัตราการสูบบุหรี่ของพยาบาลสูงกว่าวิชาชีพอื่น และผู้หญิงในอเมริกาและ ค.ศ.1981-1983 อเมริกา สํารวจพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพพบพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์และการรัดเข็มขัดนิรภัยของผู้สูบบุหรี่ ปี ค.ศ.1987 สํารวจสุขภาพพยาบาลในรัฐเวอร์จิเนีย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลอาศัยในเวอร์จิเนีย 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง 2,056 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 1,287 คน พบว่า อัตราพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพคือ สูบบุหรี่ ร้อยละ 15 ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 26.6 ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.2 ดื่มสุราและขับรถ ร้อยละ 2.3 น้่านักเกินมาตรฐานร้อยละ 65.3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติต่อสภาวะการสูบบุหรี่คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร สภาพสมรส ความเครียดและการอาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่ คุณลักษณะวิชาชีพ ได้แก่ การศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และขับรถ สิ่งแวดล้อมจากการทำงาน ได้แก่ สถานที่ทำงาน