บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของชนเผ่าขมุวัยแรงงานในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ชนเผ่าขมุ
2. ภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในวัยแรงงาน

1. ชนเผ่าขมุ

ชนเผ่าขมุเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ตระกูลภาษามอญ - เขมร เป็นสาขาย่อยมอญ - เขมรเหนือ ลักษณะทั่วไปของชนเผ่าขมุคือ มีผิวสีคล้ำ รูปร่างเล็ก ลักษณะเด่นคือ มีความซื่อสัตย์ จงรักภักดี อดทน ขยันขันแข็ง และเคร่งครัดต่อพิธีกรรมถือผีอย่างมาก (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2531) เอกลักษณ์ประจำเผ่า คือ ภาษาพูด ประเพณีวัฒนธรรม และความเชื่อเป็นของตนเอง ชนเผ่าขมุอาศัยอยู่ทางตอนใต้ของประเทศจีน ในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา ตอนเหนือของประเทศเวียดนาม และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีจำนวนชนเผ่าขมุอาศัยอยู่มากที่สุด (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539) คำว่า “ขมุ” แปลว่า “คน” ใช้เป็นชื่อและภาษา แต่เป็นคำที่ชนเผ่าขมุไม่นิยมใช้เมื่อพูดกับบุคคลภายนอก ชาวลาว เรียกชนเผ่าขมุสองคำ คือ คำว่า “ข่า” หมายถึง ข้าทาสผู้รับใช้ ส่วนอีกคำหนึ่งคือ “ขมุ” ซึ่งเป็นคำที่ชนเผ่าขมุไม่ยอมรับ แต่ยอมรับอีกชื่อหนึ่งที่ รัฐบาลลาว ใช้เรียก คือคำว่า “ลาวเทิง” ซึ่งหมายถึง ลาวบนพื้นที่สูง ทั้งนี้เพื่อแยกให้มีความแตกต่างจากคนลาวทั่วไป ซึ่งใช้คำว่า “ลาวลุ่ม” ส่วนลาวสูงเป็นคำที่ใช้เรียกชนเผ่าอื่น ๆ (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2531)

ชนเผ่าขมุมีหลายกลุ่มย่อย มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งจำแนกกลุ่มชนเผ่าขมุตามลักษณะ การใช้ภาษา วัฒนธรรมประเพณี คติความเชื่อ และความเป็นอยู่ เช่น การแต่งกาย พิธีกรรมต่าง ๆ ประเทศไทยมีชนเผ่าขมุสองกลุ่มย่อย คือ ขมุฮอกหรือขมุมกพลาง และขมุลื้อ โดยกลุ่มขมุลื้อเป็นกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอกมาก การยึดถือจารีตประเพณี และความเชื่อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ดั้งเดิมของกลุ่มขมุลื้อมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า ขมุมกพลางหรือขมุฮอก ทั้งในด้านวัฒนธรรมประเพณี การแต่งกาย ภาษา และวิถีชีวิต (ทิพย์สุดา ตั้งตระกูล, 2541) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ทั้งนี้เนื่องจากภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการพัฒนาไม่สมดุลระหว่างเมืองกับชนบทในช่วง 20 – 30 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ชนเผ่าขมุวัยแรงงานได้เคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในเมืองอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ที่อพยพไปทำงานต่างถิ่นมีจำนวนมากเกินกว่าครึ่งของวัยแรงงาน และไม่ได้มีเฉพาะในกลุ่มคนวัยหนุ่มสาวเท่านั้น แต่ยังมีกลุ่มบุคคลผู้ที่มีครอบครัวด้วย การอพยพเคลื่อนย้ายนี้ มีทั้งแบบชั่วคราวในช่วงนอกฤดูกาลเก็บเกี่ยวผลผลิตการเกษตร (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539) กึ่งชั่วคราว และแบบถาวรจากการแต่งงานกับคนพื้นเมืองหรือคนต่างถิ่นที่อพยพไปทำงานดังกล่าว ในขณะเดียวกันได้รับเอาวัฒนธรรม วิถีชีวิตคนเมืองนำมาปฏิบัติพร้อม ๆ กับยึดถือเป็นค่านิยมอย่างแพร่หลาย เกิดการเลียนแบบเอาอย่างกัน (คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลริมโขง, 2548)

แม้ว่าชนเผ่าขมุมีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง และเคร่งครัดในพิธีกรรม แต่อีกด้านหนึ่งการที่ต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวิถีชีวิตกับคนพื้นเมือง และคนในเมือง รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายใต้บริบทกระแสโลกาภิวัฒน์ และโลกไร้พรมแดน ระบบการตลาดทุนนิยมที่มีกลยุทธ์ทางการตลาดที่หลากหลาย มุ่งเน้นผลประโยชน์สูงสุดของตนเอง โดยเฉพาะการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งสามารถเข้าถึงชนเผ่าขมุวัยแรงงานได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เกิดการแข่งขันด้านการบริโภค (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และคณะ, 2547) สังคมชนเผ่าขมุโดยรวมมีแนวโน้มกลายเป็นสังคมบริโภค โดยไม่เป็นไปตามความจำเป็นพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีพฤติกรรมการบริโภคที่มุงเน้นการบริโภคอย่างไม่หยุดยั้ง ยึดถือการบริโภคเป็นความสำเร็จของชีวิต สถานการณ์เช่นนี้ล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคของชนเผ่าขมุวัยแรงงาน ซึ่งยังด้อยโอกาสในหลาย ๆ ด้านโดยได้ยอมรับและเลียนแบบค่านิยม มีการนำมาปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับสภาพวิถีชีวิตของตนเอง โดยได้ส่งผลกระทบทางด้านลบต่อสุขภาพ จิตใจ ครอบครัว และชุมชน (คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลริมโขง, 2548)

ชนเผ่าขมุเข้ามาอาศัยในประเทศไทยเมื่อใด ไม่พบหลักฐานประวัติศาสตร์ที่ยืนยันได้ชัดเจน แต่สันนิษฐานว่าชาวขมุกลุ่มแรกที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทยเกิดขึ้นในช่วงรัชกาลที่ 1 ของราชวงศ์จักรี พบการบันทึกเรื่องราวของชาวขมุครั้งแรกพบในสมัยรัชกาลที่ 5 จากการที่ประเทศไทยได้ยินยอมทำสนธิสัญญาบาวริ่งในปี พ.ศ.2398 และผลของสนธิสัญญาทำให้ประเทศไทยต้องยอมให้ชาวอังกฤษได้รับสัมปทานในการทำป่าไม้ ซึ่งในการนี้มีความต้องการแรงงานจำนวนมาก สนธิสัญญาดังกล่าวได้มีการขยายสิทธิสภาพนอกอาณาเขตของคนสัญชาติอังกฤษโดย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หมายรวมถึงคนในบังคับของคนอังกฤษ ด้วยเหตุนี้ชนเผ่าขมุจึงได้เข้ามาทำงานในฐานะเป็นแรงงานของคนชาวอังกฤษ และได้ตั้งบ้านเรือนอยู่ในดินแดนไทยเรื่อยมา (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539)

ชนเผ่าขมุในประเทศไทยอาศัยอยู่ในหลายจังหวัด เช่น เชียงราย ลำปาง น่าน อุทัยธานี เป็นต้น ส่วนใหญ่ตั้งถิ่นฐานบริเวณชายแดนจังหวัดเชียงรายและจังหวัดน่าน บริเวณที่มีเขตติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ข้อมูลชาวเขา ปี พ.ศ. 2545 พบว่า มีชนเผ่าขมุรวม 10,573 คน (http://fphc.anamai.moph.go.th, 4 เมษายน 2550) ชนเผ่าขมุ ในจังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจำนวนกว่าสามสิบชนเผ่า โดยชนเผ่าขมุในอำเภอเชียงของ เป็นกลุ่มที่อพยพมาจากแขวงไชยบุรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในช่วงหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในปี พ.ศ. 2517 และในระยะต่อมาในปี พ.ศ. 2518 จึงได้อพยพมาตั้งบ้านเรือนอยู่อาศัยในเขตตำบลเวียง และตำบลริมโขง ในปัจจุบัน ชาวขมุในอำเภอเชียงของมีจำนวน 2 หมู่บ้าน และหมู่บ้านทั้งสองหมู่ ตั้งอยู่ใกล้กับหมู่บ้านไทลื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มไทลื้อที่อพยพมาจากแขวงไชยบุรีเช่นเดียวกัน โดยชาวไทลื้ออพยพมาก่อนเล็กน้อย บ้านห้วยกอก หมู่ที่ 14 ตำบลเวียง ตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับบ้านชาวไทลื้อ บ้านห้วยเม้ง หมู่ที่ 6 ตำบลเวียง และบ้านห้วยเย็น หมู่ที่ 7 ตำบลริมโขง ตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับบ้านชาวไทลื้อ บ้านใหม่เจริญ หมู่ที่ 4 ตำบลริมโขง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย (คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลริมโขง, 2548)

ชนเผ่าขมุ นิยมสร้างบ้านเรือนบนพื้นที่ราบระหว่างหุบเขาหรือเชิงเขา ซึ่งจะมีระดับความสูงน้อยกว่าชนชาวเขาเผ่าอื่น ๆ เส้นทางเข้าของหมู่บ้านต้องหันหน้าไปทางทิศตะวันออก ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้คนในหมู่บ้านอยู่เย็นเป็นสุข และเลือกตั้งบ้านเรือนใกล้แหล่งน้ำที่มีน้ำไหลอุดมสมบูรณ์ตลอดทั้งปี การตั้งหมู่บ้าน มีลักษณะถาวร บ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นกระท่อมหลังเล็ก ๆ หลังคามุงด้วยหญ้าคาที่ชนเผ่าขมุทำเองทั้งนี้เนื่องจากชนเผ่าขมุมีฐานะค่อนข้างยากจน โดยปัจจุบันยังพบเห็นครัวเรือนที่มีการสร้างบ้านในลักษณะดังกล่าวเกินครึ่งของหลังคาเรือนทั้งหมดหรือเปล่า (คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลริมโขง, 2548) สำหรับชนเผ่าขมุที่มีฐานะดีส่วนใหญ่สร้างบ้านเรือนด้วยโครงสร้างแข็งแรงและถาวร และส่วนใหญ่มีการสร้างบ้านอาศัยอยู่รวมกันหนาแน่นโดยไม่คำนึงถึงความเป็นระเบียบเรียบร้อย (ทิพย์สุดา ตั้งตระกูล, 2541)

สังคมชนเผ่าขมุโดยทั่วไปมีการยึดถือจารีตประเพณีอย่างเคร่งครัด เพราะเชื่อว่าเป็นแนวทางการนำความสุข ความอุดมสมบูรณ์มาสู่ชีวิตและครอบครัว รวมทั้งยังเชื่อว่าปฏิบัติตนดีทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อบรรพบุรุษจะทำให้อยู่ดีกินดีไม่เจ็บไข้ได้ป่วย มีความเจริญก้าวหน้าในชีวิตและหน้าที่การงาน (ทิพย์สุดา ตั้งตระกูล, 2541) เมื่อฝ่ายชายแต่งงานแล้วถือว่าเป็นสมาชิกของตระกูลฝ่ายหญิง และนับถือผีบรรพบุรุษของตนเองเป็นผีบรรพบุรุษของฝ่ายหญิง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บุตรที่เกิดมาต้องนับถือผีทางฝ่ายมารดา หลังจากทั้งสองฝ่ายได้แต่งงานหรืออยู่กินด้วยกัน ฝ่ายชายต้องย้ายเข้ามาอยู่กับฝ่ายหญิง แต่หลังจากระยะหนึ่งจะมีการแยกครอบครัวออกมาสร้างบ้านเป็นของตนเอง ยกเว้นในกรณีของบุตรหญิงคนสุดท้าย ซึ่งต้องดูแล บิดามารดา และเป็นหน้าที่ของบุตรหญิงคนสุดท้าย โดยได้รับสิทธิเกี่ยวกับมรดก คือ บ้านเรือนของบิดามารดา ส่วนทรัพย์สินของบิดามารดา เงินทอง ที่ดิน และสัตว์เลี้ยง เป็นของบุตรคนสุดท้ายครึ่งหนึ่ง (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539)

ประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ของชนเผ่าขมุมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องผีเป็นหลัก พิธีเลี้ยงผีที่จัดขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัย ความอยู่ดีกินดีของสมาชิกในหมู่บ้านและครัวเรือน (ทิพย์สุดา ตั้งตระกูล, 2541) ชนเผ่าขมุมีความเชื่อในเรื่องผี (animism) และอำนาจเหนือธรรมชาติ (supernaturalism) ซึ่งเห็นได้จากพิธีกรรมเซ่นไหว้ผีเพื่อป้องกันมิให้ผีให้โทษแก่ตนเอง และเป็นการขออำนาจเหนือธรรมชาติ โดยเชื่อว่าผีเหล่านี้สามารถบันดาลความเจริญงอกงามให้แก่ชีวิต และเชื่อว่า ผี คือ ตัวตนอย่างหนึ่งที่มีชีวิตจิตใจไม่ใช่เป็นเพียงความคิดหรือจิตนาการของมนุษย์ แต่เป็นสิ่งที่อยู่เหนือพ้นประสบการณ์ของมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึง และอธิบายเกี่ยวกับผีได้ชัดเจน การที่มนุษย์สามารถรับรู้เรื่องผีต่าง ๆ ได้นั้นเป็นเพราะเจตนาของผีที่จะปรากฏออกมาให้มนุษย์ได้รับมากกว่าจะเป็นประสบการณ์ของมนุษย์ (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539)

ระบบความเชื่อของชนเผ่าขมุเกี่ยวกับผีมีหลากหลาย ได้แก่ เจ้าที่ ผีเจ้าที่หรือผีหลวง ผีหมู่บ้านหรือผีเรือนหรือผีบรรพบุรุษ ผีเตาไฟ ผีพ่อเกิดแม่เกิด ผีป่า ผีไร่ และผีน้ำ เป็นต้น ความเชื่อเกี่ยวกับผีเหล่านี้เชื่อว่ามีผีที่ให้คุณและโทษแก่มนุษย์ได้ทั้งนั้น ขึ้นอยู่กับการประพฤติปฏิบัติของมนุษย์ที่มีต่อผี การลบหลู่ การล่วงละเมิดต่อผี ซึ่งชาวขมุเรียกว่า “ผิดผี” ไม่ว่าจะเป็นการเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม จะทำให้ผีโกรธและลงโทษต่อมนุษย์ การลงโทษมีตั้งแต่ทำให้ตกใจ เจ็บป่วย เดือดร้อน จนถึงการลงโทษที่รุนแรงคือ ทำให้เสียชีวิต ส่วนการทำให้ผีพึงพอใจนั้น ได้แก่ การให้ความเคารพ และการเซ่นไหว้ หรือที่เรียกกันว่า “การเลี้ยงผี” (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539)

ความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ชนเผ่าขมุเชื่อว่ามีอำนาจเหนือธรรมชาติอยู่สองชนิด คือ ขวัญและคุณไสย ซึ่งขวัญถือว่ามีความสำคัญต่อการมีชีวิต ความไม่สบายการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการที่ขวัญจำนวนหนึ่งได้ออกไปจากร่างกายของคนเรา ถ้าหากขวัญยิ่งออกไปมากเท่าใดความเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งมีสาเหตุจากการที่ขวัญออกไปเองและมีการถูกจับออกไป เช่น การตกใจ ประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ทำให้ขวัญออกจากร่างกาย ส่วนการที่ขวัญถูกจับออกไปเกิดจากการกระทำของผีต่าง ๆ เนื่องจากผู้นั้นได้ทำให้ผีโกรหรือไม่พึงพอใจ เช่น การลบหลู่ การรบกวนสถานที่ที่อยู่ของผี และหากขวัญออกจากร่างกายจนหมดสิ้นโดยเหตุอันหนึ่งอันใดหรือทั้งสองกรณี ถือว่าเป็นการตายนั้นเอง หากต้องการให้ขวัญอยู่กับร่างกายเป็นปกติต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สามารถทำได้สองประการ คือ ระวังมิให้เกิดการ ”ผิดผี” และประกอบพิธี “สู่ขวัญ” ส่วนคุณไสยแยกได้สองแบบ คุณไสยขาว คือ คาถาอาคม เพื่อเสริมอำนาจเป็นประโยชน์ในด้านการบำบัดรักษา เช่น กระดูกหัก ถูกงูกัด คุณไสยดำ เป็นอำนาจที่ใช้ทำร้ายผู้อื่น เช่น เสกของมีคมเข้าไปในร่างกาย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตของชนเผ่าขมุมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติสอดแทรกอยู่ในทุกสถาบัน รวมทั้งการประกอบอาชีพ (นิพัทธเวช สืบแสง, 2539)

ชนเผ่าขมุนิยมแต่งงานกับชนเผ่าขมุด้วยกัน แต่พบว่ามีการแต่งงานกับคนนอกชนเผ่าได้ เช่น พื้นเมือง ไทยลื้อ และคนต่างถิ่นที่ไปทำงาน เมื่อคู่บ่าวสาวตกลงแต่งงานกัน ส่วนใหญ่จะทำพิธีที่บ้านฝ่ายชาย ผู้ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบสินสอดทองหมั้นและการจัดเลี้ยงในพิธีแต่งงานทั้งหมด กรณีฝ่ายชายไม่มีค่าสินสอดของหมั้น และการจัดเลี้ยง ฝ่ายชายต้องไปอยู่กับครอบครัวฝ่ายหญิงเพื่อเป็นแรงงานจนกว่าจัดหาสินสอดทองหมั้นตามที่ตกลงกัน รวมทั้งต้องจัดงานเลี้ยงญาติของทั้งสองฝ่ายก่อนจึงจะแยกไปสร้างบ้านเรือนของตนเอง ในกรณีที่ฝ่ายชายตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในจารีตประเพณีของชนเผ่าขมุ จะยินยอมให้น้องชายของสามีที่ตายสามารถแต่งงานกับพี่สะใภ้ของตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ทรัพย์สมบัติของครอบครัวเป็นของผู้ชายคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติสายตรง และยังเป็นประโยชน์ในการดูแลบุตรหลานของครอบครัวของพี่ชายสืบต่อไป (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2531)

การเจ็บป่วยบางกรณีเชื่อว่ามีสาเหตุเกิดจากถูกผีกระทำ โดยผีได้จับเอาขวัญของคนนั้นไว้ ดั้งนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ญาติของผู้ป่วยจะให้หมอดูทำการเสี่ยงทาย ซึ่งชาวขมุเรียกพิธีดังกล่าวว่า “เซาะเมื่อ” เพื่อค้นหาว่าเป็นการกระทำของผีตนใด และขอร้องให้ผีปล่อยขวัญที่ได้จับไว้คืนมาแก่ผู้เจ็บป่วย โดยเสี่ยงทายว่าผีต้องการสัตว์ชนิดใดเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนกับขวัญ ลำดับต่อไปจึงทำพิธีเซ่นไหว้เพื่อทำพิธีส่งสัตว์ไปให้ผี สุดท้ายจึงทำพิธีมัดขวัญให้กับคนป่วย ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการตาย ชาวบ้านทุกหลังคาเรือนจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำพิธีศพ และใช้เวลาประกอบพิธีกรรมประมาณ 2 - 3 วัน ผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านจะช่วยดูแลทางด้านพิธีกรรมต่าง ๆ ส่วนผู้ที่มีความอาวุโสน้อยกว่ามีหน้าที่ช่วยกันจัดเตรียมอาหาร สำหรับกลุ่มชายวัยฉกรรจ์จะช่วยขุดหลุมฝังศพ เนื่องจากประเพณีของชาวขมุไม่นิยมนำศพไปเผา (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2531)

จากสภาพวิถีชีวิตของชนเผ่าขมุวัยแรงงานต้องเผชิญกับการปรับเปลี่ยนในสังคมปัจจุบัน ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคของชนเผ่าขมุวัยแรงงาน ขณะเดียวกันยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้อง โดยพวกเขายังด้อยโอกาสในหลาย ๆ ด้าน มีการปฏิบัติตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับสภาพวิถีชีวิตของตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของชนเผ่าขมุเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการนำไปประกอบการวางแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของชนเผ่าขมุวัยแรงงานต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ

2.1 ภาวะสุขภาพ

การดูแลให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพปกติได้ จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ลักษณะของภาวะสุขภาพปกติ สรุปพอสังเขปดังนี้

2.1.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO cited in Craven & Hirnle, 2000) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มิใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานสถาน (2525) ให้ความหมาย ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย ซึ่งเมื่อพิจารณาคำว่า “ภาวะ” นำหน้าสุขภาพ ความหมายของ “ภาวะ” หมายถึง ความปรากฏ หรือความเป็น ภาวะสุขภาพ จึงหมายถึง สภาพที่ปรากฏเกี่ยวกับสถานะหรือระดับสถานะของบุคคล และเนื่องจาก“สุขภาพ” เป็นนามธรรม หรืออาจเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล การให้ความหมายของสุขภาพต่างกันไปตามความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญา และทัศนคติของแต่ละสังคม วัฒนธรรม (Potter & Perry, 1993)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้นิยาม ภาวะสุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคลโดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์เป็นที่พึงพอใจกับผู้อื่น ขณะที่ต้องปรับตัวเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง และมีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

Orem (1991) ให้ความหมาย “ภาวะสุขภาพ” หมายถึง สภาพของร่างกายมีการทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหรือภาวะที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ของร่างกาย (being whole and sound) ซึ่งไม่เพียงหมายถึงภาวะ ที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ได้รวมถึงความเป็นปกติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โอเรมยังได้อธิบายคำว่า “ภาวะสุขภาพ” ดังนี้ คำว่า “ภาวะ” (state) หมายถึง การที่บุคคลนั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่ เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในความหมายว่า “สบายดี” (well) หมายถึง บุคคลนั้นได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ที่มีการทำงาน ของร่างกายสอดคล้องเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกัน โดยปราศจากการวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบใด ๆ เมื่อพิจารณาการนำคำว่า “ภาวะ” มานิยามถึงสภาพองค์ประกอบ คำว่าภาวะสุขภาพของบุคคลจะแสดงออกมาในการกำหนดถึงลักษณะของบุคคลที่บ่งบอกถึงการมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจงนั้น เช่น การวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต เป็นต้น รายละเอียดเหล่านี้ต้องพิจารณาร่วมกันเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงกระบวนการที่แสดงว่ายังมีชีวิตอยู่ ส่วน คำว่า “sound ” หมายถึง การมี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ร่างกายที่แข็งแรงและปราศจากอาการของโรคและความพิการใด ๆ และคำว่า “whole” หมายถึง การปราศจากอันตราย เมื่อนำคำทั้งสองคำมาใช้ร่วมกันในการพิจารณาสุขภาพ จึงหมายถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของโครงสร้าง และการทำงานของร่างกายมนุษย์ ปราศจากซึ่งความพิการ และมีพัฒนาการของการดำเนินชีวิตไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล ต่อมาโอเรมได้ให้ความหมายสุขภาพโดยสรุปว่า สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ทั้งร่างกาย จิต สังคม และมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง (Orem, 2001)

บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) คำว่า “สุขภาพ” คือสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 มิติ คือ มิติสุขภาพด้านกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนไหว เช่น ประกอบด้วย การเดิน การวิ่ง การปฏิบัติตามบทบาท เช่น การทำงาน การทำกิจกรรมงานบ้านและกิจกรรมยามว่าง มิติด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกทางบวก การควบคุมดูแลตนเอง และความมีพลังในตนเอง มิติด้านสังคม หมายถึงการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม มีกิจกรรมร่วมในสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี (2543) ได้อธิบาย “ภาวะสุขภาพ” หมายถึง ภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

การศึกษานี้ให้ความหมายภาวะสุขภาพ ตามความหมายของ Orem (1991: 2001) และของบรูค และคณะ (Brook et al., 1979) ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายของบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยหรืออาการไม่สบายใด ๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งบุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ มีความสามารถดูแลเหลือช่วยเหลือตนเองได้ปกติ เช่น สามารถรับประทานอาหารได้ การเคลื่อนไหว การเดิน การวิ่ง สามารถควบคุมตนเอง และสามารถการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้

จากความหมายนี้ ผู้ทำการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพชนเผ่าขมุวัยแรงงานโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อให้ทราบระดับภาวะสุขภาพของชนเผ่าขมุวัยแรงงานต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

การให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบหลายมิติ Smith (อ้างในสมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่า มี 4 แนวคิด คือ

(1) แนวคิดทางด้านคลินิก (clinical model) มีแนวคิดว่าบุคคลจะมองระบบสรีรวิทยาสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย และสุขภาพในรูปแบบที่ปราศจากโรค ไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค หรือการบาดเจ็บ

(2) แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (role performance model) รูปแบบนี้มองบุคคลที่ปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนได้ หรือเป็นความสามารถที่บุคคลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่คาดหวังได้ เช่น การทำงาน คำนิยามนี้แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความสามารถปฏิบัติตนตามบทบาทของตนเองได้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี ถึงแม้ว่ามีอาการเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม

(3) แนวคิดทางด้านการปรับตัว (adaptation model) รูปแบบนี้มองสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ โดยมนุษย์มีความกระตือรือร้นและมีการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม

(4) แนวคิดด้านยูไดโมนิสติค (eudaimonistic model) รูปแบบภาวะสุขภาพแบบนี้มีแนวคิดมองสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่ต้องบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง ตระหนักถึงศักยภาพของบุคคลที่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่จนถึงจุดสุดยอด การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลไม่สามารถสามารถพัฒนาสุขภาพของตนเองไปถึงจุดสูงสุดของชีวิตตามความปรารถนา

จากความหมายและแนวคิดของภาวะสุขภาพของบุคคลในสภาวะปกติ จะเห็นว่าการที่บุคคลมีภาวะสุขภาพดี เป็นลักษณะของสภาพที่ร่างกายของบุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดูแลตนเอง มีการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติที่บุคคลโดยทั่วไปปฏิบัติได้ และทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้

ในสภาพวิถีชีวิตประจำวัน บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในวัยแรงงานจะเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางด้านอาหาร ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เพียงพอ ไม่ได้สัดส่วนเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะก่อให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพในวัยแรงงาน ปัญหาสุขภาพที่พบมากในวัยแรงงาน ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะโภชนาการขาด และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1.3 ปัญหาภาวะสุขภาพในวัยแรงงาน

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนชาวไทยปี พ.ศ. 2546 – 2547 พบปัญหาภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะโภชนาการขาด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

(1) ภาวะน้ำหนักเกิน

ภาวะน้ำหนักเกิน(overnutrition) คือ สภาพร่างกายได้รับสารอาหารบางอย่างเกินความต้องการของร่างกาย จึงเกิดการสะสมพลังงาน เนื่องจากรับประทานอาหารในปริมาณเท่าเดิม ขณะที่อัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (ยุพาพิน สิรโพธิ์งาม, 2547) การสะสมสารอาหารบางอย่างไว้ดังกล่าวมีผลให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้ เช่น โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานวัยแรงงานเป็นวัยที่มีปัญหาของการรักษาน้ำหนักตัวที่เหมาะสม เป็นปัญหาจากที่รับประทานอาหารในปริมาณเท่าเดิม แต่มีการออกกำลังกายน้อย ขณะที่อัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง บุคคลที่อ้วนโดยเฉพาะที่เป็นความอ้วนของร่างกายส่วนบน (central obesity) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรในชาย และในหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรภาวะอ้วนทำให้เกิดการดื้อต่ออินซูลิน เกิดอินซูลินในเลือดสูง และเมื่ออินซูลินสูงจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ และยังมีผลกระทบอื่น ๆ เช่น มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดไขมัน ในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคข้ออักเสบและโรคของถุงน้ำดี เป็นต้น (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2547)

ปัจจุบันชายไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 65.5 และหญิงไทยมีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 56 หญิงไทยมีภาวะอ้วนมากกว่าชาย ชายไทยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 23 และหญิงไทยร้อยละ 34 ถ้าใช้เส้นรอบเอวเป็นเกณฑ์การประเมิน พบว่าชายไทยอ้วนลงพุงร้อยละ 15 และร้อยละ 36 ในหญิง (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) และคล้ายคลึงกับการศึกษาของเบญจา มุกตพันธ์และคณะ (2544) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลวัยแรงงานในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 33.3 โดยเพศชายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 5.6 ส่วนเพศหญิงมีมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 40.5 การศึกษาของภัทรา จุลวรรณาและคณะ (2547) พบว่าเพศชายอายุ 35 - 44 ปี เป็นกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาก ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีภาวะอ้วนมากกว่าผู้มีการศึกน้อยกว่า วัยแรงงานหญิงที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน โดยเมื่ออายุมากขึ้นจะมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

(2) ภาวะโภชนาการขาด

ภาวะโภชนาการขาด หรือภาวะโภชนาการต่ำ (overnutrition) คือ สภาพร่างกาย ที่เกิดจากการได้รับสารไม่เพียงพอ หรือปริมาณต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการหรือทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคขาดโปรตีนหรือขาดวิตามิน น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ คือผู้ที่มี ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อเมตรยกกำลังสอง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยเกินไป (underweight) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรค ๆ ที่พบบ่อย คือ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน และโรคโลหิตจาง เป็นต้น ปัจจุบันคนไทยมีปัญหาน้ำหนักตัวน้อยหรือผอมร้อยละ 10 -12 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 11.6 และเพศหญิงร้อยละ 9.6 (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) คล้ายคลึงกับการศึกษาของเบญจา มุกตพันธ์และคณะ (2544) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงผอมร้อยละ 7.2

(3) โรคความดันโลหิตสูง

บุคคลทั่วไปพบโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณร้อยละ 5 -10 ของ และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น รูปแบบการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เปลี่ยนไปตามชาวตะวันตก ภาวะอ้วน การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด (นิภา จรูญเวสม์ อ้างใน สุวิมล สังฆะมณี, 2549) ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย อาจทำให้เสี่ยงต่อโรคของหัวใจสมองไตและเส้นเลือด และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ถือว่ามีความเสียหายต่ออวัยวะเป้าหมาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การลดระดับความดันโลหิตจะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวได้มาก (ณัฐ ภมรประวัติและคณะ, 2547) ปัจจุบันปัญหาความดันโลหิตสูงพบในเพศชาย ร้อยละ 23 เพศหญิงพบร้อยละ 21 พบว่ามีความสัมพันธ์และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

2.2 การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นกระบวนการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระเบียบ และครอบคลุมเพื่อให้ทราบถึงการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อสิ่งรบกวนซึ่งบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ มีความหมาย และความสำคัญดังนี้

2.2.1 ความหมายของการประเมินภาวะสุขภาพ

ความหมายของการประเมินภาวะสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Yura และ walsh (1983) ให้ความหมายว่าเป็นการทบทวนสถานการณ์ของผู้ใช้บริการจากข้อมูลพื้นฐาน เพื่อยืนยันถึงภาวะความอยู่ดีและวินิจฉัยถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เพื่อยืนยันถึงภาวะการเจ็บป่วยและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เพื่อกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาและเพื่อบ่งชี้ถึงลักษณะสุขภาพในผู้เจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ Wilkinson (1996) ได้อธิบายความหมายการประเมินภาวะสุขภาพว่า เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำไปใช้กำหนดปัญหา การวางแผนงานและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นชุดของเรื่องราวหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ โดยผู้ประเมินจะต้องรวบรวมข้อมูล หาความแม่นยำ บันทึกและจัดระบบข้อมูลให้เป็นเรื่อง ๆ เพื่อให้ทราบถึงแบบแผนสุขภาพ การเจ็บป่วยความเบี่ยงเบนที่เปลี่ยนไปจากสภาพปกติ ความสามารถในการปรับตัวและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยมีจุดเน้นที่การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นการเริ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ทำการประเมินหรือผู้ให้บริการกับผู้รับบริการด้วยทักษะการสื่อภาษาและการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสามารถทำได้ทุกที่ทั้งที่บ้าน หรือสถานบริการสุขภาพ และยังสามารถทำการประเมินได้ทุกเพศ ทุกวัย เพื่อทำการเก็บข้อมูลอย่างมีระบบระเบียบทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและแบบแผนการดำรงชีวิต ตลอดจนลักษณะวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการเพื่อที่บุคลากรสาธารณสุขจะได้หาแนวทางแก้ปัญหาต่อไป

อาจสรุปได้ว่า การประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญโดยมีการดำเนินการอย่างมีระบบแบบแผน มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำไปใช้กำหนดปัญหา หรือยืนยันถึงการเจ็บป่วยและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เพื่อกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และเพื่อบ่งชี้ถึงลักษณะสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลประกอบวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ

2.2.2 ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการค้นหาข้อมูลเพื่อศึกษาปฏิกิริยาของผู้ใช้บริการที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลกระทบต่อผู้ใช้บริการโดยตรง ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพจึงมีความสำคัญสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเก็บข้อมูล (data collection) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจร่างกาย เพื่อวิเคราะห์ตัดสิน ระดับสุขภาพ (health status) ปัญหา (problem) และความต้องการ (need) ของผู้ใช้บริการ ก่อนที่จะพิจารณาเลือกแนวทาง หรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อทำการตัดสินว่าบุคคลนั้น ๆ มีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายภาวะสุขภาพและผู้ประเมิน (Ware et al., 1981) การประเมินภาวะสุขภาพเกิดขึ้นภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน และผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นรายบุคคลหรือครอบครัว ที่ร่วมกันทำความตกลงเพื่อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ค้นหาศักยภาพ และเป็นปัจจัยพื้นฐานให้ผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติ โดยคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เกิดความผาสุกในชีวิต ตลอดจนยังเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม (จอม สุวรรณโณ, 2543) โดยจะเป็นการให้บริการของทีมสุขภาพได้มาตรฐานและมีระบบในการให้บริการสอดรับการระบบบริการ การรักษาสิทธิของผู้ใช้บริการในการได้รับข้อมูลและได้รับการบริการที่มีคุณภาพบนฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้อง มีการวางพื้นฐานการบันทึกที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการอ้างอิง การส่งต่อ การประสานงานในทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบริการ การวินิจฉัยมีข้อมูลเพียงพอ และสามารถตัดสินใจวางแผนการให้บริการในขั้นตอนต่อไปได้อย่างถูกต้อง ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพได้รับการยอมรับจากสังคมวิชาชีพด้านสุขภาพ และสังคมผู้ใช้บริการ ส่วนผู้ใช้บริการจะได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและได้ใช้ข้อมูลเป็นหลักในการตัดสินใจ (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2544)

2.2.3 ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ

สิ่งที่ต้องปฏิบัติในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ คือ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดระบบข้อมูล และการบันทึกข้อมูล (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2544 : จารุวรรณ ฤทธิธรรม, 2548)

(1) การเก็บรวมรวบข้อมูล เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องระหว่าง ข้อมูลที่ปรากฏจริงกับพื้นฐานความรู้ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีความรู้พื้นฐานในปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นนั้นอาจละเลย หรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่รวบรวมมา ผู้ประเมินจะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการตามกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ของแต่ละบุคคล แต่ต้องรวบรวมให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งทางด้าน ชีวจิต สังคม ของผู้รับบริการ โดยใช้ความรู้ทักษะที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ซึ่งผู้ประเมินต้องใช้ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ศาสตร์ทางการพยาบาล ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรค เภสัชวิทยา การเจริญเติบโต และพัฒนาการ วัฒนธรรม และประเพณีความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจและสังคม

โดยทั่วไปสามารถทำการประเมินภาวะสุขภาพได้สองวิธี คือ การประเมินทางปรนัย และการประเมินทางอัตนัย อธิบาย พอสังเขป คือ

- การประเมินทางปรนัย (objective measures) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพทางด้าน กายภาพ เป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ของปัจเจกบุคคลโดยใช้วิธีการตรวจเช็คร่างกาย หรือประเมินทางคลินิก (physician - assessed measures) ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ซึ่งประเมินได้จากดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับคอเลสเทอรอล อุณหภูมิร่างกาย ระดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภูมิคุ้มกันโรค (Badura & Kickbusch, 1991) การประเมินภาวะสุขภาพของการศึกษานี้ประเมินภาวะสุขภาพโดยเกณฑ์ดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว และการวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งเครื่องมือทั้ง 3 เป็นเครื่องมือที่ง่ายและมีความไวในการประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีความประหยัดงบประมาณในการค้นหาปัญหาในระดับประชากร (Berger & Williams, 1999) การประเมินแบบปรนัยจะทำให้ทราบถึงพยาธิสภาพ (pathology) และกลุ่มอาการของโรคหรือความผิดปกติที่ได้ตรวจพบ (Sheridan & Radmacher., 1992) โดยมีข้อจำกัด คือ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจวินิจฉัย และการตรวจร่างกายโดยบุคลากรทางการแพทย์ ประสบการณ์ที่แตกต่างกันของบุคลากรในการตรวจส่งผลต่อการวินิจฉัยหลากหลาย ส่งผลให้ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่วนการตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการต้องอาศัยเครื่องมือและค่าใช้จ่ายสูง ถ้าอุปกรณ์หรือเครื่องมือไม่มีมาตรฐานจะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแปรผลของภาวะสุขภาพ (Ware et al., 1981)

การประเมินแบบปรนัยสามารถได้ข้อมูลมาจาก 2 แหล่งใหญ่ ๆ คือ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary source) เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการโดยตรง และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) เป็นแหล่งข้อมูลอื่นที่นอกเหนือจากผู้รับบริการ เช่น สมาชิกในครอบครัวผู้รับบริการ ญาติ หรือบุคคลสำคัญ ๆ ข้อมูลที่ได้จากทะเบียน รายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 วิธี ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การศึกษาจากรายงาน และการสอบถามทีมสุขภาพ ดังนี้

การสังเกต (observation) เป็นวิธีการจัดเก็บรวมรวมข้อมูลโดยการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 มาเป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อแปลความหมายของข้อมูลวิธีการสังเกตทำให้ทราบถึงลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ ความสามารถในการสังเกตขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ทำการประเมิน การสร้างความคุ้นเคยและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

การสัมภาษณ์ (interview) หมายถึง การสนทนาหรือการพูดคุยกันระหว่างบุคคล 2 คน อย่างมีจุดมุงหมาย เป็นการรู้จักบุคคล เรียนรู้เรื่องราวของบุคคลจากการสนทนาจำเป็นต้องใช้ทักษะในการสื่อสาร ภาษาพูด กิริยาท่าทาง ทักษะการฟัง การสร้างสัมพันธภาพ และการสังเกตร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการวางแผนงานที่เหมาะสมต่อไป การสัมภาษณ์ ต้องสร้างบรรยากาศให้เหมาะสม เพื่อการสัมภาษณ์สถานที่สัมภาษณ์ควรเป็นสัดส่วน ขณะสัมภาษณ์ต้องไม่รบกวนสมาธิของผู้ประเมินและผู้รับบริการ สุภาพ ให้ความเคารพ ยอมรับในสิ่ง ที่ผู้รับบริการพูด

การตรวจร่างกาย (physical examination) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมุ่งเน้น ที่สภาพร่างกายของผู้รับบริการ ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลปรนัยที่บ่งบอกถึงสภาวะของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ การตรวจร่างกายเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ และสิ่งที่ตรวจพบในแต่ละอวัยวะ การตรวจร่างกายจะกระทำต่อเนื่องจากการสังเกต และการซักประวัติ การตรวจร่างกายต้องอาศัย เทคนิคการดู (inspection) การคลำ (palpation) การเคาะ (percussion) และการฟัง (auscutation) โดยทำการตรวจและประเมินร่างกายผู้รับบริการตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

การศึกษาจากรายงานผู้ป่วยและรายงานการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ของแพทย์ แฟ้มประวัติของผู้รับบริการจะมีข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด อุจจาระ ปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ รวมทั้งการบันทึกของแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ และการตรวจพบความผิดปกติต่าง ๆ

การสอบถามจากบุคคลในทีมสุขภาพ ผู้รับบริการนั้นได้รับการดูแลจากบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ของทีมสุขภาพ ดังนั้นความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาได้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผลที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการต่อไป

- การประเมินภาวะสุขภาพทางอัตนัย (subjective measures) เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลโดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ (perceived health status) โดยให้เจ้าของสุขภาพเป็นผู้ประเมินสุขภาพของตนเอง (self reported measures) การประเมินประเภทนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เครื่องมือการตรวจวัดหรือแบบสำรวจที่ได้การรับรองมาตรฐาน (สุชาดา ทวีสิทธ์ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) Gulick (1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการสังเกตตนเองตามการรับรู้ต่ออาการ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการพิจารณาตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่าจะส่งผลกระทบ และก่อให้เกิดความกดดันต่อตนเองมากน้อยเพียงใด การประเมินดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีความเกี่ยวข้องกับพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจ อาชีพ สติปัญญา อายุ เพศ และการเรียนรู้ของอารมณ์ของแต่ละบุคคล (Smith et al., 1991)

(2) การจัดระบบข้อมูล (data organization) เป็นขั้นตอนของการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ ทำให้การวินิจฉัยปัญหาได้ง่าย เที่ยงตรง และครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ โดยจัดทำข้อมูลตามกรอบแนวคิดที่ผู้ประเมินใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นแนวทางในสร้างแบบฟอร์มการเก็บรวมรวมข้อมูล การจัดระบบข้อมูล

(3) การบันทึกข้อมูล (data recording) เป็นการนำข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมเสร็จแล้วมาทำการลงบันทึกลงในแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อาจสรุปได้ว่า ประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำไปใช้กำหนดปัญหา หรือยืนยันถึงการเจ็บป่วยและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เพื่อกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และเพื่อบ่งชี้ถึงลักษณะสุขภาพในผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพ โดยผู้ศึกษาประเมินภาวะสุขภาพบุคคลตามความหมายของ บรูค และคณะ (Brook et al., 1997) และของ Orem (1991: 2001) ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่สภาพร่างกายของบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย และจิตใจ สามารถปฏิบัติกิจวัตร ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ มีการดูแลเหลือช่วยเหลือตนเองได้ปกติ

การศึกษานี้ ประเมินภาวะสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ตามความหมายของภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่สภาพร่างกายของบุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีอาการเจ็บป่วยหรืออาการไม่สบายใด ๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ปกติ ร่วมกับการตรวจร่างกาย มีเครื่องมือสามประเภท คือ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการวัดระดับความดันโลหิต (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

(1) ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ได้ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ได้รับความนิยมสูงเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนไขมันและกล้ามเนื้อของร่างกาย หรือน้ำหนักตัวกับความสูง เพื่อประเมินการสะสมพลังงานในวัยผู้ใหญ่ การศึกษานี้กำหนดค่าดัชนีมวลกายปกติมีค่าเท่ากับ 18.5 - 24. 9 กิโลกรัมต่อเมตรกำลังสอง ถ้ามีค่าน้อยกว่า 18. 5 ถือว่านำหนักตัวน้อย ถ้ามีค่าอยู่ในช่วง 25 - 29.9 ถือว่าน้ำหนักเกิน และถ้ามากกว่า 30 ถือว่าอ้วน การมีรูปร่างที่เหมาะสม คือ มีน้ำหนักตัว ที่ได้สัดส่วนกับความสูงไม่มีไขมันในร่างกายมากเกินไปจะนำไปสู่สุขภาพดี จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ พบว่าการที่บุคคลมีน้ำหนักเกิน (overweight) หรือภาวะอ้วน (obesity) มีผลต่อภาวะความดันโลหิต (Macmahon et al., อ้างในอรอนงค์ สัมพัญญู, 2539) โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต ในทางกลับกันหากบุคคลนั้นลดน้ำหนักตัวลงจะมีผลให้ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงลดลงเช่นกัน (Nissanen et al., 1985) น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อโรคและสภาวะต่าง ๆ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความต้านทานต่ออินซูลินมีความเสี่ยงต่อโรคของถุงน้ำดี โรคหัวใจหลอดเลือด มีปัญหาการหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ในขณะนอนหลับ โรคมะเร็งต่าง ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก ลำไส้ใหญ่ ไต ปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะเจริญพันธุ์เสื่อม และพบว่ามีผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ถ้ามีน้ำหนักตัวน้อย จะมีผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคเช่นเดียวกัน ได้ แก่ การขาดสารอาหารต่าง ๆ โรคกระดูกพรุน ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การตรวจวัดน้ำหนักและส่วนสูงของการศึกษานี้ ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักถ่วงลูกตุ้มพร้อมที่วัดส่วนสูง มีแผ่นเหล็กสำหรับยืน มีคานและตุ้มน้ำหนักเลื่อนไปมาสำหรับชั่งเป็นกิโลกรัม มีค่าความละเอียดเป็นเศษหนึ่งส่วนสิบของกิโลกรัม และใช้ตุ้มน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และ 5 กิโลกรัม เป็นมาตรฐานในการตั้ง โดยตรวจสอบทุกวันก่อนทำการชั่งน้ำหนักกลุ่มตัวอย่าง ถ้าหากตรวจพบว่าเครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดผิดพลาดมากกว่า 0.2 กิโลกรัม ต้องตรวจสอบและแก้ไขลงในสมุดบันทึกทุกครั้ง โดยการตั้งน้ำหนักไปที่ 0 และดูว่าคานอยู่ในภาวะสมดุลหรือไม่ และชั่งลูกตุ้มมาตรฐานว่าค่าที่ได้นั้นผิดจากน้ำหนักลูกตุ้มเท่าไร หากผิดไปมากกว่า 0.2 กิโลกรัม ต้องบันทึกการตรวจสอบและแก้ไขลงในสมุด ในขั้นตอนการชั่งน้ำหนัก ให้แนะนำให้ผู้รับการตรวจชั่งน้ำหนักถอดเสื้อที่มีน้ำหนักมาก เช่น เสื้อนอก ถอดรองเท้า และเอาสิ่งของออกจากเสื้อผ้าให้หมด โดยให้ผู้รับการชั่งน้ำหนักยืนบนตรงกลางเครื่องชั่งน้ำหนัก เลื่อนลูกตุ้มเครื่องชั่งน้ำหนักจนกระทั่งคานอยู่ในภาวะสมดุล และบันทึกค่าที่วัดได้ให้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม ส่วนการวัดส่วนสูงต้องให้ผู้รับการวัดส่วนสูงยืนโดยหลังแนบกับที่วัดส่วนสูงให้ศีรษะด้านหลัง สะโพก น่องและส้นเท้าต้องแนบกับผนังที่วัด สังเกตว่ารูหูต้องอยู่ระดับเดียว กับโหนกแก้ม และมองตรง ไปข้างหน้า เลื่อนแผ่นวัดความสูงให้กดทับศีรษะจนกระทั่งผมแบนราบ ทำการบันทึกค่าที่อ่านได้ให้ละเอียดจนถึง 0.1 เซนติเมตร

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับของดัชนีมวลกายโดยใช้ความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จากที่ได้มีการศึกษาวิจัย และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มของดัชนีมวลกายตามการเสี่ยงต่อโรค ซึ่งจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพของวัยแรงงานชนเผ่าขมุในการศึกษานี้ ดังข้อมูลต่อไปนี้ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

เกณฑ์	ค่าดัชนีมวลกาย BMI (Kg / M^2)	การเสี่ยงที่เกิดปัญหาสุขภาพ
น้ำหนักน้อย	< 18.5	เพิ่มขึ้น
น้ำหนักปกติ	18.5 – 24.9	เสี่ยงน้อย
น้ำหนักเกิน	25.0 – 29.9	เพิ่มขึ้น
อ้วน ระดับ 1	30.0 – 34.9	เสี่ยงสูง
อ้วน ระดับ 2	35.0 – 39.9.	เสี่ยงสูงมาก
อ้วน ระดับ 3	≥ 40	เสี่ยงสูงสุด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(2) ดัชนีเส้นรอบเอว

ดัชนีเส้นรอบเอว (waist circumference) เป็นดัชนีเพื่อใช้ในการจำแนกภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีดัชนีอีกอย่างหนึ่ง คือ “เส้นรอบเอว” หรือเป็นดัชนีเพื่อประเมิน

ความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) หรือมีไขมันในช่องท้องมากเกินไป เป็นการจำแนกการเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับภาวะน้ำหนักตัวที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับปริมาณไขมันในช่องท้องโดยตรง การใช้ดัชนีมวลกายมีจุดอ่อน คือประเมินผลรวมของน้ำหนักของร่างกายทั้งหมดรวมทั้งกล้ามเนื้อและไขมันเข้าด้วยกัน การวัดรอบเอวเป็นการวัดโดยตรงถึงขนาดไขมันที่ช่องท้อง ซึ่งมีมากน้อยตามขนาดรอบเอว และถ้าหากไขมันมีมากเท่าใดจะมีโอกาสแทรกซึมไปในกระแสโลหิต กระตุ้นให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง การดื้อของอินซูลิน ดังนั้นเส้นรอบเอวจึงเป็นเครื่องมือในการวัดความเสี่ยงต่อโรคได้ดีขึ้น และสามารถแยกผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแต่เส้นรอบเอวไม่เกิน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความเสี่ยงน้อยกว่า

ในการเฝ้าระวังโรคในวัยแรงงาน และวัยอื่น ๆ ได้นำการวัดรอบเอวเพื่อประเมินการสะสมของไขมันที่บริเวณรอบเอว เพื่อใช้เป็นดัชนีบ่งชี้ความเสี่ยงโรคเบาหวาน (Daniel, M et al., 1999) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่ส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเพิ่มขนาดของเส้นรอบเอว (Duncan B et al., 1995) และผลการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินทั้งชายและหญิงที่มีไขมันหน้าท้องมากกว่าปกติ โดยหลังจากการให้คำแนะนำการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารในระยะหนึ่ง ทำให้ช่วยลดรอบเอวได้ ซึ่งสามารถลดอัตราเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่กล่าวข้างต้นได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (Wing R et al., 1992)

วิธีการวัดเส้นรอบเอวสามารถทำได้ด้วยกำหนดจุดกึ่งกลางระหว่างขอบล่างสุดของซี่โครงล่างสุด (lower costal margin) กับขอบบนของกระดูกสะโพก (iliac crest) โดยพันสายวัดรอบตัวให้อยู่ในแนวระดับ โดยให้ผู้รับการวัดถอดเสื้อออก ให้สวมเฉพาะชุดชั้นใน ถ้าหากไม่สามารถปฏิบัติ เนื่องจากถูกปฏิเสธ ให้วัดรอบเอวโดยที่ผู้รับการวัดยังสวมเสื้ออยู่ ผู้ที่ถูกวัดอยู่ในท่ายืนแยกขาเล็กน้อยประมาณ 12 - 15 เซนติเมตร แนะนำให้ผู้รับการตรวจวัดยืนโดยให้น้ำหนักตัวลงที่เท้าทั้งสองข้าง ผู้ทำการวัดต้องยืนหรือนั่งอยู่ด้านข้างของผู้รับบริการ จากนั้นใช้เทปวัดทาบไปผ่านจุดนั้นให้รอบเอวไม่ให้บีบรัด ผู้รับการวัดหายใจปกติ และให้อ่านค่ารอบเอวขณะที่ผู้รับการวัดหายใจออกจังหวะสุดท้าย ต้องระวังไม่ให้ผู้รับการวัดแขม่วท้อง และผู้วัดจับสายวัดให้กระชับ และตรวจดูสายวัดอยู่ในแนวระดับ และความตึงของสายวัดขณะที่อ่านค่ารอบเอว ซึ่งผู้วัดสามารถสอดนิ้วได้ 1 นิ้ว ระหว่างเอวของผู้ถูกวัดกับสายวัดได้ในช่วงที่อ่านค่าและบันทึกค่าที่วัดได้ให้ละเอียดถึง 0.1 เซนติเมตร และทำการบันทึกค่าที่ได้ทันที เกณฑ์การประเมินเส้นรอบเอวที่เหมาะสมคือ ผู้ชายเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร และหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร โดยใช้เป็นเกณฑ์การประเมินของการศึกษานี้ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเสี่ยงต่อโรคเพิ่มขึ้น	เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)
เพิ่มขึ้น	ชาย $\geq$ 90 เซนติเมตร
	หญิง $\geq$ 80 เซนติเมตร
เพิ่มมากขึ้น	ชาย $\geq$ 102 เซนติเมตร
	หญิง $\geq$ 88 เซนติเมตร

(3) การวัดระดับความดันโลหิต

การวัดระดับความดันโลหิต (blood pressure) มาตรฐานวิธีวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องแม่นยำเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับการประเมินค่าความดันโลหิต ซึ่งขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ การปฏิบัติตามขั้นตอนการวัด และการอ่านค่าได้ถูกต้อง เพราะระดับความดันโลหิต ของแต่ละบุคคลแปรผันได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกและภายในร่างกาย เช่น อาหาร สภาพจิตใจ กิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม การวัดความดันโลหิตต้องควบคุมทำการปัจจัยเหล่านี้ให้มีความผันแปรน้อยที่สุด เพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตที่ได้จากการสำรวจมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ดังนั้นการปฏิบัติตามมาตรฐานของการวัดอย่างเคร่งครัดจะช่วยทำให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากวิธีการวัดน้อยที่สุด โดยสามารถช่วยในการประเมินค่าความดันโลหิตของประชากรได้อย่างแม่นยำและมีความน่าเชื่อถือ สำหรับการวัดความดันโลหิตในการศึกษาภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างชนเผ่าขมุวัยแรงงานนี้ ทำการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดแบบปรอท ฟังเสียงจากหูฟังด้านระฆัง (bell) ตำแหน่งที่วัดคือบริเวณต้นแขนขวา ยกเว้นกรณีใช้แขนขวาไม่ได้ และทำการวัดความดันโลหิตจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที

ข้อปฏิบัติของผู้รับการตรวจวัดความดันโลหิต คือ ก่อนเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิต 1 ชั่วโมง ให้ผู้จะทำการตรวจวัดความดันโลหิตให้งดอาหารเครื่องดื่มทุกชนิด ยกเว้นการดื่มน้ำเปล่า ปัสสาวะก่อนเข้ารับการตรวจ ผู้รับการตรวจต้องไม่ได้รับความเจ็บปวดร่างกายก่อนเข้ารับการตรวจ 1 ชั่วโมง ให้ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างให้งดออกกำลังกายหรือการออกแรงมาก อย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการตรวจ ให้นั่งพักอย่างสงบอย่างน้อย 5 นาทีก่อนเข้ารับการตรวจ ไม่ให้สวมใส่เครื่องแต่งกายอย่างแน่นจนรู้สึกอึดอัด รวมทั้งนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงและให้นั่งในท่าที่สบายไม่อึดอัด (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

การศึกษานี้กำหนดการแบ่งกลุ่มระดับความดันโลหิตใช้เกณฑ์ตาม Sixth Joint Naitonal Committee (JNC) on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure of the National Institutes of Health มีดังนี้ (Kaplan et al., 1998)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระดับความดันโลหิต		ความดันตัวบน (ม.ม.ปรอท)	ความดันตัวล่าง (ม.ม.ปรอท)
ความดันโลหิตปกติ		< 130	< 85
ความดันโลหิตปกติ (ค่อนข้างสูง)		130 – 139	85 – 89
ความดันโลหิตสูง	ระดับ 1	140 – 159	90 – 99
	ระดับ 2	160 – 179	100 – 109
	ระดับ 3	ตั้งแต่ 180 ขึ้นไป	ตั้งแต่ 110 ขึ้นไป
ความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบน		ตั้งแต่ 140 ขึ้นไป	น้อยกว่า 90

เกณฑ์วัดระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงทำการพิจารณาจากค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง โดยถือระดับความดันโลหิตที่สูงนั้นเป็นเกณฑ์ เช่น เมื่อความดันโลหิตที่วัดได้เท่ากับ 170 / 90 ม.ม.ปรอท บุคคลนี้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ในบุคคลที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 140 ม.ม.ปรอท และความดันตัวล่างน้อยกว่า 90 ม.ม.ปรอท จะจัดเป็นกลุ่มที่ค่าความดันตัวบนสูงอย่างเดียว (Kaplan et al., 1998)

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในวัยแรงงาน

3.1 ความหมายพฤติกรรม

การให้นิยามพฤติกรรมของมนุษย์ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมาย ดังนี้

พฤติกรรม หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์สิ่งของ สภาวะต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้า (Anderson and Carter : 1974 อ้างในพัฒนา อินทะไชย, 2545) ซึ่ง Twaddle (1981) อธิบายคำว่าพฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสภาพของสังคม วัฒนธรรม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวัง ของบุคคลรอบตัว และสถานการณ์นั้น ๆ รวมถึงประสบการณ์ในอดีต ซึ่ง ชุดา จิตพิทักษ์ (อ้างใน เฉลิมพล ตันสกุล, 2541) ให้ความหมาย “พฤติกรรม” หมายถึง การกระทำของบุคคลนั้น ๆ ไม่รวมสิ่งที่ปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสิ่งที่อยู่ในใจของบุคคลและบุคคลภายนอกไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น คุณค่าที่บุคคลยึดถือเป็นหลักในการประเมินสิ่งต่าง ๆ ทัศนคติหรือเจตคติที่บุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ ความคิดเห็น รสนิยม และสภาพจิตใจ ถือได้ว่าเป็นลักษณะของบุคลิกภาพของบุคคล เป็นเหตุปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรม เช่นเดียวกับความหมายของพฤติกรรมที่ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2536) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ ก็ตาม เช่น การเดิน การพูด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ทั้ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ อีกประการหนึ่งคือด้านภายนอกของร่างกาย ที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งจะต้องมีสาเหตุอาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกัน (กุลธิดาพร กีฬาแปง, 2548)

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่บุคคลได้กระทำหรือมีการปฏิบัติ โดยเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งเป็นการแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งที่สังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

3.2 ความหมายพฤติกรรมเสี่ยง

Gochman (1988) ได้อธิบายความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ที่หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่เคย มีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อรักษาภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายที่มาจากอุบัติเหตุ และ Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยพัฒนาระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่ง Kasl และ Cobb (1996) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดีไม่มีอาการของโรค ด้วยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่ง Harris และ Guten (1979: cited by Kulbok et al., 1988) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ด้านทันตสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมบริโภคสารที่เป็นอันตราย หรือไม่เหมาะสม (การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่) พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (การบริโภคเนื้อในปริมาณพอดี และการบริโภควิตามิน) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การนอนหลับอย่างเพียงพอ) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นพฤติกรรมทางบวกต่อสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมสิ่งแวดล้อม โดยที่ผู้กระทำอาจทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ (Jessor et al., 1991) มัลลิกา มัติโก (2534) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมเสี่ยงเป็นพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพรรณ ศิลปสุวรรณ (2541) ได้นิยามศัพท์ คำว่า “พฤติกรรมเสี่ยง” คือ กิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่บุคคลได้กระทำขึ้น โดยเชื่อว่าจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กลับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กลายเป็นอันตรายต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะป้องกันสภาวการณ์หรือปกป้องคุ้มครองสุขภาพ ตั้งแต่อยู่ในสภาพที่ยังไม่มีอาการใด ๆ เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรรมเสี่ยง เป็นการกระทำใด ๆ หรือการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามที่บุคคลได้กระทำขึ้น ซึ่งก่อให้ให้เกิดอันตรายต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพ โดยที่ผู้กระทำอาจทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีลักษณะการปฏิบัติที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ซึ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาได้กำหนดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพไว้ 6 ด้าน คือ การบาดเจ็บของร่างกาย การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดให้โทษ การมีเพศสัมพันธ์ และการออกกำลังกาย (CDC, 2001) การศึกษานี้ผู้ทำการศึกษาได้นำประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของชนเผ่าขมุต่อไป

3.3 ด้านการบริโภคอาหาร

3.3.1 ความหมายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร

World Health Organization (1995) ได้ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (food consumption behavior) หมายถึง การประพฤติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน โดยการกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมคนเราเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การติดต่อสื่อสาร สื่อโฆษณา เป็นต้น

Sanjur (อ้างในกมลวรรณ เตชะฟอง, 2548) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ซึ่งประกอบด้วยการบริโภคอาหาร ความชอบในการรับประทานอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร (Jessor et al., 1991)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทั้งที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่การ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

รับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนเหมาะสม และไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รวมทั้งการบริโภคที่เกินความจำเป็น โดยที่ผู้กระทำเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี แต่กลับกลายเป็นอันตรายต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพ หรืออาจทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้

ปัจจุบันการแข่งขันในระบบธุรกิจอาหาร มีการโฆษณาซึ่งกระตุ้นการบริโภคโดยใช้เป็นกลยุทธ์ทางการตลาด เกิดความต้องการเทียม ทำให้มีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารซึ่งไม่ได้เป็นไปตามความต้องการพื้นฐาน แต่เป็นการบริโภคตามของโฆษณา พร้อมกับพัฒนาค่านิยมตามความทันสมัย กระแสบริโภคนิยมกลายเป็นวิถีชีวิตของคนสมัยใหม่ มีการบริโภคอย่างไม่หยุดยั้ง พฤติกรรมเหล่านี้ดำเนินไปภายใต้กลไกการตลาด การบริโภคจนเกินตัวกลายเป็นดัชนี ชี้วัดความเจริญความสุขความสำเร็จ คนส่วนใหญ่ยึดโยงความสัมพันธ์ บนรากฐานผลประโยชน์ นอกจากนี้วิถีชีวิตที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ตรึงเครียด มีการแข่งขันเพื่อความอยู่รอดโดยละเลยการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และคณะ, 2547) จึงทำให้ชนเผ่าขมุวัยแรงงานมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการบริโภคอาหาร มีบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ

3.3.2 พฤติกรรมบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ

ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมีพื้นฐานมาจากการที่บุคคลได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน สะอาด มีสัดส่วนเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย แต่จากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร พบว่าปัจจุบันชนเผ่าขมุวัยแรงงานมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการบริโภคอาหาร ดังนี้ (ชุลีพร ศรศรี, 2541; ศิริพร ปาระมะ, 2545; กนิษฐา ธรรมพิทักษ์, 2543)

(1) พฤติกรรมการอดอาหารบางมื้อ ในกลุ่มวัยแรงงานโดยเฉพาะเพศหญิงมีความวิตกกังวลเรื่องรูปร่างมาก เนื่องจากผู้หญิงกลัวความอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกิน

(2) พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีบริโภคอาหารที่บ้านน้อยลง เนื่องจากภาวะเร่งรีบในชีวิตประจำวัน

(3) พฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ อาจมีสาเหตุมาจากความไม่ชอบหรือนิสัยการบริโภคที่ชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ แป้ง และน้ำตาลมาก

(4) พฤติกรรมการเบื่ออาหาร หรือไม่อยากรับประทานอาหาร ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น ผิดหวัง เสียใจ เป็นต้น

(5) พฤติกรรมการรับประทานอาหารจุบจิบ ไม่เป็นเวลาและชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ลูกอม ขนมหวาน น้ำอัดลม ไอศกรีม ของคบเคี้ยว ขนมอบกรอบต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นการบริโภคเกินความจำเป็น ทำให้เกิดโรคอ้วนและฟันผุได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(6) . มีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับอาหาร เพราะปัจจุบันการโฆษณาสินค้าอาหารประเภทต่าง ๆ ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการการบริโภคของวัยแรงงานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการโฆษณาอาหารสำเร็จรูป อาหารฟาสท์ฟูด (fast food) ขนมอบกรอบ และน้ำอัดลม เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้ไม่ควรรับประทานเป็นประจำ เพราะเป็นสารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต มากเกินไป มีสารอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่น้อย

การรับประทานอาหารเค็มทำให้มีระดับเกลือโซเดียมในร่างกายมากเกินไป จะเกิดการกักน้ำไว้ในร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง และการได้รับสารอาหารประเภทไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป ทำให้เกิดอาการของกลุ่มโรคที่เกิดจากความเจริญ (disease of civilization) เช่น ฟันผุ เบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น ส่วนการดื่มชา กาแฟ หรือน้ำอัดลมประเภทโคล่า มีสารคาเฟอีน ประมาณ 50 – 150 มิลลิกรัม /แก้ว ซึ่งร่างกายไม่ควรได้รับเกิน 250 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้ท้องผูก นอนไม่หลับ น้ำตาลในเลือดสูง และคอเลสเทอรอลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาหารที่มีการปรุงรสจนมีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เป็นต้น อาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น อาหารจำพวกนี้มีรสเปรี้ยว และยังมีส่วนผสมของเกลือทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องเกี่ยวข้องกับการเป็นสาเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ภาวะเกี่ยวกับน้ำหนักตัวทั้งน้ำหนักน้อยคือผอมเกินไป หรือน้ำหนักมากเกินไป ล้วนมีผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการเกิน หรืออ้วนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมากกว่าการขาดสารอาหาร กลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน (ชุลีพร ศรศรี, 2541) ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทางกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคถุงน้ำดี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) ในทางตรงกันข้ามการรับประทานอาหารที่น้อยเกินไปเพราะต้องการลดน้ำหนัก หากผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติแล้วยังมีการลดน้ำหนักอาจจะเป็นอันตรายได้ ซึ่งวิธีการลดน้ำหนักที่นิยมใช้ ได้แก่ รับประทานอาหารปริมาณน้อย งดอาหารบางมื้อ รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ รับประทานอาหารเฉพาะผักและผลไม้ หรืออาหารที่มีโปรตีนเท่านั้น รับประทานแล้วอาเจียน และใช้ยาระบายเป็นประจำ ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นวิธีลดน้ำหนักที่อันตรายเมื่อปฏิบัติเป็นเวลานาน เนื่องจากทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ขณะเดียวกันอาหารชนิดเดียวกันไม่สามารถให้สารอาหารทุกชนิดที่ร่างกายต้องการ และการใช้ยาระบายเป็นประจำ จะมีผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากสารอาหารหลายชนิดจะถูกขับออกมาก่อนที่จะมีการดูดซึม (ชุลีพร ศรศรี, 2541)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการไม่ดี (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2544 อ้างในกมลวรรณ เตชะฟอง. 2548) เนื่องจากอาหาร กล่าวคือ มีการรับประทานเป็นอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ในขณะที่ร่างกายปกติดีและสามารถใช้สารอาหารที่รับประทานได้เต็มที่มีสาเหตุเกิดรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องมาจากปัจจัยทางสังคม ประเพณี ความยากจน สภาวะแวดล้อม และความเชื่อ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี อีกประการหนึ่ง คือ การที่สภาพร่างกาย การรับประทานอาหารได้ครบถ้วน แต่สภาพแวดล้อม และสภาพร่างกายผิดปกติ ทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ เกิดภาวะโภชนาการที่บกพร่อง

3.3.3 แนวทางการบริโภคอาหารในวัยแรงงาน

การรู้จักหลักการเลือกบริโภคอาหารอย่างเพียงพอและถูกสัดส่วน ทำให้ร่างกายแข็งแรง กองโภชนาการและสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้แนวทางการบริโภคโดยเน้นถึงความหลากหลาย ของประเภทอาหารที่บริโภค เพื่อทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสม ดังนี้ (นัยนา หนูนิล, 2543)

(1) บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ให้ครบทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง บริโภคอาหารแต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย พร้อมกับหมั่นดูแลน้ำหนักตัว ซึ่งอาหาร 5 หมู่ มีดังนี้

หมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง อาหารจำพวกนี้ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย

หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน โดยส่วนใหญ่ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตมีประโยชน์ด้านให้พลังงาน ทำให้เรา ทำงานและมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

หมู่ที่ 3 ได้แก่ พืชผักใบเขียวทุกชนิด ให้สารอาหารเกลือแร่ และวิตามิน และน้ำ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง

หมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ ให้สารอาหารประเภทเกลือแร่ และวิตามิน

หมู่ที่ 5 ได้แก่ น้ำมันหรือไขมัน ที่ได้จากพืชหรือสัตว์ก็ได้

2. รับประทานข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ ข้าวควรเป็นข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องที่ขัดสีแต่น้อย เนื่องจากมีคุณค่าทางสารอาหารและกากใยอาหารปริมาณสูง

3. รับประทานผักและผลไม้ให้มีความหลากหลาย และมากเป็นประจำ เน้นพืชผักใบเขียว และเหลือง ผลไม้ควรเน้นผลไม้ที่ไม่หวาน

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

5. ดื่มนมทุกวันในปริมาณที่เพียงเหมาะสม โดยควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด

8. การรับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากสารปนเปื้อน โดยควรเลือกอาหารที่สด ซื้อผักผลไม้ที่ไม่สวยงามมากนัก และควรเน้นการรับประทานผักพื้นบ้าน

9 . งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

นอกจากนี้การได้รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ประจำทุกวัน อาหารประเภทนี้มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยมีผลในด้านเป็นปัจจัยคุ้มครอง ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง มะเร็งปอดและมะเร็งของทางเดินอาหาร จากผลการศึกษาภาระโรคขององค์การอนามัยโลกโดยวิเคราะห์และสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ พบว่า ถ้ามีการบริโภคผัก และผลไม้เพิ่มขึ้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จะลดภาระโรคของโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดหัวใจในสมองตีบได้ร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ซึ่งผักและผลไม้ไม่รวมพืชผักที่มีแป้งในปริมาณมาก เช่น มันเทศ มันฝรั่ง การบริโภคที่เหมาะสม คือ ระหว่าง 400 - 600 กรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งคิดเป็นถ้วยมาตรฐาน ควรบริโภควันละ 5 - 7.5 ถ้วยมาตรฐาน วัยแรงงานไทยควรมีการบริโภคประมาณ 600 – 650 กรัมต่อคนต่อวัน พบว่าปัจจุบันคนไทยยังบริโภคผักและผลไม้ปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐานกำหนด คือ ต่ำกว่า 5 ถ้วยมาตรฐาน โดยชายไทยบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 80 และหญิงไทยร้อยละ 76 การเปรียบเทียบการบริโภคผักและผลไม้เป็นหน่วยมาตรฐานซึ่งใช้ในการศึกษานี้ (1 ถ้วยมาตรฐาน = 80 กรัม) มีเกณฑ์ คือ ผลไม้ 1 หน่วยมาตรฐานได้แก่ มะละกอหรือแตงโมหรือสับปะรด 6 – 8 ชิ้น, กล้วยน้ำว้า 1 ผล, กล้วยหอม ½ ผล, ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่, และเงาะ 4 ผล เป็นต้น ประเภทผัก 1 ถ้วยมาตรฐาน ได้แก่ ผักที่ปรุงแล้ว ½ ถ้วย, ผักสด 1 ถ้วย, ผักสลัด 1 ถ้วย และ น้ำผัก ½ ถ้วย (เยาว์รัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

3.4 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.4.1 ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลก(WHO, 1994) ให้ความหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่าเป็นของเหลวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ชนิดดื่ม หรือเอทานอล ส่วนใหญ่ได้มาจากการหมัก (fermentation) เช่น เบียร์ ไวน์ ไซเดอร์ สาเก หรือจากการหมักแล้วกลั่น เช่น วิสกี้ รัม และบรั่นดี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง สารอินทรีย์ชนิดหนึ่ง ลักษณะเป็นของเหลวใสกลิ่นฉุน ระเหยง่ายมีจุดเดือด 78.5 องศาเซียลเซียส ชื่อเต็ม คือ เอทิลแอลกอฮอล์ แต่เรียกสั้น ๆ ว่า แอลกอฮอล์ โดยปกติเกิดจากการหมักสารประเภทแป้ง เมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้เกิดอาการมึนเมาได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามความหมายของร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2550 มาตรา 3 ให้ความหมาย “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” หมายถึง สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และความหมาย “ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” หมายถึง บุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์จนก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ จนถึงขนาดมีความบกพร่องในหน้าที่ การดื่มที่จะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้น และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการแสดงการขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร่างกาย

แอลกอฮอล์ในสุรา หมายถึง เอทิลแอลกอฮอล์ที่บริโภคได้แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้นไม่รวม ถึงแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ๆ ที่บริโภคไม่ได้ เช่น เมทิลแอลกอฮอล์ ฉะนั้นคำว่าแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2593 ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2546 หมายถึง แอลกอฮอล์ที่ใช้ทำสุรา และรวมถึงสุราแช่ สุรากลั่น และเชื้อสุราด้วย (ฝ่ายวิชาการสูตรไพศาล, 2546)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการบริโภคแอลกอฮอล์ หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ สุราพื้นบ้าน สาโท เหล้าอุ การศึกษานี้มุ่งศึกษาในด้านระยะเวลา สาเหตุ และความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.4.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์ หรือที่คนไทยเรียกว่า สุรา หรือเหล้าเป็นสารที่ได้จากกระบวนการหมักน้ำตาล (เช่น จากข้าว องุ่น ข้าวโพด) กับยีสต์ เกิดเป็นสารชนิดหนึ่งที่เรียกว่า เอทานอล (ethanol) ซึ่งเป็นสารประกอบหลักในเครื่องดื่มประเภทสุรา แต่การที่จะดื่มเอทานอลที่บริสุทธิ์ไม่สามารถดื่มได้ จึงต้องมีส่วนผสมเพื่อให้มีรสชาติดี (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกิน 60% ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถดื่มได้ (เป็นเกณฑ์กำหนดของสากลทั่วไป แต่ของคนไทยครอบคลุมถึงปริมาณไม่เกิน 80%) จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่างกัน สุรา (liquor) หรือ เหล้า (spirit) เช่น เหล้าขาว วิสกี้ (แสงทิพย์ แม่โขง หงส์ทอง) มีแอลกอฮอล์ประมาณ 40% ไวน์เข้มข้น (fortified wine) เช่น เหล้าเชอรี่ และเวอร์มุธ มีแอลกอฮอล์ประมาณ 20.5% ส่วนไวน์ที่ดื่มพร้อมอาหาร (table wine) มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10-14% และเบียร์ชนิดแรง (heavy beer) มีแอลกอฮอล์ประมาณ 4 – 5% เนื่องจากความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกันในเครื่องดื่มแต่ละประเภทดังกล่าวทำให้การจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ปรับตามปริมาณของแอลกอฮอล์ต่อ 1 หน่วยมาตรฐาน (กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่ง 1หน่วยมาตรฐาน (1 standard drink) มีปริมาณของแอลกอฮอล์ (ethanol) 8 - 13 กรัม (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แอลกอฮอล์ที่คนบริโภคเข้าไปนั้น ร้อยละ 90 จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น และภายในเวลา 30 - 90 นาที ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นสูงสุด แอลกอฮอล์จะกระจายไปในร่างกายอย่างรวดเร็ว ผลที่เห็นได้อย่างชัดเจนลำดับแรกคือ ฤทธิ์ต่อสมอง ระยะแรกจะทำให้ผู้ดื่มเกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า คึกคะนอง ขณะเดียวกันจะมีผลต่อการตัดสินใจ การคิด การพูด ความว่องไวในการทำงานในส่วนของระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะช้าลง และเมื่อระดับของแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นอีก ทำให้สูญเสียการทรงตัว การมองเห็น สมาธิความจำเสื่อม และอาจรุนแรง ถึงขั้นหมดสติได้ การดูดซึมของแอลกอฮอล์ที่บริเวณลำไส้เล็กส่งผลให้การดูดซึมของวิตามินบีชนิดต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะวิตามินบี 1 ทำให้เกิดภาวะพร่องวิตามินบี 1 ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม และจะเป็นอย่างถาวรถ้าแก้ไขไม่ทัน แอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ตับ ก่อให้เกิดตับอักเสบ ไขมันสะสม และตับแข็งได้ ฤทธิ์แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง คอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอรไรด์เพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจขาดเลือด และแอลกอฮอล์ยังเป็นพิษโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ

การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในครั้งเดียว ทำให้เกิดพิษของแอลกอฮอล์อย่างเฉียบพลัน เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงต่าง ๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก โดยความหมายการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวได้แก่ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) มีการดื่มเหล้าผสมโซดาตั้งแต่ 8 แก้ว หรือ 8 เป๊กขึ้นไป (1 เป๊ก มีปริมาตรเท่ากับ 50 มิลลิลิตร) มีการดื่มเหล้าขาว 40 ดีกรีตั้งแต่ครึ่งขวดขึ้นไป มีการดื่มเบียร์ ตั้งแต่ 4 กระป๋องหรือขวดใหญ่ 2 ขวดขึ้นไป และหรือมีการดื่มกระแช่ เหล้าอุ ขนาดเท่าขวดเบียร์ขนาดใหญ่ 630 ซีซี ตั้งแต่ขวดครึ่งขึ้นไป

3.4.3 สาเหตุการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นไปอย่างแพร่หลาย โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการริเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548 ; ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) มาจากความอยากลอง เป็นธรรมชาติของมนุษย์ในการที่อยากลองกับสิ่ง ใหม่ ๆ โดยเฉพาะในวัยที่ความรู้สึกอยากลองเป็นเรื่องที่ท้าทาย ตื่นเต้น สนุกสนาน เช่น ในวัยรุ่น ในกลุ่มเพื่อน หลายคนไม่กล้าที่จะปฏิเสธ เมื่อถูกเพื่อนชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์หรือบางคนมีทัศนคติว่า การดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มเพื่อนเป็นการรักพวกพ้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มุมมองคนทั่วไปมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติธรรมดาในงานรื่นเริงต่าง ๆ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานมงคลสมรสงานขึ้นบ้านใหม่ และงานประเพณี แทบทุกงานมักจะมีเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ในการเลี้ยงต้อนรับแขก ผู้ที่มาร่วมงานทำให้ผู้ที่เติบโตในสังคมเช่นนี้มองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สิ่งปกติ ในด้านความเชื่อเมื่อใดที่บุคคลมีความเชื่อว่า สิ่งที่ตนเองกำลังกระทำไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และคิดว่าควบคุมสถานการณ์ได้ ส่งผลให้ความกังวลใจหรือความกลัว ที่จะกระทำสิ่งนั้นอาจเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ไม่เป็นปัญหากับตนเอง นอกจากนี้สื่อโฆษณา การใช้สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ประกอบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มาก และสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์และบริการ ซึ่งบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้อต่าง ๆ ได้นำเสนอภาพลักษณ์ให้ผู้บริโภคได้รับรู้ และจดจำไว้เป็นความประทับใจในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป โดยถือว่าการสร้างภาพลักษณ์นั้นเป็นกลยุทธ์การตลาด มีการได้สร้างโฆษณาให้มีความหมายเชิงบวก ใช้รูปแบบโฆษณาแฝงในลักษณะต่าง ๆ เช่น การโฆษณาก้ำกึ่ง ผิดเงื่อนไข มีมากกว่าร้อยละ 10 ของทุกสถานีในช่วงเวลาต้องห้าม มีการ ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานเป็นกลุ่มเป้าหมายและต้องการเพิ่มการบริโภคให้มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงแล้ว ยังมีสื่อในลักษณะบันเทิง เช่น ภาพยนตร์ ละคร หรือแม้กระทั่งเสียงเพลงมีส่วนจูงใจให้เกิดความรู้สึกคล้อยตามได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ รวมทั้งตัวสินค้าที่มีมากและสะดวกในการเลือกซื้อมีส่วนอย่างมากต่อการส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มประเภทนี้ (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) ส่วนความเครียด คุณสมบัติของแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ที่ดื่มเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลืมความทุกข์ และเกิดความคึกคะนอง การดื่มเพื่อลดความเครียดเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้ดื่มมักนำมาอ้างเสมอ แต่จากการศึกษา พบว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากทำให้เกิดความรู้สึกตรงกันข้าม คือ กระวนกระวาย เครียด หงุดหงิดได้ง่าย โดยเฉพาะในช่วงที่ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดลดลง

3.4.4 สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการติดแอลกอฮอล์เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล มีการศึกษาถึงสรีรวิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยาของปัญหาการติดแอลกอฮอล์ หรือมีความต้องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนขาดไม่ได้ สามารถสรุปสาเหตุของการติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548) ปัจจัยด้านชีวภาพ สาเหตุทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดแอลกอฮอล์ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ (genetics) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์กับการติดแอลกอฮอล์ จากการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดแอลกอฮอล์ อีกคนหนึ่งมีโอกาสติดสุราด้วยถึงร้อยละ 60 (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ในด้านปัจจัยทางสมอง สารแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติทำให้เกิดการเสพติดได้ โดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความอยาก การเสพติดแอลกอฮอล์เป็นวงจรของสมอง ที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ความพึงใจ เป็นส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด ปัญหาการเลิกเสพแอลกอฮอล์ไม่ได้ “อยู่ที่ใจ” เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องการทำงานของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สมองในส่วนของวงจรดังกล่าวร่วมด้วย นอกจากนี้เมื่อ มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณและระยะเวลาหนึ่ง จะมีผลทำให้เกิดอาการติด “ทางกาย” เมื่อหยุดดื่มหรือลดการดื่มจะเกิดอาการต่าง ๆ ได้ เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด ใจสั่น เช่น เกิดภาพหลอน ได้ยินเสี่ยงแว่ว สับสน และ มีอาการชักร่วมด้วย ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อระงับอาการเหล่านี้ (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548) ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดว่าเป็นสาเหตุภายใน ตัวบุคคล บางคนใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเครียด การขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวเนื่องจากสภาพปัญหาภายในครอบครัว ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรักความเข้าใจต่อกัน รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่นสูง มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการความเครียดต่ำ ไม่มีความ พึงพอใจในชีวิต (Neal et al., อ้างในนิศานาถ โชคเกิด, 2545) และปัจจัยด้านสังคม สภาพทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สังคมนับว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน เป็นต้น กล่าวคือ สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูดีมีความอบอุ่น จะพบมีการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) และยังมีปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมอื่น ๆ เช่น มีการจำหน่ายอย่างเสรี ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อบังคับใช้ รวมทั้งยังขาดการนำกฎหมายบังคับใช้ให้ได้ผลทางปฏิบัติ เป็นต้น (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548)

3.4.5 สาเหตุที่ทำให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันพบว่ามีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างแพร่หลายในวัยแรงงาน สามารถสรุปสาเหตุที่ทำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548) การเรียนรู้ว่าเมื่อตนเองบริโภคแอลกอฮอล์แล้วทำให้เกิดความสุข เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความอยาก การบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เรียกว่า “อาการติดใจ” ซึ่งความสุขความพึงพอใจเหล่านี้สัมพันธ์กับเวลาที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น คนที่ขาดความสามารถในการปรับตัว หรือแก้ไขปัญหา อาจพบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ช่วยทำให้ลืมความเครียดได้ชั่วขณะ และขณะที่ยังคงขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิต คนเหล่านี้จะหันมาพึ่งแอลกอฮอล์ จนเกิดการติดขึ้นได้ และเมื่อบริโภคแอลกอฮอล์ระยะเวลาหนึ่ง จะเกิดอาการดื้อต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์ ในส่วนภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งมีอาการเช่นเดียวกับภาวะขาดสารเสพติด ทั่ว ๆ ไป การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณหนึ่งอย่างต่อเนื่องจะเกิดมีผลต่อการปรับตัวของสมอง ดังนั้นเมื่อปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายลดลง จึงส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และต้องหวนกลับมา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อระงับอาการ รวมทั้งนโยบาย การที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นและส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน การผลิตสุราพื้นบ้านจึงกลายเป็นกิจกรรมที่ถูกกฎหมาย และกระจายไปสู่ชมชนอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย มีความหลากหลาย ทั้งในด้านประเภทสินค้า ราคา คุณภาพ และรสชาติ (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548)

3.4.6 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเกิดจากองค์ประกอบสำคัญ สองอย่าง คือ วิธีการดื่ม (patten of drinking) เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบการรับประทานอาหาร หรือการดื่มเพื่อสังคม ดื่มฉลองในเทศกาล เป็นต้น และปริมาณที่ดื่ม (average volume of consumption) ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อภาวะสุขภาพจากงานวิจัยต่าง ๆ ยืนยันว่าสุรามีผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง และปัญหาต่าง ๆ มาก ไม่อาจประเมินได้ การดื่มสุรามีความสัมพันธ์ เป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อ ปัญหาการบาดเจ็บ ปัญหาสังคม ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ดื่มจนถึงขั้นติดส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ วิตกกังวลและซึมเศร้า มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ขาดความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของตนเองบกพร่องในการทำหน้าที่ ดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด และเป็นการเจ็บป่วยจะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร และโรคจิต การดื่มประจำและต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (อนุสรณ์ บัวทอง, 2548)

จากการศึกษาของภัทรา จุลวรรณาและคณะ (2547) พบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 76 วัยแรงงานชายมีการดื่ม ร้อยละ 80 และวัยแรงงานหญิงร้อยละ 70 ซึ่งการศึกษาของเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549) มีทั้งใกล้เคียงกันและที่แตกต่างกับการศึกษาของภัทรา จุลวรรณา และคณะ(2547) ส่วนที่แตกต่างกัน คือ เพศหญิงเป็นเพศที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ซึ่งพบว่า มีผู้ไม่ดื่มเลยมากกว่าผู้ชายเกือบ 3 เท่า ในส่วนที่ใกล้เคียง คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพศชายในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี เป็นกลุ่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ร้อยละ 21.5 โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมาแล้วร้อยละ 57 ในเพศชายและร้อยละ 19 ในเพศหญิง และความถี่ของการดื่มอย่างหนักประมาณ 12 ครั้งต่อปีในเพศชาย และ 3 ครั้งต่อปีในเพศหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง แสดงเห็นได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยแรงงาน มีสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจัยทางสังคม โดยก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งโดยรวมแล้วจะมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และสถานะเศรษฐกิจ ซึ่งในการศึกษานี้ มุ่งทำการศึกษาในด้านระยะเวลา สาเหตุ ลักษณะ และความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีผลต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

3.5 การสูบบุหรี่

3.5.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

ยาสูบ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมยาสูบ พ.ศ.2550 หมายความว่า ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบและผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนผสมของใบยาสูบหรือพืชนิโคเชียนาแก้ม (nicotianatabacum) ไม่ว่าจะใช้บริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ส่วน คำว่า ‘‘สูบบุหรี่’’ หมายความว่า การกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของยาสูบ

คำว่า “บุหรี่” เป็นภาษาชวา ส่วนคำไทยแท้ดั้งเดิมใช้คำว่า “ยาสูบ” บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำมาจากใบยาสูบหั่นฝอยมวนด้วยกระดาษเป็นมวนเล็ก ๆ ใช้สำหรับสูบ ความนิยมในการสูบบุหรี่แพร่หลายไปอย่างรวดเร็วในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ตามความต้องการ เช่น สูบใบยาสูบจากกล้องทำเป็นมวนใหญ่แบบซิการ์ เคี้ยวเส้นยาสูบ ป่นเป็นผงแบบยานัตถุ์ หรือเป็นมวนบุหรี่สำเร็จรูปที่มีจำหน่ายตามตลาดทั่วไป (จันทนา จันทร์ไพจิตร, 2541)

จากความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับบุหรี่ ยาสูบมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุอื่นทั้งที่มีและไม่มีก้นกรอง ซึ่งในการศึกษานี้มุ่งศึกษา ในด้านจำนวน ชนิดของการสูบ และระยะเวลาในการสูบบุหรี่

การบริโภคบุหรี่ของคนไทยตามยอดจำหน่ายของบุหรี่ที่ผลิตในไทยและต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2546 -2547 คิดเป็น 2,110 ล้านซอง มีมูลค่าถึง 36,326 ล้านบาท มีบุหรี่ต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 12 ล้านซองในปี พ.ศ. 2534 เป็นจำนวน 429 ล้านซองในปี พ.ศ. 2547 (เนาวรัตน์ เจริญค้า, 2548) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการสูญเสียชีวิตของประชากรโลกจากบุหรี่ว่ามีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1998 เป็น 4.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2003 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกเป็น 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2030 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 70 ของการสูญเสียในอนาคตจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ประมาณปี 2020 บุหรี่จะเป็นสาเหตุของการตาย หนึ่งในสามของผู้ใหญ่ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากหนึ่งในหก ในปี ค ศ. 1990 (เนาวรัตน์ เจริญค้า, 2548)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในทางการแพทย์บุหรี่ถือว่าเป็นยาพิษและเป็นยาเสพติดให้โทษ ในปีพ.ศ. 2523 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญต่อระบบสุขภาพของประชากรโลก จากการศึกษาและพิสูจน์ทางวิชาการมีข้อสรุปชัดเจนว่าบุหรี่เป็นสิ่งมีพิษทำลายสุขภาพ พิษของบุหรี่เกิดจากส่วนประกอบสามอย่าง คือ ควันบุหรี่ กระดาษที่ใช้มวนบุหรี่ และพิษที่เกิดจากตัวยาสูบเอง ซึ่งสารพิษในบุหรี่มีประมาณ 4,000 ชนิด สารพิษเหล่านี้มีการออกฤทธิ์ เป็นทั้งตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง แต่ละปีพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จำนวนมาก การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นการเสพสิ่งเสพติด (ยุพยง วงค์ฟั่น, 2544) ซึ่งผลต่อผู้เสพเป็นเพียงภาวะเสพติดเป็นนิสัย (habituation) ซึ่งต่างกับภาวะเสพติด (addiction) เนื่องจากผลทางชีววิทยาของบุหรี่มีลักษณะ คล้ายกับกาแฟและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การเสพติดจึงเป็นการเสพติดทางจิตใจ ไม่มีการติดทางกายจากฤทธิ์ของนิโคติน หรือสารประกอบอื่น ๆ ในบุหรี่ และเมื่อหยุดสูบก็มักจะมีอาการขาดยา (withdrawal symptom) ที่เป็นอาการทางจิตใจ เช่น อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย ส่วนอาการทางกายมักไม่ปรากฏ (วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม อ้างใน ปิ่นทิพย์ ชะเอม, 2544)

ปัจจุบันพบว่า สถานะภาพการสูบบุหรี่เปลี่ยนไปตามอายุและเพศ สถานภาพการสูบบุหรี่จากการการสำรวจในปี พ.ศ. 2546 -2547 พบสถานภาพการสูบบุหรี่แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (regular smoker) คือผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 100 มวน และขณะนี้ยังสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน อาจมีเว้นบางวันแล้วกลับมาสูบทุกวันอีก ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smoker) คือ ผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 100 มวน และในขณะนี้ยังสูบบุหรี่อยู่ แต่ไม่ได้สูบทุกวัน และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ หรือผู้เลิกสูบบุหรี่ (former or ex - smoker) คือผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ ขณะนี้เลิกสูบแล้ว ในปัจจุบันวิธีการสูบบุหรี่มีหลายวิธี แต่ไม่ว่าจะมีวิธีการใด ๆ ถ้าใช้เป็นประจำในขนาดที่มากจะมีผลร้ายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุของโรคร้ายหลายชนิด เพราะบุหรี่ประกอบด้วยสารที่มีพิษมากมาย เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) ผู้สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน ระยะเวลานานต่อเนื่องมากกว่า 30 ปี มีโอกาสป่วยด้วยมะเร็งปอดถึง 35 เท่าของผู้ ที่ไม่สูบ และหากเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุยังน้อยจะยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น (สุรีย์ จันทรโมลี อ้างใน ชุลีพร ศรศรี, 2541) โดยสารพิษที่เกิดจาการสูบบุหรี่ที่รู้จักกันโดยทั่วไป มีดังต่อไปนี้(ชุลีพร ศรศรี, 2541: ยุพยง วงค์ฟั้น, 2544; เนาวรัตน์ เจริญค้า, 2548)

1. นิโคติน (nicotin) เป็นสารเสพติด ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง และระบบประสาทส่วนกลาง หัวใจและชีพจรเต้นเร็ว อาจเพิ่มขึ้นถึง 30 ครั้งต่อนาที มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดเพิ่มสูงขึ้น อาจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง รวมถึงมีผลกระตุ้นเยื่อบุและต่อมต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร บุหรี่ 1 มวน มีนิโคตินประมาณ 15 - 20 มิลลิกรัม เมื่อเกิดการเผาไหม้จะมีนิโคตินในควันบุหรี่ประมาณ 0.6 - 1.6 มิลลิกรัม/มวน (มาตรฐานสากลกำหนดค่านิโคติน 1 มิลลิกรัม/มวน) หากได้รับนิโคติน 30 มิลลิกรัมอาจทำให้ตายได้

2. ทาร์ (tar) มีอยู่ในบุหรี่ประมาณ 30 ชนิด มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับที่ปอด ผู้ที่สูบยากล้องและซิการ์ ที่พบส่วนใหญ่จะทำให้เกิดมะเร็งที่ปาก ลิ้น ปาก และหลอดอาหาร ผู้สูบบุหรี่อัดควันเข้าไปสู่ปอด พบมะเร็งที่ปอด และกระเพาะปัสสาวะ

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) เมื่อหายใจเอาก๊าซนี้เข้าไปจะทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับกับออกซิเจนได้ตามปกติ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogencyanide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุผิวหลอดลมส่วนต้น ทำให้ร่างกายหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกเกาะติดหลอดลม ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอมีเสมหะเป็นประจำ ทำให้เกิดการทำลายสุขภาพ

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogendioxside) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุผิวหลอดลม ส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบาง โป่งพอง มีอาการเรื้อรังไม่มีโอกาสหายขาดและทรมานไปตลอดชีวิต ส่วนถุงลมที่โป่งพองอาจฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อบุปอดกดทับปอดแฟบเกิดอาการเจ็บหน้าอก อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

3.5.2 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพทั้งจากการสูบบุหรี่และสูดควันบุหรี่ พฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญมีผลกระทบต่อประชากรทั้งต่อตัวผู้สูบและบุคคลรอบข้าง ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำและต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบ ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่ป่วยเป็นมะเร็งในปอดมากที่สุด โดยมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 8.6 เท่า เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า และตายอย่างเฉียบพลันสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า ทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพอง เป็นสาเหตุทำให้เกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารซึ่งพบว่าผู้ สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (จันทนา จันทร์ไพจิตร, 2541; ยุพยงค์ วงค์ฟื้น, 2544)

จากการศึกษาของภัทรา จุลวรรณา และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 42.6 เพศชายร้อยละ 54 และเพศหญิงร้อยละ 25 กลุ่มอายุ 35 -34 ปี เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 27 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงเป็นกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 29 สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

พบว่าการสูบบุหรี่ในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 46 ผู้ชายสูบบุหรี่มากที่สุด คือกลุ่มอายุ 30 - 59 ปี ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันในผู้ที่สูบเป็นประจำ คือ 12 มวนในชาย และ 8 มวนในหญิง กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่ปริมาณมากที่สุดต่อวัน (เฉลี่ย 14 มวน) คืออายุ 30 -59 ปี และพบว่าปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงตามอายุ ส่วนของอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ คือประมาณ 18 ปี ในเพศชาย และ 23 ปี ในเพศหญิง ในภาคเหนือเพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 41 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในวัยแรงงานด้านการสูบบุหรี่ ถือได้ว่าผู้ที่มีการสูบบุหรี่เป็นผู้เสพติดทางจิตใจ โดยไม่มีผลทางกาย ซึ่งแบ่งผู้ที่สูบบุหรี่เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นทุกวัน ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ โดยที่ผู้ที่สูบจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทั้งนี้การสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งในการศึกษานี้ มุ่งทำการศึกษาในด้านประเภท จำนวน และระยะเวลาในการสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของชนเผ่าขมุวัยแรงงาน อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนวิถีชีวิต และ มีผลทำให้ชนเผ่าขมุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพ โดยทำการประเมินภาวะสุขภาพจากการสัมภาษณ์ ร่วมกับการตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อหาดัชนีมวลกาย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบมีลูกตุ้มพร้อมที่วัดส่วนสูง การวัดรอบเอว โดยการใช้แถบวัดรอบเอวแบบยืดไม่ได้ การวัดความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท ส่วนการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอ และการสูบบุหรี่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved