

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร

จิรพันธ์ ทิพงษ์¹, จินตนา จันทรโคตรแก้ว¹, อรทัย วลีวงศ์²

¹มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

²กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและความชุกของโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) ในกลุ่มวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรปี พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple logistic regression โดยกลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (n=6,271) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน หรือช่างฝีมือ และผู้ใช้แรงงาน หรืองานก่อสร้าง หรือเกษตรกรรมมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด โดยมีความชุกการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงานหรือช่างฝีมือ มีโอกาสจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.39 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มข้าราชการ หรือเสมียน หรือพนักงานออฟฟิศ (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11-1.75) และผู้ใช้แรงงาน หรืองานก่อสร้าง หรือเกษตรกรรม มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่ 1.40 เท่า (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01-1.93) เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้พบว่า กลุ่มผู้ว่างงานที่ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุมีแนวโน้มของการมีโรคไม่ติดต่อบ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ สรุปลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ กลุ่มที่ใช้แรงงานหนักมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูง โดยเฉพาะการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ว่างงานมีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอาชีพและลักษณะการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ

คำสำคัญ: ลักษณะงาน; พฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อ; กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 2 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 8 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 11 ก.พ. 2569

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตกว่า 43 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง⁽¹⁾ โดยในปี

พ.ศ. 2564 การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อกับประชากรทั่วโลกพบมากในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานประมาณร้อยละ 38 หรือเท่ากับ 16 ล้านคน⁽²⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรเสียชีวิตเป็นอันดับต้นและพบมากในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป โดยโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดที่เกิดจากการพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

อันดับต้นๆ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽³⁾ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อดังกล่าวและพบได้บ่อยโดยเฉพาะในคนไทยวัยทำงาน⁽⁴⁾ ทั้งนี้ พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานอายุระหว่าง 20-65 ปี 1 ใน 11 คนเป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 50 ของคนเหล่านี้ไม่ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม สาเหตุเหล่านี้ไม่เพียงแต่มาจากปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมเท่านั้น แต่ยังคงสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของบุคคล อาทิ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม หรือระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความเสี่ยงทางสุขภาพและความรุนแรงของการเป็นโรคไม่ติดต่อ

หนึ่งในปัจจัยหลักทางสังคมที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อคือ สถานะ ลักษณะ และสภาพแวดล้อมการทำงาน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ โดยการทำงานสามารถส่งผลต่อสุขภาพได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นลักษณะการทำงาน สถานะการจ้างงาน⁽⁶⁾ สภาพแวดล้อมการทำงาน รายได้และสวัสดิการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงและอันตรายในสถานที่ทำงาน เช่น การทำงานที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ความเครียดจากการทำงาน การสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง การทำงานเป็นกะ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย⁽⁷⁾ อาจทำให้เกิดหรือทำให้โรคไม่ติดต่อรุนแรงขึ้นและนำไปสู่การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ รวมถึงอาชีพยังคงสะท้อนสถานะทางสังคมที่ส่งผลต่อความแตกต่างของการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ⁽⁹⁾

ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตเมืองที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากการเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของประเทศ มีลักษณะการทำงานที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรวัยแรงงานอายุ 15 ปีขึ้นไป กว่า 7.8 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีงานทำมากกว่า 5.7 ล้านคน และมากกว่า 4 ล้านคนทำงานตั้งแต่ 35 ชั่วโมงขึ้นไปต่อสัปดาห์⁽¹⁰⁾ ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568⁽¹¹⁾ พบว่า กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่พบการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นสูงที่สุด และมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างมาก (จากร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2568) อีกทั้งวัยทำงานส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน และกรุงเทพมหานครยังมีสัดส่วนของการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาสถานะการทำงาน (มีงานทำ/ว่างงาน) ลักษณะของงานที่มุ่งเน้นอธิบายทักษะของอาชีพนั้นๆ และอาชีพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และโรคไม่ติดต่อ ยกตัวอย่างเช่น ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ภาวะความเครียดที่เกิดจากการทำงาน มีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานประมาณ 1.28 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะความเครียดจากการทำงาน⁽¹²⁾ การศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาประชากรวัยทำงานในกรุงเทพฯ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพที่สะท้อนลักษณะเศรษฐกิจและสังคม เช่น กลุ่มว่างงาน กลุ่มเสมียน และช่างเทคนิค และกลุ่มแรงงานที่มีทักษะและไม่มีทักษะกับการมีโรคไม่ติดต่อที่รายงานด้วยตัวเอง การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารที่ไม่ดี บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งพบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มว่างงาน โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์และมีความเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าประมาณ 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มว่างงาน⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาที่ผ่านมา มักจำแนกอาชีพในเชิงทักษะหรือสถานะการจ้างงาน ซึ่งช่วยอธิบายความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพตามลักษณะเศรษฐกิจและสังคมได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงสะท้อนบริบท/สภาพแวดล้อมการทำงานได้ไม่ชัดเจน ทั้งที่ลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมตลอดจนปัจจัยเสี่ยงและอันตรายในสถานที่ทำงานมักนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและส่งผลต่อความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่มากขึ้นหรือเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตได้

ดังนั้น การศึกษานี้จึงจัดกลุ่มอาชีพใหม่จากข้อมูลอาชีพเดิม โดยอ้างอิงการจำแนกประเภทกลุ่มอาชีพขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization; ILO)⁽¹³⁾ และพิจารณาลักษณะการทำงานร่วมด้วย เช่น ลักษณะงาน การใช้แรง และสถานที่ทำงาน เพื่อให้กลุ่มอาชีพสะท้อนรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันทั้งงานนอกและในระบบ ตลอดจนสภาพแวดล้อมการทำงานที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่ต่างกัน ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและความชุกของโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยทำงาน กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ โดยข้อมูลการสำรวจดังกล่าวดำเนินการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองขั้นตอน (stratified two-stage sampling) โดยกำหนดกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นชั้นภูมิ (stratum) รวมทั้งหมด 77 ชั้นภูมิ และในแต่ละชั้นภูมิแบ่งเป็น 2 ชั้นภูมีย่อยตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งมี 50 เขต ถือเป็น 1 ชั้นภูมิและแบ่งชั้นภูมีย่อยตามลักษณะการปกครองเช่นเดียวกัน และขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสุ่มเลือกเขตเจนนับจากแต่ละชั้นภูมีย่อยด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบตามขนาด และ (2) การสุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 16 ครัวเรือนต่อเขตเจนนับจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ซึ่งการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือนโดยวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 การสำรวจครอบคลุมครัวเรือนทั่วประเทศ 84,000 ครัวเรือน

(n=207,191) โดยในการศึกษานี้คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์จำนวน 6,271 คน

ตัวแปรต้น

ตัวแปรต้นในการศึกษานี้คือ ลักษณะการทำงาน ซึ่งวัดจากข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยการศึกษานี้ได้มีการจัดประเภทใหม่ตามการจำแนกประเภทกลุ่มอาชีพขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁽¹³⁾ ร่วมกับการพิจารณาลักษณะการทำงาน ได้แก่ ระดับทักษะที่ใช้ในการทำงาน การใช้แรงกาย และบริบทสถานที่ทำงาน เพื่อสะท้อนความแตกต่างของสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ จากนั้นจัดกลุ่มอาชีพใหม่เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานค้าขายในพื้นที่สาธารณะหรือพื้นที่สำหรับค้าขายโดยเฉพาะ เช่น ผู้จำหน่ายสินค้าตามถนน แผงลอยและตลาด ผู้จำหน่ายสินค้าหรือพนักงานช่วยขายในร้านค้าหรือผู้ให้บริการตามถนน เป็นต้น กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการบริการ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในรูปแบบของการบริการในสถานประกอบการหรือบริการต่างๆ เช่น พนักงานการค้าและบริการอื่นๆ พนักงานส่วนบุคคล มัคคุเทศก์ พ่อครัว/แม่ครัว พนักงานดูแลงานบ้าน/แม่บ้าน หรือคณงานรับจ้างทั่วไป เป็นต้น กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้ทักษะ ฝีมือ และแรงงานในการทำงาน เช่น ผู้ปฏิบัติงานขับเคลื่อนยานยนต์ ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์หรือช่างงานฝีมืออื่นๆ หรือผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรในโรงงาน เป็นต้น กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้แรงงานเป็นหลัก เช่น ช่างหรือคนงานก่อสร้าง ช่างโลหะและเครื่องจักรต่างๆ คนงานด้านการเกษตร ประมงและป่าไม้ เป็นต้น กลุ่มที่ 5 คือ กลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้ทักษะและฝีมือ เช่น ข้าราชการ ผู้จัดการ ผู้ประกอบวิชาการด้านต่างๆ หรือเสมียน เป็นต้น และกลุ่มที่ 6 คือ กลุ่มผู้ว่างงาน ซึ่งหมายถึงผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ในช่วงเวลาสำรวจ ยกเว้นนักเรียน

หรือนักศึกษา โดยการจัดกลุ่มดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สะท้อนลักษณะโครงสร้างงานและบริบทการทำงานที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนสำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในประชากรวัยทำงาน

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามหลักของการศึกษานี้คือ การมีโรคไม่ติดต่อ โดยนิยามว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดเรื้อรัง หรือโรคเมะเร็ง นอกจากนี้ การศึกษายังวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ตามกรอบปัจจัยเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก (binge drinking) และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เพื่ออธิบายกลไกความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับการเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดให้การสูบบุหรี่ปัจจุบัน หมายถึงการสูบบุหรี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน หมายถึง การดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก หมายถึง การดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน ซึ่งสะท้อนระดับความเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักน้อยกว่า 6 ทัพพีต่อวัน และผลไม้ไม่ต่ำกว่า 2 ส่วนต่อวัน

ตัวแปรควบคุม

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแยกตามลักษณะประชากรและลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยเพศ (จำแนกเป็นเพศหญิงและเพศชาย) กลุ่มอายุ (จำแนกเป็น 15-19, 20-24, 25-44, 45-59 และ 60 ปีขึ้นไป) ระดับการศึกษา (จำแนกเป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรีหรือสูงกว่า) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (จำแนกเป็นน้อยกว่า 5,001, 5,001-15,000, 15,001-30,000, 30,001-50,000 และมากกว่า 50,000 บาท) และสถานภาพ (จำแนกเป็น โสด สมรส และม่าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ หรือสถานภาพไม่ชัดเจน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ การจัดการข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) ดำเนินการโดยวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบ โดยตัวแปรการบริโภคผักและผลไม้มีข้อมูลที่ขาดหายจำนวน 20 ตัวอย่าง และการมีโรคไม่ติดต่อ 176 ตัวอย่าง นอกจากนี้ในตัวแปรควบคุม ประกอบไปด้วยระดับการศึกษามีข้อมูลที่ขาดหาย 23 ตัวอย่าง และสถานภาพ จำนวน 1 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 220 ตัวอย่าง คิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา^(15,16) ดังนั้น การศึกษานี้จึงวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีสถานะเป็นผู้มีงานทำ ทั้งนี้เมื่อนิยามประชากรวัยแรงงานตามโครงสร้างประชากรทั่วไปมักกำหนดช่วงอายุ 15-59 ปี แต่การศึกษานี้ครอบคลุมผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังประกอบอาชีพด้วย เนื่องจากในบริบทกรุงเทพมหานครยังมีประชากรสูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังคงทำงาน โดยเฉพาะในภาคแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงานและความเสี่ยงทางสุขภาพแตกต่างจากแรงงานวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ และมีข้อมูลครบถ้วนในตัวแปรตามตัวแปรอิสระและตัวแปรควบคุมที่ใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา ผู้ที่อาศัยอยู่นอกกรุงเทพมหานคร และผู้ที่มีข้อมูลขาดหายในตัวแปรสำคัญดังกล่าว การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ โดยใช้โปรแกรม RStudio เวอร์ชัน 2023.09.0+463 การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้ chi-square และ multiple logistic regression การวิเคราะห์ดำเนินการเป็นลำดับขั้นโดยเริ่มจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการมีโรคไม่ติดต่อ และสุดท้ายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับโรคไม่ติดต่อ โดยควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมสุขภาพมีบทบาทเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่าง

ลักษณะการทำงานกับการเกิดโรคไม่ติดต่อหรือไม่ โดยรายงานผลเป็นค่าอัตราส่วนความเสี่ยงสัมพัทธ์เชิงโอกาส (odds ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95%CI) ซึ่งใช้เพื่อแสดงความแม่นยำของค่าประมาณและช่วงค่าที่คาดว่าค่าพารามิเตอร์ที่แท้จริงของประชากรจะอยู่ภายในช่วงดังกล่าวโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$ ⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างคนวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6,271 คน โดยกลุ่มอาชีพที่มีประชากรวัยทำงานมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ จำนวน 1,373 คน (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการ จำนวน 1,238 คน (ร้อยละ 19.7) กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ จำนวน 877 คน (ร้อยละ 14.0) กลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี จำนวน 545 คน (ร้อยละ 8.7) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม จำนวน 409 คน (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ และกลุ่มผู้ว่างงานมีจำนวน 1,829 คน (ร้อยละ 29.2) และลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.3) สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 44.7) โดยมีสัดส่วนเพศหญิงมากที่สุดในกลุ่มอาชีพพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการ (ร้อยละ 63.7) ในขณะที่สัดส่วนเพศชายมากที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 76.5) โดยกลุ่มผู้ว่างงานส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.7) ในขณะที่กลุ่มอาชีพอื่นๆ มีอายุระหว่าง 25-44 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.5-59.1) คนทำงานในแต่ละกลุ่มอาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 33.2-46.5) ในขณะที่กลุ่มอาชีพข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศมีการศึกษาสูงสุดคือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 69.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแต่ละกลุ่มอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 40.0) เช่นเดียวกับเมื่อแยกรายกลุ่มอาชีพ กลุ่มรายได้ดังกล่าวมีสัดส่วนมากที่สุดในทุกกลุ่มอาชีพ ยกเว้นกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศที่มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ย

ระหว่าง 15,001-30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 43.4) และกลุ่มผู้ว่างงานที่ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,001 บาท (ร้อยละ 74.4) และสถานะสมรสพบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีสถานะสมรสเป็นสัดส่วนมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของคนวัยทำงานในกรุงเทพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 74.5) เช่นเดียวกับทุกกลุ่มอาชีพ ในขณะที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดในกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 48.7) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 47.7) และเช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก พบสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 22.7) และกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 19.8) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 32.6) ด้านพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้พบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พบสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มอาชีพผู้ว่างงาน (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ (ร้อยละ 44.4) และกลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี (ร้อยละ 42.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ มีโอกาสดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น 1.39 เท่า (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11-1.75; $p=0.004$) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ ด้านการสูบบุหรี่ปัจจุบันพบว่า กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ มีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น 1.47 เท่า (AOR: 1.47; 95%CI: 1.11-1.94; $p=0.006$) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม มีโอกาส

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรตามกลุ่มอาชีพ

ลักษณะประชากร	กลุ่มอาชีพ (ร้อยละ)						
	กรุงเทพ (n=6,271)	ผู้ขายสินค้า/ บริการ ในตลาดและ ริมบาทวิถี (n=545)	พนักงาน และลูกจ้าง ในสถาน ประกอบ กิจการ (n=1,238)	ช่างเทคนิคใน โรงงาน/ช่าง ฝีมือ (n=877)	ผู้ใช้แรงงาน/ คนงาน ก่อสร้าง/งาน เกษตรกรรม (n=409)	ข้าราชการ/ เสมียน/ พนักงาน ออฟฟิศ (n=1,373)	ผู้ว่างงาน (n=1,829)
เพศ							
ชาย	44.7	38.2	36.3	75.9	76.5	41.5	32.8
หญิง	55.3	61.8	63.7	24.1	23.5	58.5	67.2
กลุ่มอายุ (ปี)							
15-19	1.0	1.1	1.1	1.8	2.4	0.1	1.1
20-24	5.2	6.1	5.7	7.0	8.1	5.5	3.0
25-44	37.5	43.7	38.9	43.4	51.1	59.1	12.4
45-59	30.1	32.3	38.2	38.9	33.3	30.2	18.9
60 ขึ้นไป	26.2	16.9	16.2	8.9	5.1	5.0	64.7
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	33.2	37.2	38.4	41.5	46.5	6.0	42.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	14.4	19.6	17.4	22.6	24.0	5.8	11.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	22.6	27.2	22.6	29.0	23.2	18.6	21.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	29.7	16.0	21.5	7.0	6.4	69.6	25.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)							
น้อยกว่า 5,001	26.3	20.7	8.1	5.6	3.4	1.2	74.4
5,001-15,000	40.0	59.1	55.7	65.0	71.9	27.2	14.1
15,001-30,000	23.6	18.2	26.6	26.2	16.6	43.4	8.7
30,001-50,000	6.5	1.7	6.7	2.5	5.4	17.2	1.9
มากกว่า 50,000	3.6	0.4	3.0	0.7	2.7	11.0	1.0
สถานะสมรส							
โสด	29.6	29.7	30.1	26.8	27.4	47.7	17.3
สมรส	56.3	59.4	56.2	65.7	65.0	46.0	56.7
ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ สถานภาพไม่ชัดเจน	14.1	10.8	13.7	7.5	7.6	6.3	26.0

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในแต่ละกลุ่มอาชีพ

กลุ่มอาชีพ	พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ)				
	ดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบัน (n=6,271)	ดื่มแอลกอฮอล์ แบบหนัก (n=6,271)	สูบบุหรี่ ปัจจุบัน (n=6,271)	บริโภคผัก และผลไม้ ไม่เพียงพอ (n=6,271)	มีโรคไม่ติดต่อ (n=6,271)
กทม. (n=6,271)	25.5	9.3	14.6	57.7	28.7
ผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและ ริมบาทวิถี (n=545)	27.0	10.5	15.2	58.9	22.0
พนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบ กิจการ (n=1,238)	23.8	7.4	13.1	57.4	23.1
ช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (n=877)	48.7	19.8	32.6	70.7	17.2
ผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/ งานเกษตรกรรม (n=409)	47.7	22.7	33.5	66.7	14.4
ข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ (n=1,373)	25.9	8.7	9.9	55.6	13.3
ผู้ว่างงาน (n=1,829)	9.7	2.5	6.0	51.0	54.9
X ²	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

หมายเหตุ: ค่าร้อยละแสดงสัดส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละกลุ่มอาชีพ การเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มใช้ Pearson's chi-square test (X²) โดยค่า p-value รายงานเป็น p<0.001 เมื่อมีนัยสำคัญทางสถิติ

สูบบุหรี่มากขึ้น 1.40 เท่า (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01-1.93; p=0.040) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ และด้านพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พบว่า กลุ่มผู้ว่างงาน มีโอกาสบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอมากขึ้น 1.34 เท่า (AOR: 1.34; 95%CI: 1.08-1.67; p=0.008) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมในการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพ และโรคไม่ติดต่อ

คนวัยทำงานในกรุงเทพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 71.3) เช่นเดียวกับทุกกลุ่มอาชีพ ในขณะที่สัดส่วนการมีโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ว่างงาน (ร้อยละ 54.9) รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบกิจการ (ร้อยละ 23.1) และกลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี (ร้อยละ 22.0) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานและโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่า กลุ่มผู้ว่างงานมีโอกาสเป็นโรคไม่ติดต่อสูงกว่า 1.83 เท่า (AOR: 1.83; 95%CI: 1.40-2.38; p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมและโรคไม่ติดต่อ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะการทำงานบางประเภทในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอและการวินิจฉัยการเป็นโรคไม่ติดต่อ ยกเว้นในกลุ่มผู้ว่างงาน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

กลุ่มอาชีพ (เปรียบเทียบกับ กลุ่มข้าราชการ/ เสมียน/พนักงาน ออฟฟิศ)	ดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบัน (n=6,271)			ดื่มแอลกอฮอล์ แบบหนัก (n=6,271)			สูบบุหรี่ปัจจุบัน (n=6,271)			การบริโภคผักและ ผลไม้ไม่เพียงพอ (n=6,271)			โรคไม่ติดต่อ (n=6,271)		
	AOR*	95%CI	p-value	AOR*	95%CI	p-value	AOR*	95%CI	p-value	AOR*	95%CI	p-value	AOR*	95%CI	p-value
ผู้ขายสินค้า/ บริการในตลาด และริมบาทวิถี	1.09	0.83 -1.43	0.532	1.06	0.72 -1.55	0.745	1.21	0.85 -1.72	0.290	1.65	0.93 -1.46	0.179	0.96	0.71 -1.31	0.814
พนักงานและ ลูกจ้างในสถาน ประกอบกิจการ	0.92	0.74 -1.14	0.440	0.79	0.58 -1.08	0.148	1.22	0.92 -1.63	0.164	1.13	0.95 -1.34	0.745	0.98	0.77 -1.26	0.891
ช่างเทคนิคใน โรงงาน/ช่างฝีมือ	1.39	1.11 -1.75	0.004	1.16	0.72 -1.55	0.328	1.47	0.83 -1.43	0.006	0.82	0.72 -1.55	0.055	0.77	0.83 -1.43	0.067
ผู้ใช้แรงงาน/คน งานก่อสร้าง/งาน เกษตรกรรม	1.25	0.95 -1.65	0.103	1.32	0.72 -1.55	0.120	1.40	0.83 -1.43	0.046	1.03	0.72 -1.55	0.802	0.76	0.83 -1.43	0.132
ผู้ว่างงาน	0.64	0.47 -0.86	0.003	0.45	0.27 -0.75	0.002	0.73	0.48 -1.10	0.139	1.34	1.08 -1.67	0.008	1.83	1.40 -2.38	< 0.001

หมายเหตุ: * ควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส

พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ และผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ อาจมีสาเหตุมาจาก ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น ความเครียด จากงาน การทำงานหนัก ความต้องการผ่อนคลาย และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนร่วมงาน⁽¹⁸⁾ งานวิจัยก่อนหน้านี้ ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานหนัก มักมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเพื่อบรรเทา ความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังเป็นพฤติกรรม ที่แพร่หลายในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ต้องทำงานกลางแจ้งหรือ ในสภาพแวดล้อมที่มีเพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ให้เห็น ว่ากลุ่มแรงงานที่ต้องใช้แรงกายหนักมีแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่า กลุ่มลักษณะงานแบบอื่น⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับการบริโภค ผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ยกเว้นในกลุ่มว่างงาน อาจเนื่องจาก พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ได้รับอิทธิพลจาก

ปัจจัยอื่นหลายด้าน นอกเหนือจากลักษณะการทำงาน เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สภาพเศรษฐกิจและ ลักษณะของพื้นที่ที่อยู่อาศัย (เขตเมืองและนอกเขตเมือง) รวมถึงความรู้ด้านโภชนาการ และรูปแบบการดำเนินชีวิต อาจมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค ผักและผลไม้ของประชากรร่วมด้วย⁽²¹⁻²³⁾

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการ ทำงานและการวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อ ยกเว้นกลุ่มว่างงาน ซึ่งจากข้อค้นพบอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ยกตัวอย่าง เช่น เนื่องจากในกลุ่มว่างงานเป็นกลุ่มที่มีอายุสูง อาจจะ ส่งผลทำให้พบการวินิจฉัยเป็นโรคไม่ติดต่อ⁽²⁰⁾ ซึ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้ารับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อผ่านระบบ บริการสุขภาพมากกว่าวัยแรงงานตอนต้น ทั้งนี้การวินิจฉัย โรคไม่ติดต่อขึ้นกับการเข้าถึงบริการและการตรวจคัดกรอง จึงอาจทำให้กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจถูกจัดเป็นไม่มีโรค ทั้งที่อาจมีภาวะเสี่ยงอยู่ รวมถึงอาจจะเกิดจากข้อจำกัด ในระเบียบวิธีการศึกษา นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้รวม การมีกิจกรรมทางกายที่อาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อ

และการเกิดอคติจากการตอบคำถามที่ให้ผู้ตอบตอบเอง อาจจะมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยแต่มีโรคเพราะไม่ได้รับการตรวจ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการพัฒนามาตรการเชิงนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงสูง ควรคำนึงถึงสภาพแวดล้อมการทำงาน ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เช่น การจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในสถานประกอบการ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาด้านการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการจัดให้มีโครงการตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยแรงงานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มดังกล่าวในระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ในกลุ่มว่างงาน และพฤติกรรมเสี่ยงทุกพฤติกรรม รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น ผลการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ภาครัฐควรกำหนดมาตรการแบบมุ่งเป้า เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพสามารถตอบโจทย์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างตรงจุดและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในระยะยาว

สรุป

กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่นเดียวกับกลุ่มว่างงาน ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน บริบททางสังคม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยแรงงาน การดำเนินมาตรการเชิงนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการลดภาระโรคในประชากรกลุ่มนี้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือไม่ได้รวมตัวแปรการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ในการวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลตัวแปรดังกล่าวมีค่าสูญหาย (missing data) ที่มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งที่กิจกรรมทางกายถือเป็นปัจจัยเสี่ยง

สำคัญที่อาจส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิแบบภาคตัดขวาง ซึ่งจำกัดความสามารถในการระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาในลักษณะความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงแบบปัจจัยเชิงซ้อนเพื่อให้สามารถทำความเข้าใจเชิงระบาดวิทยาได้อย่างครบถ้วน ทั้งปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปัจจัยเชิงพฤติกรรมและการเกิดโรค ซึ่งการศึกษานี้มีข้อจำกัดในเชิงการสำรวจแบบภาคตัดขวางที่ถึงแม้จะสร้างแบบจำลองแบบโมเดลเชิงซ้อนได้ แต่ไม่เหมาะสมเพราะการเกิดโรคต้องอาศัยระยะเวลาในการมีพฤติกรรมก่อนที่จะมีการเกิดโรค และควรมีการออกแบบและเก็บข้อมูลกิจกรรมทางกายอย่างครบถ้วนและเป็นระบบมากขึ้น เพื่อลดปัญหาค่าข้อมูลสูญหาย และเพื่อให้หน้าตัวแปรดังกล่าวมาใช้วิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะงาน พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ร่วมกันได้ อีกทั้งการเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข หรือการรับรู้ด้านสุขภาพ อาจช่วยให้เข้าใจบริบทของแต่ละกลุ่มอาชีพและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมในการสนับสนุนการศึกษา โครงการสถานการณ์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและอาการความเจ็บป่วยและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง: กรณีศึกษาของประชาชนและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร (รหัสโครงการ P66-04) และโครงการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (รหัสโครงการ F67-42) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้จนทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death. [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death#:~:text=WHO%E2%80%99s%20Global%20Health%20Estimates%20%28GHE%29%20provide%20the%20latest,country%2C%20and%20by%20age%2C%20sex%20and%20income%20group>
3. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566.
4. สำนักงานดัชนีประเมินภาระทางสุขภาพของประชากรไทย. คนไทยเสียปีสุขภาพดีในชีวิตนี้...ไปกับอะไรบ้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://results2019.bodthai.net/>
5. Intarakamhang U, Sriprasertpap K, Chiangkhong A, Srisawasdi N, Wongchan S, Boocha P. Effects of digital health literacy program on sufficient health behavior among Thai working-age people with risk factors for noncommunicable diseases. Health Lit Res Pract 2024;8(2):e93-e101.
6. Park JH, Choe JP, Kim J, Hwang IW, Lee JM. Investigating the influence of working status changes on physical activity and non-communicable diseases in Korean middle-aged and older adults: insights from a longitudinal panel study. BMC Public Health 2024;24(1):3597.
7. Peters S, Undem K, Solovieva S, Selander J, Schlünssen V, Oude Hengel KM, et al. Narrative review of occupational exposures and noncommunicable diseases. Ann Work Expo Health 2024;68(6):562-80.
8. Nasueb S, Kosiyaporn H, Cetthakrikul N, Adhibai R, Thiphong J, Pumsutas Y, et al. Associations of work characteristics with obesity, behavioral risk factors and NCDs in Bangkok, Thailand. PLOS Glob Public Health. 2024;4(12):e0004000.
9. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008;372(9650):1661-9.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 1: มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/9u#gsc.tab=0
11. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2568.
12. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, Clays E, et al. Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women. PLoS One 2013;8(6):e67323.
13. International Labour Organization. International standard classification of occupations (ISCO) [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf>
15. Bennett DA. How can I deal with missing data in my study?. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001;25(5):464-9.
16. Dong Y, Peng CY. Principled missing data methods for researchers. Springerplus 2013;2(1):222.
17. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

18. Smith TD, DeJoy DM, Dyal M-AA, Huang G. Impact of work pressure, work stress and work-family conflict on firefighter burnout. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2019;74(4):215-22.
19. Baek SU, Yoon JH. Association between long working hours and cigarette smoking, leisure-time physical activity, and risky alcohol use: findings from the Korea national health and nutrition examination survey (2014-2021). *Preventive Medicine* 2023;175:107691.
20. Azagba S, Sharaf M. The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health Economics Review* 2011;1:15.
21. Ball K, Lamb KE, Costa C, Cutumisu N, Ellaway A, Kamphuis CB, et al. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and fruit and vegetable consumption: a seven countries comparison. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015;12:68.
22. Valentino G, Auchincloss AH, Tumas N, López-Olmedo N, Ortigoza A, de Menezes MC, et al. Association of socio-economic environment and women's empowerment with daily fruit and vegetable intake in Latin American cities: a multilevel study. *BMC Public Health* 2025;25(1):2189.
23. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ระดับประเทศ) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/Vegetable-consumption-national.pdf>

Associations between Characteristics of Work, and Health Risk Behaviors and Non-Communicable Diseases in Bangkok, Thailand

Jiranun Thiphong¹, Jintana Jankhotkaew¹, Orratai Waleewong²

¹International Health Policy Program Foundation, Nonthaburi Province, Thailand

²Global Health Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between work characteristics, health risk behaviors, and the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) among the working population in Bangkok. Secondary data were obtained from the 2021 Health Behavior of Population Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression to assess the associations between work characteristics, health risk behaviors, and the risk of NCDs. The study sample consisted of 6,271 working-age individuals aged 15 years and older residing in Bangkok. It was found that the highest health risk behaviors were observed among factory technicians and laborers in construction/agriculture sectors, with higher rates of alcohol consumption and smoking compared to other occupational groups. Factory technicians were 1.39 times more likely to consume alcohol compared to government officials, clerical workers, or office staff (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11–1.75), while laborers in construction/agriculture were 1.40 times more likely to smoke (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01–1.93). Additionally, the unemployed group, most of whom were retirees, showed the highest tendency to have NCDs compared to other occupational groups. In conclusion, work characteristics were associated with health risk behaviors and NCDs. Physically demanding labor groups tended to have higher health risk behaviors, and unemployed individuals had greater risks in reporting health risk behaviors and NCDs. These findings highlight the need for occupation-specific health promotion interventions to reduce NCDs risks.

Keywords: work characteristics; health risk behaviors; non-communicable diseases; Bangkok