



The 1ST National Conference on Public Health,
Science and Technology 2019

การประชุมวิชาการระดับชาติ

ด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ครั้งที่ 1

Proceeding Book



13 – 14 กันยายน 2562

โรงแรมสุรสัมมนาकार มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Institute of Public Health
Suranaree University of Technology



ชื่อหนังสือ รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ครั้งที่ 1

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ การจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ
ประจำปีงบประมาณ 2562 สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการ อาจารย์ ดร. ชลาลัย หาญเจนลักษณ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563

จำนวนหน้า 173 หน้า

พิมพ์ที่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0 4422 3921
โทรสาร 0 4422 3920

คำนำ

การประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีครั้งนี้ ได้จัดขึ้นเป็นครั้งแรก ระหว่างวันที่ 13-14 กันยายน 2562 ณ สุรสมันนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รวมถึงบุคลากรของสถานศึกษาที่มีการเรียนการสอน การวิจัยด้านสาธารณสุขศาสตร์ บุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขศาสตร์ไปใช้ในสายงานซึ่งทางสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ต้องขอขอบคุณทุก ๆ หน่วยงานมา ณ โอกาสนี้

และเพื่อมุ่งเน้นในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิจัยและพัฒนางานวิชาการเพื่อพัฒนาประเทศ ปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขศาสตร์เพื่อสร้างนวัตกรรมตลอดจนส่งเสริม ทะนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรมไทย และเพื่อเป็นการสานต่อภารกิจของมหาวิทยาลัยตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และส่งเสริมให้บุคลากรให้มีการสร้างผลงานทางวิชาการและนวัตกรรมทางสาธารณสุข พัฒนาระบบสาธารณสุขไทยให้มีความก้าวหน้า จึงจัดให้มีการประชุมวิชาการระดับชาติด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ครั้งที่ 1 : The 1st National Conference on Public Health, Science and Technology 2019 (NCPHST) “Professional update on Public Health, Environmental and Occupational Health” เพื่อให้คณาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย ศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบัน ได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสาธารณสุขศาสตร์ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิงวิชาการร่วมกัน สามารถนำองค์ความรู้จากผลงานทางวิชาการและนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งได้สร้างเครือข่ายด้านวิชาการ สร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านนวัตกรรมทางสาธารณสุขศาสตร์ ตลอดจนศิษย์เก่าได้แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อคิดเห็นและประสบการณ์การทำงานในกลุ่มอาชีพเดียวกัน และถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานให้แก่ศิษย์ปัจจุบัน

ท้ายนี้ทางคณะผู้จัดงานประชุมวิชาการต้องขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่ให้การสนับสนุนในการจัดงานครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ให้การสนับสนุนทุก ๆ ท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความช่วยเหลือให้น่าแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้การสนับสนุนเช่นนี้ในปีต่อ ๆ ไป



(อาจารย์ ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์)

ประธานคณะกรรมการอำนวยการ

13 กันยายน พ.ศ. 2562

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
สารบัญ	4
บทความวิจัยฉบับเต็ม	8
- คุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	9
- การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกและกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน ตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์	20
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน บนที่สูงของคณงานก่อสร้างกรณีศึกษาพุทธสถานราชธานีโอศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	29
- การจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวนในโรงงานผลิตแปงมันสำปะหลัง จังหวัดบุรีรัมย์	43
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี	51
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดปทุมธานี	62
- พฤติกรรมและเจตคติด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบอาชีพ คัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ กรณีศึกษา: บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี	73
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิต ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์	85
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองใน เด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี	93
- พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	106

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี	118
- แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์	144
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอด ในพนักงานโรงงานน้ำตาล	161



กำหนดการ

การประชุมวิชาการระดับชาติด้านสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ครั้งที่ 1
The 1st National Conference on Public Health, Science and Technology 2019 (NCPHST)
“Professional update on Public Health, Environmental and Occupational Health”

ระหว่างวันที่ 13 - 14 กันยายน พ.ศ. 2562

ณ ห้องประชุมสุนารี อาคารสุรสมันนาкар มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุนารี

วันที่ศุกร์ที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2562

เวลา 08.00 - 09.00 น.	ลงทะเบียน
เวลา 09.00 - 09.15 น.	พิธีเปิดงาน
เวลา 09.15 - 09.30 น.	ชมวีดิทัศน์และการแสดง
เวลา 09.30 - 10.30 น.	เสวนา “การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นนักอนามัยสิ่งแวดล้อม และ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้อย่างมืออาชีพ” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร พงศกิตติกุล อดีตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมมาสา ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ดำเนินการเสวนาโดย อาจารย์ ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ คณบดีสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุนารี
เวลา 10.30 - 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
เวลา 10.45 - 12.00 น.	เสวนา “การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นนักอนามัยสิ่งแวดล้อม และ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้อย่างมืออาชีพ” (ต่อ)
เวลา 12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00 - 15.00 น.	แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ห้องย่อย ห้องย่อยที่ 1 นำเสนอ Oral Presentation ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเกี่ยวข้อง ห้องย่อยที่ 2 นำเสนอ Oral Presentation ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และเกี่ยวข้อง ห้องสุนารี นำเสนอ Poster Presentation นิทรรศการผลงาน สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรม และนำเสนอ Project ผลงานของนักศึกษา
เวลา 15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
เวลา 15.15 - 16.30 น.	ประกาศผลการนำเสนอผลงาน/มอบรางวัล

วันเสาร์ที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2562

เวลา 08.30 - 9.00 น.	ลงทะเบียน
เวลา 09.00 - 11.00 น.	บรรยายทางวิชาการ เรื่อง แนวคิดความเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurship) และการประยุกต์ใช้ในวิชาชีพ โดย คุณพงศ์วรวิทย์ หมื่นยงธิ เจ้าหน้าที่บริหารโครงการและวิชาการ โครงการจัดตั้งสถานพัฒนาความเป็นผู้ประกอบการ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
เวลา 11.00 - 11.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
เวลา 11.15 - 11.30 น.	ปิดการประชุม
เวลา 13.00 - 16.00 น.	Campus Tour
เวลา 16.00 น.	เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ

บทความวิจัยฉบับเต็ม

คุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Drinking Water Quality in water in the Partnership Network School of

Ubon Ratchathani University

สุภาณี จันทรศิริ* สิทธิชัย ใจขาน ลักษณีย์ บุญขาว

กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขานามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*E-mail :supanee_ys@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำดื่มของโรงเรียนในเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีจำนวน 10 โรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการสำรวจและสอบถามบุคลากรในโรงเรียนโดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจคุณภาพน้ำดื่มและสำรวจสภาพแวดล้อม ทำการวิเคราะห์คุณภาพน้ำ 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพน้ำทางกายภาพ ,เคมีทั่วไป, โลหะหนักทั่วไป, โลหะหนักสารเป็นพิษ และแบคทีเรีย โดยเทียบกับมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2553 ใช้เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการและเครื่องวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพน้ำดื่มพบว่ามีค่าพารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 พารามิเตอร์ ได้แก่ ปริมาณค่าคลอรีนอิสระคงเหลือ, คุณภาพน้ำทางแบคทีเรีย, ค่าความเป็นกรด-ด่าง, เหล็ก, ปริมาณสารละลายทั้งหมดที่เหลือจากการระเหย และค่าความขุ่น โดยคิดเป็นร้อยละ 100, 80, 70, 20, 20 และ 10 ตามลำดับ ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมบริเวณก้นน้ำดื่มพบว่า หัวก๊อกน้ำมีคราบฝุ่นและไม่มีการทำความสะอาด (ร้อยละ 80) ไม่มีการล้างสารกรองน้ำตามรอบการบำรุงรักษาเนื่องจากขาดความเข้าใจในการปฏิบัติ(ร้อยละ 100) และไม่เปลี่ยนไส้กรองตามรอบการบำรุง(ร้อยละ 80)

ดังนั้นบุคลากรและนักเรียนควรได้รับการอบรมเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณตู้ก้นน้ำดื่มและเครื่องกรองน้ำ เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนและลดการสะสมของแบคทีเรีย รวมถึงการอบรมให้ความรู้เรื่องการเปิดล้างย้อนสารเคมีในไส้กรองเพื่อให้สามารถกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : คุณภาพน้ำดื่ม, โรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

1. บทนำ

น้ำเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์ต่อทุกชีวิตบนโลกอย่างมหาศาล มนุษย์ขาดน้ำไม่ได้ ด้วยอัตราการเพิ่มประชากรของโลก น้ำสะอาดกำลังหาได้ยากและควบคุมคุณภาพได้ยาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ น้ำครอบคลุมพื้นที่โลกร้อยละ 70 น้ำ มีในร่างกายมนุษย์ ร้อยละ 70 น้ำ อยู่ในเซลล์ของร่างกายมนุษย์ (ซึ่งมี 60 ล้านล้านเซลล์) ร้อยละ 70 น้ำ อยู่ในแกนกลางของเซลล์ (Nucleus) ร้อยละ 70 อีกเช่นกัน น้ำจึงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกาย แม้ว่าน้ำจะครอบคลุมโลก 2 ใน 3 แต่มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่เป็นน้ำจืด และนำมาทำเป็นน้ำเพื่ออุปโภคและบริโภค ซึ่งกว่าจะมาถึงผู้บริโภค น้ำได้ไหลผ่านที่ต่างๆ พร้อมปนเปื้อนมากับ เชื้อโรค โลหะหนัก และสารเคมี เพราะน้ำเป็นตัวทำละลายที่ดี องค์การอนามัยโลก(2557) รายงานว่า ในแต่ละปีประชากรทั่วโลก

ป่วยจากโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเกิดจากการมีเชื้อโรคปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่ม ปีละประมาณ 1,700 ล้านราย และโรคนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก ปีละ 760,000 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 รองจาก โรคปอดบวมด้วย ในส่วนของประเทศไทย ข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยาในปี 2557 ตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงมีนาคม ทั่วประเทศมีรายงานผู้ป่วย 253,967 ราย เสียชีวิต 2 ราย เมื่อเทียบกับปี 2556 ในช่วงเดียวกันพบว่าจำนวนผู้ป่วยในปีเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 15 ผู้ป่วยเกือบครึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป

จากการสำรวจกรมอนามัย (2562) ด้านคุณภาพน้ำบริโภคโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จำนวน 135 แห่ง โรงเรียนพระปริยัติธรรม จำนวน 28 แห่ง ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ จำนวน 61 แห่ง และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปี 2561 โดยกรมอนามัยพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80 โดยสาเหตุที่คุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เกิดจากการโยกย้ายผู้รับผิดชอบ ขาดการถ่ายทอดองค์ความรู้ ขาดการบำรุงรักษาเพราะบางแห่งเดินทางเข้าไปได้ยาก การปิดระบบไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะระบบทรายกรอง ขาดการดูแลระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำที่เหมาะสม และผู้ดูแลไม่ทั่วถึง เนื่องจากต้องดูแลหลายอย่าง บางคนยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

ลักษณะ บัญชาและคณะ(2557) ได้สำรวจคุณภาพน้ำดื่มโรงเรียนในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีโรงเรียนเครือข่ายทั้งหมด 16 โรงเรียนพบว่ามีการตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำดื่มที่ใช้ของโรงเรียน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและไม่ได้ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ในเรื่องของคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนเครือข่าย ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของคุณภาพน้ำดื่มจึงได้ทำการศึกษาคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยมีการเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มให้กับ

โรงเรียนเครือข่ายเพื่อให้คณะครูและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญและดำเนินการแก้ไข ดูแลรักษาคุณภาพน้ำดื่มให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนได้รับบริโภคน้ำดื่มที่สะอาดปราศจากสิ่งปนเปื้อนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจคุณภาพน้ำดื่มของโรงเรียนในเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยผู้วิจัยได้สำรวจลักษณะสภาพแวดล้อมถึงพักน้ำดิบ เครื่องกรองน้ำ และตู้จ่ายน้ำ และศึกษาคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 10 โรงเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงเรียนในเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านโนนจิก, โรงเรียนศรีษะกระปือ, โรงเรียนหนองสองห้อง, โรงเรียนบ้านศรีโค, โรงเรียนบ้านแมดคำลือชา, โรงเรียนบ้านแฮหนามแท่ง, โรงเรียนบัววัด, โรงเรียนบ้านดอนกลาง, โรงเรียนบ้านธาตุ, โรงเรียนวังยางกางสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ น้ำดื่มที่นักเรียน/บุคลากร ภายในโรงเรียนใช้ดื่ม โดยเก็บตัวอย่างจากตู้จ่ายน้ำสำหรับบริโภค โรงเรียนละ 1 จุด ทั้งหมด 10 จุด ดังนี้ โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เลือกจากจุดที่ยังมีการใช้งานในปัจจุบัน มีการใช้งานบ่อยมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทั่วไปของถังพักน้ำ เครื่องกรองน้ำ และตู้จ่ายน้ำดื่ม

เป็นแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของถังพักน้ำ เครื่องกรองน้ำและจุดบริการน้ำดื่มโดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ สถานที่ตั้ง วันที่ทำการตรวจตักน้ำครั้ง อายุการใช้งานนับจากวันที่นำมาบริการ การทำความสะอาดตู้กักน้ำและเครื่องกรองน้ำ และข้อมูลสภาพแวดล้อมด้านกายภาพของตัก จำนวน 22 ข้อ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ สังเกต และสอบถามจากผู้ดูแล

2. เครื่องมือทดสอบคุณภาพน้ำ

จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างและตรวจวัดคุณภาพน้ำ และลงพื้นที่เก็บตัวอย่างน้ำ พร้อมทั้งตรวจคุณภาพน้ำโดยชุดตรวจภาคสนาม บันทึกผลตรวจภาคสนามและเก็บน้ำดื่มจากตู้จ่ายน้ำทุกจุดในโรงเรียนเพื่อมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพน้ำดื่มและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย 2553 ตรวจวัด วิเคราะห์ และสรุปผลการวิเคราะห์ผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำดื่มโดยใช้ห้องปฏิบัติการ

ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ
น้ำบริโภคของกรมอนามัย พ.ศ. 2553

ผลการศึกษา

1.ด้านคุณภาพน้ำ

1.1 คุณภาพน้ำด้านกายภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าค่า pH ของน้ำดื่มอยู่ระหว่าง 5.74 – 7.20 มีค่าไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
จำนวน 8 โรงเรียน ส่วนมากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ค่าความขุ่นอยู่ระหว่าง 0.20 – 6.50
NTU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 9 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1 โรงเรียน คิดเป็น
ร้อยละ 10.00

1.2 คุณภาพน้ำด้านเคมี

ค่า TDS อยู่ระหว่าง 254.74-1,350.14 mg/L ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 2 โรงเรียน คิดเป็น
ร้อยละ 20.00 ดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ได้แก่ ค่าความ
กระด้าง(Hardness) อยู่ระหว่าง 41.64 – 93.23 mg/L ค่าซัลเฟต(SO_4) อยู่ระหว่าง 9.30 – 17.74 mg/L
ค่าคลอไร (Cl) อยู่ระหว่าง 36.50 – 164.44 mg/L ค่าไนเตรท อยู่ระหว่าง 3.40 – 23.61 mg/L ค่าฟลูออไรด์
อยู่ระหว่าง 0.25 – 0.44 mg/L

ค่าคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual Free Chlorine) ทำการเก็บ ณ จุดจ่ายน้ำประปา เพื่อติดตาม
ปริมาณคงเหลือในเส้นท่อ พบว่า ทุกโรงเรียน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีค่าคลอรีน
อิสระคงเหลือ เท่ากับ 0

1.3 คุณภาพน้ำด้านโลหะหนัก

ค่า เหล็ก ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1 โรงเรียน โดยมีค่าเท่ากับ 0.95 mg/L คิดเป็นร้อยละ
10.00 ดัชนีชี้วัดคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ได้แก่ แมงกานีส ทองแดง
สังกะสี ตะกั่ว โครเมียม แคดเมียม สารหนู และปรอท

1.4 คุณภาพน้ำด้านชีวภาพ

แบคทีเรียประเภทโคลิฟอร์ม (Coliform bacteria) พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 8 โรงเรียน คิด
เป็นร้อยละ 80.00 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 2.2 – 1,100 MPN/100 ml ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 โรงเรียน คิด
เป็นร้อยละ 20.00 โดยไม่พบแบคทีเรีย

แบคทีเรียประเภทฟีคัลโคลิฟอร์ม(Faecal coliform bacteria) พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 8 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 1.1 – 460 MPN/100 ml ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 20.00 โดยไม่พบแบคทีเรีย

2.ด้านสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมของถังพักน้ำ เครื่องกรองน้ำ ตู้จ่ายน้ำในโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

จากการสำรวจพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ การป้องกันสัตว์ เข้าไปสัมผัสก๊อก , มีการป้องกันการปนเปื้อนจากแมลงและสัตว์พาหะนำโรค เช่น มีฝาครอบปิดตัวเครื่องทำน้ำเย็น/หรือบริเวณจ่ายน้ำคิดเป็นร้อยละ 100.00 บริเวณพื้นที่ตั้งเฉอะแฉะและสกปรกคิดเป็นร้อยละ 90.00 บริเวณจ่ายน้ำและหัวก๊อกน้ำไม่สะอาด คิดเป็นร้อยละ 80.00

ด้านการทำความสะอาดและการดูแลบริเวณที่จ่ายน้ำ ก๊อกน้ำ และเครื่องกรอง พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ไม่ล้างทำความสะอาดที่เก็บน้ำ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ,ไม่มีการป้องกันการปนเปื้อนจากแมลงและสัตว์พาหะนำโรค เช่น มีฝาครอบปิดตัวเครื่องทำน้ำเย็น/หรือบริเวณจ่ายน้ำ,ล้างทำความสะอาดเปลี่ยนไส้กรองทุก 6 เดือนและล้างไส้กรอง หรือล้างย้อนตามข้อแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่มีการใช้แก้วส่วนตัวในการดื่มน้ำ คิดเป็นร้อยละ 80.00

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำ เทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2553

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางกายภาพ และทางเคมีทั่วไป (n=10)

โรงเรียน	ดัชนีคุณภาพน้ำ (มาตรฐาน)								
	pH (6.5-8.5)	Turbidity (ไม่เกิน 5)	TDS (ไม่เกิน1,000)	Hardness (ไม่เกิน500)	SO ₄ (ไม่เกิน 250)	Cl (ไม่เกิน 250)	NO ₃ (ไม่เกิน 50)	F (ไม่เกิน 0.7)	Residual Free Chlorine (0.2 - .05)
1.โรงเรียนบ้านโนนจิก	6.95	1.30	254.74	41.64	9.30	36.50	4.87	0.36	0.00
2.โรงเรียนศรีสะเกษบือ	5.96	0.35	564.60	49.50	11.74	87.77	4.42	0.12	0.00
3.โรงเรียนหนองสองห้อง	5.74	2.00	576.83	49.67	16.39	89.61	3.64	0.07	0.00
4.โรงเรียนบ้านศรีโค	5.98	1.32	870.97	53.90	14.33	102.40	12.60	0.24	0.00
5.โรงเรียนบ้านแมดคำลือชา	5.74	1.05	566.36	41.77	17.74	88.12	6.40	0.14	0.00
6.โรงเรียนบ้านแอหนามแห่ง	6.78	0.64	642.42	43.80	11.64	89.74	12.10	0.25	0.00
7.โรงเรียนบัววัด	5.43	0.20	728.78	45.64	14.21	97.50	11.76	0.16	0.00
8.โรงเรียนบ้านดอนกลาง	5.77	0.95	1,050.32	41.27	14.65	164.44	23.61	0.43	0.00
9.โรงเรียนบ้านธาตุ	7.20	0.32	546.64	43.54	9.46	84.14	3.40	0.21	0.00
10.โรงเรียนวังยางกางสูง	5.64	6.50	1,350.14	93.23	15.22	142.49	32.11	0.44	0.00

หมายเหตุ : วิธีตรวจวิเคราะห์เป็นไปตามวิธีการในหนังสือ Standard Methods for the Examination of Water and Waste and Wastewater Edition 21th 2005 APHA AWWA WEF.

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำ เทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2553

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางโลหะหนักและแบคทีเรีย (n=10)

โรงเรียน	ดัชนีคุณภาพน้ำ (มาตรฐาน)										
	Fe (0.5mg/L)	Mn (0.3mg/L)	Cu (1.0 mg/L)	Zn (3.0 mg/L)	Pb (0.01 mg/L)	Cr (0.05 mg/L)	Cd (0.003 mg/L)	AS (0.01mg/L)	Hg (0.001mg /L)	Coliform Bacteria MPN/100 ml (ต้องไม่พบ)	Fecal Coliform Bacteria MPN/100 ml (ต้องไม่พบ)
1.โรงเรียนบ้านโนนจิก	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	ไม่พบ	ไม่พบ
2.โรงเรียนศรีสะเกษบือ	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	460	20
3.โรงเรียนหนองสองห้อง	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	150	64
4.โรงเรียนบ้านศรีโค	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	1100	150
5.โรงเรียนบ้านแมคคำลือชา	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	1100	93
6.โรงเรียนบ้านแฮหนามแท่ง	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	2.2	1.1
7.โรงเรียนบัววัด	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	150	9
8.โรงเรียนบ้านดอนกลาง	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	1100	240
9.โรงเรียนบ้านธาตุ	<0.5	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	ไม่พบ	ไม่พบ
10.โรงเรียนวังยางกางสูง	0.95	<0.3	<1.0	<3.0	0	0	0	0	0	1100	460

หมายเหตุ : วิธีตรวจวิเคราะห์เป็นไปตามวิธีการในหนังสือ Standard Methods for the Examination of Water and Waste and Wastewater Edition 21th 2005

APHA AWWA WEF.

ตารางที่ 3 สภาพแวดล้อมของถังพักน้ำ เครื่องกรองน้ำ ตู้จ่ายน้ำและคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนเครือข่าย
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี (n = 10)

ข้อ	สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ	ผลการสำรวจ	
		ผ่าน(ร้อยละ)	ไม่ผ่าน(ร้อยละ)
1	ที่กักน้ำตั้งอยู่ห่างจากบริเวณที่มีฝุ่นละอองไม่น้อยกว่า 30 เมตร	7(70.00)	3(30.00)
2	ที่กักน้ำตั้งอยู่ห่างจากจุดรวบรวมขยะมูลฝอยไม่น้อยกว่า 30 เมตร	9(90.00)	1(10.00)
3	ที่กักน้ำตั้งอยู่ห่างจากบริเวณแหล่งระบายน้ำเสียไม่น้อยกว่า 30 เมตร	10(100.00)	-
4	มีการป้องกันสัตว์ เข้าไปสัมผัสก๊อก	-	10(100.00)
5	ที่กักน้ำและเครื่องกรองน้ำตั้งอยู่ห่างจากบริเวณมูลสัตว์ ขยะ น้ำเสีย ไม่น้อยกว่า 10 เมตร	8 (80.00)	2(20.00)
6	บริเวณพื้นที่ตั้ง ไม่เฉอะแฉะและสกปรก มีการระบายน้ำที่ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดการปนเปื้อน	1(90.00)	9 (90.00)
7	หัวจ่ายน้ำดื่มต้องอยู่สูงจากระดับพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร	10(100.00)	-
8	อุปกรณ์จ่ายน้ำ ต้องทำจากวัสดุที่ไม่เป็นสนิม มีความทนทาน สามารถป้องกันอันตรายจากกระแสไฟฟ้าดูดได้	9(90.00)	1(10.00)
9	บริเวณจ่ายน้ำสะอาด ไม่มีตะไคร่น้ำเกาะ	2 (20.00)	8(80.00)
10	บริเวณจ่ายน้ำสะอาด ไม่มีหยากไย่	2 (20.00)	8(80.00)
11	หัวจ่ายน้ำดื่มสะอาด ไม่มีคราบตะไคร่น้ำเกาะตามหัวจ่าย	2 (20.00)	8(80.00)
12	มีการทำความสะอาดรางระบาย บริเวณดื่ม น้ำทุกวัน	2 (20.00)	8(80.00)
13	ฐานรองรับที่ตั้งก๊อกไม่แตกร้าว/หรือสีกร่อน	10(100.00)	-
14	แหล่งน้ำที่นำมาใช้ในการผลิตต้องเป็นน้ำที่มีคุณภาพดี ได้แก่ น้ำประปา น้ำบาดาล เป็นต้น	10(100.00)	-
15	มีการป้องกันการปนเปื้อนจากแมลงและสัตว์พาหะนำโรค เช่น มีฝาครอบปิดตัวเครื่องทำน้ำเย็น/หรือบริเวณจ่ายน้ำ	-	10(100.00)
16	เส้นท่อที่ให้น้ำเข้า-ออก ต้องไม่แตก ชำรุดเสียหาย อยู่ในสภาพดี	10(100.00)	-
17	มีการทำความสะอาดสถานที่ตั้งของตู้ น้ำเป็นประจำทุกวัน เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละอองและเชื้อโรค	2 (20.00)	8(80.00)

ข้อ	สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ	ผลการสำรวจ	
		ผ่าน(ร้อยละ)	ไม่ผ่าน(ร้อยละ)
18	ล้างทำความสะอาดที่เก็บน้ำ ทุก 6 เดือน	-	10(100.00)
19	ทำความสะอาดพื้นผิวตู้จ่ายน้ำ ให้สะอาดไม่มีคราบสกปรก	2 (20.00)	8(80.00)
20	ทำความสะอาดหัวจ่ายน้ำ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ให้สะอาดไม่มีคราบสกปรก	2 (20.00)	8(80.00)
21	ล้างทำความสะอาดเปลี่ยนไส้กรองทุก 6 เดือน	-	10(100.00)
22	ล้างไส้กรอง หรือล้างย้อนตามข้อแนะนำ	-	10(100.00)
23	มีการเปลี่ยนแก้วหลังจากใช้ดื่มแล้วทุกครั้ง/มีแก้วส่วนตัว	2 (20.00)	8(80.00)

อภิปรายผลการศึกษา

1. คุณภาพน้ำดื่มของโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

จากผลการศึกษาพบว่าค่า pH ของน้ำดื่ม มีค่าไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 8 โรงเรียน ส่วนมากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ค่าความขุ่น ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 10.00 น้ำที่ผ่านเครื่องกรองน้ำ เป็นน้ำประปาหมู่บ้านที่มีน้ำดิบเป็นน้ำบาดาล ไม่ได้มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำด้านความเป็นกรด-ด่างก่อน ทำให้มีค่า pH ที่ค่อนข้างต่ำ และด้านความขุ่นพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 โรงเรียน อาจเนื่องมาจากการการสะสมของตะกอนดิน เนื่องจากถังพักน้ำไม่มีการล้างทำความสะอาดตามรอบการบำรุงรักษา และพบว่ามีปัญหาในช่วงแรกที่เปิดก๊อกน้ำ ดังนั้นจึงควรมีการทำความสะอาดถังพักน้ำตามรอบการรักษา อย่างน้อย 6 เดือน /ครั้ง (คู่มือการควบคุมและเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

ด้านค่าคลอรีนอิสระพบว่ามีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด 10จุด คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งตามค่ามาตรฐานของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 กำหนดค่าคลอรีนอิสระอยู่ระหว่าง 0.2-0.5 mg/ l ซึ่งแต่ละโรงเรียนมีค่าที่ต่ำกว่าที่กำหนดไว้เนื่องจากน้ำแต่ละโรงเรียนมีแหล่งน้ำดิบจากน้ำบาดาล ซึ่งนำไปทำประปาหมู่บ้าน แล้วส่งต่อมายังโรงเรียน จากการสอบถามบุคลากรในโรงเรียนพบว่า ประปาหมู่บ้านส่วนมากจะไม่พบคลอรีนในน้ำเนื่องจาก ผู้ดูแลอาจขาดความเข้าใจด้านปริมาณการเติมคลอรีนที่เหมาะสม และขาดทักษะการปรับปรุงคุณภาพน้ำ ซึ่งหากน้ำไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนก็จะส่งผลให้น้ำมีค่าความสกปรกที่ส่งผลให้เกิดโรคอื่นๆตามมาเช่นท้องร่วงท้องเสีย ซึ่งเชื่อมโยงกับการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟิคอลโคลิฟอร์มของตัวอย่างน้ำจำนวน 8จุด จุดมีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ80.00 ซึ่งตามค่ามาตรฐานของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 ได้กำหนดไว้ว่าไม่ควรพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียซึ่งเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเป็นดัชนีชี้วัดน้ำมีค่าความสกปรกในน้ำ

ด้านโลหะหนักพบว่า ค่าเหล็ก ไม่ผ่านมาตรฐาน 1 โรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 10.00 เนื่องจากทางโรงเรียนใช้

น้ำบาดาลเป็นน้ำดิบ จึงพบโอกาสการปนเปื้อนของเหล็กที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการสอบถามพบว่าน้ำมีตะกอนสีแดง และขุ่น หลังจากเปิดออกจากก๊อก เพราะเหล็กในน้ำบาดาลสามารถตกตะกอนได้ทันทีภายหลังการเติมอากาศ ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหา อาจทำได้โดย การกรองได้ด้วยทรายกรอง การออกซิเดชันเหล็ก (สำนักบริหารจัดการน้ำ กรมทรัพยากรน้ำ, 2553)

2. ด้านสภาพแวดล้อม และการดูแลรักษาเครื่องกรองน้ำ

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป พบว่าส่วนมาก ไม่มีการทำความสะอาดหัวก๊อกจ่ายน้ำ และวางระบายน้ำ ทำให้พบคราบตะไคร่น้ำ รวมถึงเศษดินบริเวณก๊อกน้ำ ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสการปนเปื้อนของแบคทีเรียได้ ดังนั้นจึงควรมีการทำความสะอาดเป็นประจำ

ด้านการดูแลรักษาความสะอาดทางสภาพแวดล้อมบริเวณก้นน้ำดื่ม พบว่ามีการล้างทำความสะอาดไม่สม่ำเสมอ และจากการสังเกตและสอบถามวิธีการล้างของผู้ดูแลได้ใช้อุปกรณ์ในการล้างคือ น้ำยาทำความสะอาด และฟองน้ำ โดยปล่อยน้ำออกจากถังพักน้ำออกให้หมดแล้วล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด จากนั้นล้างออกด้วยน้ำสะอาด และล้างทำความสะอาดฟองน้ำด้วยน้ำสะอาดธรรมดา ในส่วนของฟองน้ำในการล้างทำความสะอาดนั้นจะเปลี่ยนเมื่อสังเกตว่าไม่สามารถใช้งานได้ หรือชำรุด ซึ่งถือเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขได้สุ่มตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอาหารเป็นพิษในฟองน้ำล้างจานพบเชื้อ salmonella ที่ทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ อูจจาระร่วง ซึ่งฟองน้ำที่พบเชื้อโรคอาหารเป็นพิษนั้นตรวจพบในฟองน้ำมีอัตราสูงมาก ซึ่งโอกาสที่เชื้อจุลินทรีย์ในแผ่นฟองน้ำจะติดอยู่กับภาชนะที่ใช้ฟองน้ำล้างทำความสะอาดและมีโอกาสปนเปื้อนในน้ำดื่มสูงมาก รวมถึงการเลือกสถานที่ติดตั้งเครื่องทำน้ำเย็นบางจุดยังพบว่ามีกรติดตั้งไว้บริเวณหน้าต่างน้ำ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเส้นท่อในการจ่ายน้ำ ที่อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งจากผลการวิจัยได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิระ ธาตุพิกุลทองและคณะ (2551) มีการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านจุลินทรีย์ซึ่งตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานในบางจุด พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 36 ตัวอย่าง (ร้อยละ 12.1) เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย พ.ศ. 2553 คือ ต้องตรวจไม่พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาวัฒน์ รักกลม และคณะ(2553) ที่ตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดจากเครื่องทำน้ำเย็น ในมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุงมีค่าเกินค่ามาตรฐาน การบำรุงตามรอบการรักษายังทำได้ไม่เหมาะสม เช่น การเปลี่ยนไส้กรอง และการล้างย้อน เนื่องจากบุคลากรยังขาดทักษะการดูแลเครื่องกรองน้ำ จึงทำให้ไม่มีการทำความสะอาดอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรผู้ดูแลระบบน้ำดื่มโรงเรียน ควรได้รับการอบรมในเรื่องการล้างไส้กรอง และการล้างย้อนสารกรอง
2. ควรมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนเข้าเครื่องกรอง เนื่องจากพบว่า มีค่า pH ที่ต่ำ และการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนเข้าเครื่องกรอง จะทำให้สามารถเพิ่มอายุการใช้งานของไส้กรองและสารกรองน้ำ
3. ควรมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำด้านคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปา เนื่องจากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกโรงเรียน จึงจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงด้านการเติมคลอรีน

การนำไปใช้ประโยชน์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้นำข้อมูลการวิจัยไปปรับปรุงการจัดการคุณภาพน้ำดื่มโรงเรียนเครือข่ายฯ โดยการให้งบประมาณในการเปลี่ยนไส้กรองและสารกรองในเครื่องกรองน้ำ รวมถึงมีการนำไปสู่การให้บริการวิชาการ เรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาเครื่องกรองน้ำแก่บุคลากรในโรงเรียน รวมถึงการให้สุศึกษาแก่นักเรียนให้ตระหนักถึงการรักษาความสะอาดบริเวณตู้กดน้ำ และการรักษาสุขลักษณะส่วนบุคคลในการใช้แก้วน้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงเรียนโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตลอดจนบุคลากรในโรงเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตรวจคุณภาพน้ำดื่มและสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

กมลลักษณ์ มูลศรีและภานุชิต ศรีบุญมา(2559). คุณภาพน้ำดื่มของเครื่องทำน้ำเย็นในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ปัญหาพิเศษ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ. [สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2561]. แหล่งสืบค้น URL; <http://enhealthplan.anamai.moph.go.th>

ธนาวัฒน์ รักกมล และคณะ(2555). คุณภาพน้ำดื่มจากเครื่องทำน้ำเย็นในมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ; 15(2): หน้า 18-26.

ประกาศกรมอนามัย เรื่องมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ พ.ศ.2553 (2553,13 ตุลาคม) .ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2543

พีระ ธาตุพิกุลทอง, จีรภัทร พลายนาม และณัฐนาภรณ์ วงศ์บุญเกื้อกูล (2551). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของน้ำดื่มตู้หยอดเหรียญ. วารสารอาหารและยา. เล่ม2, หน้า 45-56

ลักษณีย์ บุญขาว และคณะ(2556). การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิมลมาศ สดาร์ตน์(2550). การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางแบคทีเรีย. กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ สำนักวิจัยและพัฒนา กรมชลประทาน.หน้า 108-115

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกและกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน
ตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์

A study of knowledge and behavior of municipal solid waste separation and disposal of
people in the Ban Yang community, Buriram province

ศิริกัญญา ฤทธิแปล¹ พงศ์ธร แสงชุตี^{1*} วิชาญ บุญคำ¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาเขตบุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น 31000

Correspondence E-mail: Saengchuti@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกและกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยแบบตรวจเช็ครายการ และการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอยด้วยวิธี Quartering ทั้ง 19 หมู่บ้าน พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับระดับการศึกษา ยกเว้น มี 1 ข้อ ที่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยกับระดับการศึกษาเรื่องการแก้ไขปัญหา ขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้น ($p = 0.030$) และองค์ประกอบของขยะมูลฝอยของตำบลบ้านยางโดย ส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดขยะทั่วไป 0.0091 กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน รองลงมาคือ ขยะรีไซเคิล 0.0067 กิโลกรัม ต่อวันต่อครัวเรือน และขยะอันตราย 0.0020 กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน แต่ไม่พบขยะติดเชื้อ ซึ่งพฤติกรรมการ จัดการขยะมูลฝอยของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลที่เกิดขึ้น ($p = 0.046$) แต่มีความสัมพันธ์กับขยะอันตรายที่เกิดขึ้น ($p = 0.539$)

คำสำคัญ: ความรู้และพฤติกรรม, ขยะมูลฝอยชุมชน, พื้นที่ตำบลบ้านยาง

1. บทนำ

ขยะมูลฝอยในปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นในหลายพื้นที่ที่มีการเจริญเติบโตทั้งในด้านเศรษฐกิจ และด้านการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร รวมทั้งการขยายตัวของชุมชน โดยขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีการกำจัดที่ แตกต่างกันขึ้นกับประเภทของขยะมูลฝอย เช่น ขยะติดเชื้อเหมาะกับการเผาทำลาย ขยะอินทรีย์เหมาะกับการหมัก ทำปุ๋ย เป็นต้น (Olukanni et al., 2013) แต่แหล่งรวบรวมและกำจัดหลายพื้นที่ของประเทศไทยนิยมใช้การฝังกลบ เพราะทำได้ง่าย ไม่ต้องดูแลรักษาเท่ากับวิธีอื่น ๆ ทั้งนี้วิธีการฝังกลบดังกล่าวในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอย ล้นบ่อเนื่องจากมีปริมาณมากเกินพอสำหรับการฝังกลบซึ่งไม่สามารถกำจัดได้ทันทั่วทั้งที่ จนกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคได้ง่ายขึ้น

ปัญหาขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีส่วนมากมาจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบ ของขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นไปด้วย โดยใน พ.ศ. 2544-2545 กรุงเทพฯ ฯ มีประชากรเพิ่มมากขึ้นจากเดิมราว 56,000 คน มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นเพิ่มจากเดิม 300 กิโลกรัมต่อวัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2547; กรมการปกครอง, 2546) ซึ่งมี

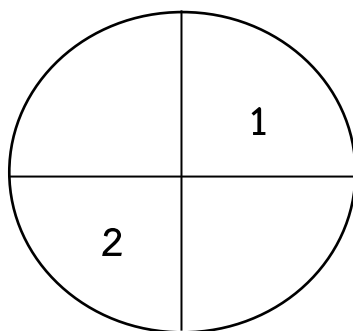
ปริมาณมากกว่าขยะมูลฝอยในเมืองกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซียประมาณเกือบ 2 เท่า ในขณะที่จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 36,00 คน (Badgie et al., 2012; MHLG, 2003) และจากการศึกษาในพื้นที่ตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2558 พบขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 6,991 กิโลกรัมต่อวัน เมื่อคาดการณ์แนวโน้มการเกิดขยะมูลฝอยในทุก ๆ 5 ปี พบว่า ขยะมูลฝอยมีปริมาณเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 455 กิโลกรัมต่อวัน โดยประกอบด้วยขยะมูลฝอยอินทรีย์มากกว่าประเภทอื่น ๆ (วินัย มีแสง, 2559) การเพิ่มขึ้นของประชากรจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการเกิดขยะมูลฝอย เช่นเดียวกับพื้นที่ชุมชนของตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีการขยายตัวจากอดีต โดยประกอบด้วย 2,539 ครัวเรือน (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2561) ประชากรทั้งสิ้น 13,152 คน แบ่งออกเป็น 19 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย และเกษตรกรรม ปัจจุบันชุมชนของตำบลบ้านยางมีประชากรเพิ่มจากเดิม และมีอัตราการใช้ที่ดินเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการอุปโภค บริโภค และที่อยู่อาศัย ผลกระทบที่เกิดตามมาคือการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชน ขยะมูลฝอยบางชนิดเป็นอันตรายและปนเปื้อนในแหล่งน้ำ ดิน อากาศ และอาหาร ทำให้คนที่อาศัยในชุมชนเสี่ยงต่ออันตรายจากการเป็นโรคต่าง ๆ อีกทั้งขยะยังส่งกลิ่นเหม็นสร้างความรำคาญ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคหากชุมชนไม่มีระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม และขาดกระบวนการบริหารและการจัดการที่ถูกต้อง นอกจากนี้ปัญหาของขยะมูลฝอยจะลดลงต้องมีปัจจัยด้านความรู้เบื้องต้น และพฤติกรรม เกี่ยวกับการคัดแยกและกำจัดขยะที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบที่สำคัญร่วมกัน เช่นเดียวจากการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดขยะมูลฝอยของเอเชียใน พ.ศ. 2568 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรน้อยกว่าประเทศอื่น (ร้อยละ 39) แต่มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นมากที่สุด (1.5 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน) (World Bank report, 1999) จากปัญหาดังกล่าวของชุมชนตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจเพื่อให้ทราบความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกและกำจัดขยะมูลฝอยของประชากรในชุมชน รวมทั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมดังกล่าวแก่ผู้สนใจต่อไป

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

2.1 ขอบเขตการวิจัย

1) การศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ด้วยการสำรวจข้อมูลการสังเกตใช้แบบตรวจเช็ครายการ (Check List) กับผู้ที่ก่อให้เกิดขยะของครัวเรือนทั้ง 19 หมู่บ้านแบบสุ่มรวม 190 คน โดยแบบสำรวจที่นำมาใช้ปรับปรุงมาจากพิเชษฐ์ คงนอก (2555) ที่ได้รับการตรวจคุณภาพของเครื่องมือแล้วมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.929 ($\alpha = 0.929$)

2) การศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอย ซึ่งแบ่งการศึกษาขยะมูลฝอยเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะติดเชื้อ โดยการศึกษาขยะมูลฝอยด้านกายภาพ ทำการสุ่มเก็บตัวอย่างหมู่ละ 1 แห่ง เลือกจากแหล่งกำจัดขยะมูลฝอย รวม 19 แห่ง จำนวน 3 วัน โดยกำหนดเป็นจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ สำหรับองค์ประกอบของขยะมูลฝอยด้วยวิธี Quartering (อลงกรณ์ พิงจันตุม, ม.ป.ป.) น้ำหนักรวม 40 กิโลกรัม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนน้ำหนักเท่ากัน เลือก 2 ส่วนในการวิเคราะห์องค์ประกอบทางกายภาพ ดังแสดงในรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบของขยะ

การวิเคราะห์อัตราการเกิดขยะมูลฝอยจากผลการศึกษารายองค์ประกอบของขยะมูลฝอยด้วยวิธี Quartering โดยใช้สูตรที่ 1 ในการคำนวณ

$$\text{อัตราการเกิดขยะมูลฝอย (กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน)} = \frac{\text{น้ำหนักขยะมูลฝอยที่ชั่งได้ (กิโลกรัมต่อวัน)}}{\text{จำนวนครัวเรือน}} \quad (1)$$

2.2 ขอบเขตประชากรตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พื้นที่ที่ทำการศึกษาดำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย

1) ครัวเรือนที่เป็นแหล่งกำเนิดของขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 2,539 ครัวเรือน แบ่งออกเป็น 19 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านยาง-1 หมู่ 2 บ้านยาง-2 หมู่ 3 บ้านยางบูรพา หมู่ 4 บ้านยางประจิม หมู่ 5 บ้านยาง หมู่ 6 บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ 7 บ้านมะค่าเหนือ หมู่ 8 บ้านมะค่าเหนือ หมู่ 9 บ้านโสน หมู่ 10 บ้านตามัวะ หมู่ 11 บ้านหนองไผ่ หมู่ 12 บ้านงิ้ว หมู่ 13 บ้านบ้านทุ่งสว่าง หมู่ 14 บ้านโคกเจริญ หมู่ 15 บ้านผักบั้ง หมู่ 16 บ้านยางหักฉิม หมู่ 17 บ้านยางโคกขาม หมู่ 18 บ้านลำดวน และหมู่ 19 บ้านสวายจิก

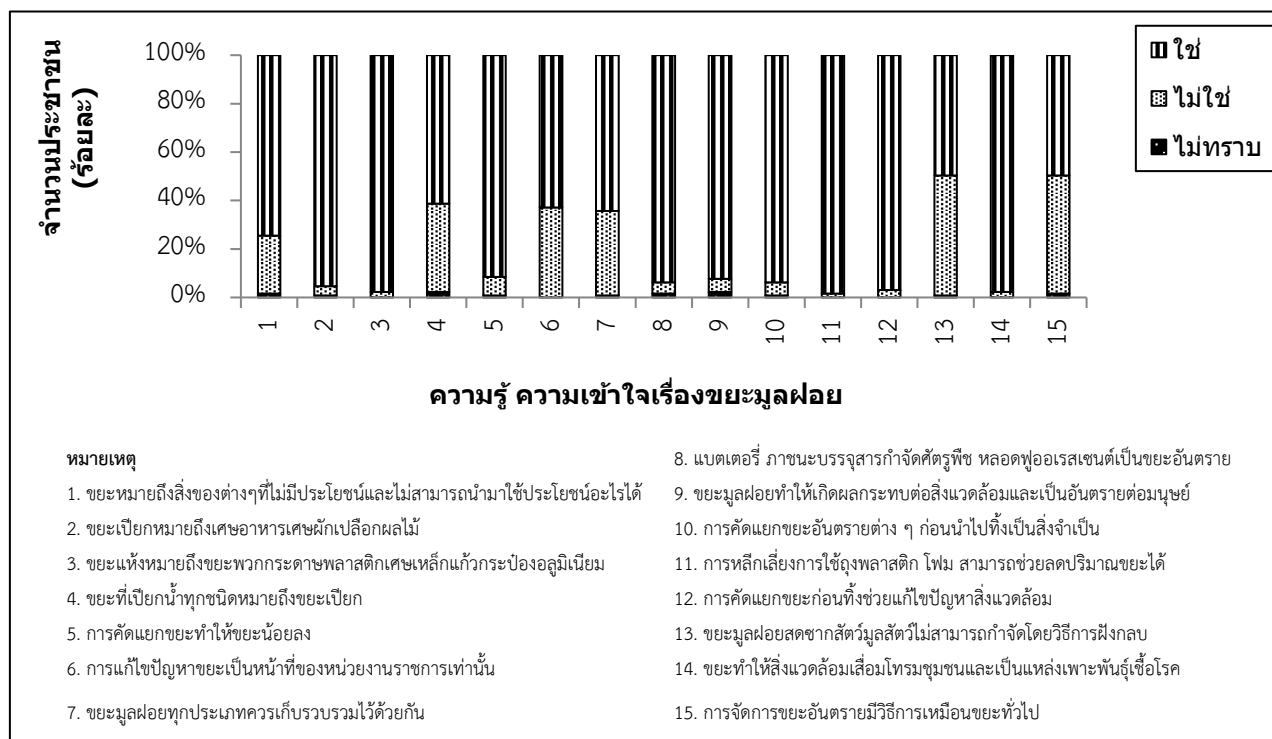
2) ประชากรผู้ที่ก่อเกิดขยะมูลฝอยทั้ง 19 หมู่บ้าน โดยการเก็บตัวอย่างแบบสุ่มหมู่บ้านละ 10 คน รวม 190 คน จากประชากรทั้งสิ้น 13,152 คน

3. ผลการวิจัย

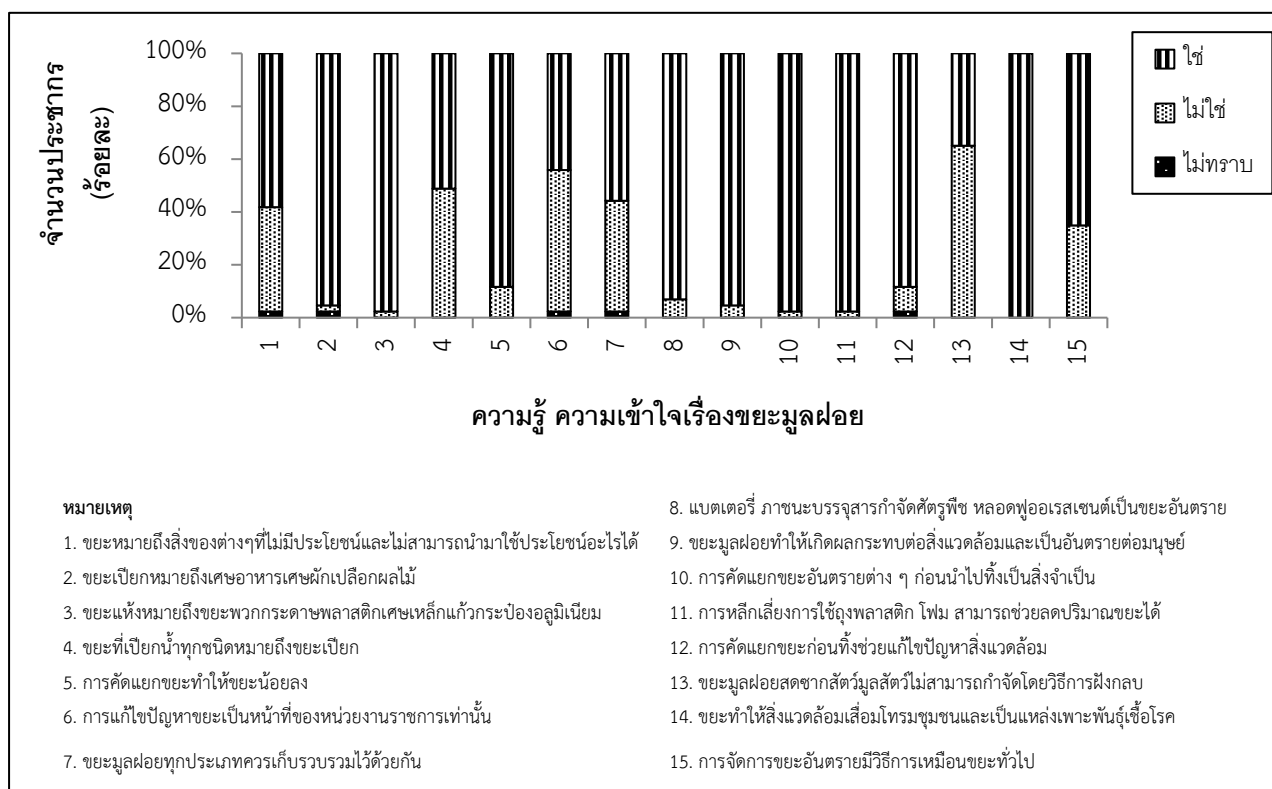
3.1 ความรู้และความเข้าใจเรื่องขยะมูลฝอยของประชาชน

ผลการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบตรวจเช็ครายการ (Check List) แบบสุ่มจำนวน 19 หมู่บ้าน 190 คน พบว่า ประชาชนในตำบลบ้านยางสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 67.89 22.63 และ 9.47 ตามลำดับ ดังนั้นการศึกษานี้จะใช้แบบสำรวจของ ประชากรตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ในพื้นที่รวมทั้งสิ้น 172 ตัวอย่าง แยกเป็นระดับประถมศึกษา 129 ตัวอย่าง ดังแสดงในรูปที่ 3.1 พบว่า ประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านยางมีความคิดเห็นตอบใช่ (ข้อ 11) การ หลีกเลี่ยงการใช้ถุงพลาสติก โฟม สามารถช่วยลดปริมาณขยะได้ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 98.40 และมีความคิดเห็น ตอบใช่ (ข้อ 13) ขยะมูลฝอยสดซากสัตว์มูลสัตว์ไม่สามารถกำจัดโดยวิธีการฝังกลบ กับ (ข้อ15) การจัดการขยะ

อันตรายมีวิธีการเหมือนขยะทั่วไป น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.60 เท่ากันตามลำดับ ส่วนระดับมัธยมศึกษา 43 ตัวอย่าง ดังแสดงในรูปที่ 3.2 พบว่า ประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านยางมีความคิดเห็นตอบไข (ข้อ 14) ขยะทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมชุมชนไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 และมีความคิดเห็นตอบไข (ข้อ 13) ขยะมูลฝอยสดซากสัตว์มูลสัตว์ไม่สามารถกำจัดโดยวิธีการฝังกลบ น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.90 รองลงมาคือ (ข้อ 6) การแก้ไขปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 44.20



รูปที่ 3.1 ความรู้ ความเข้าใจของประชาชนระดับประถมศึกษา



รูปที่ 3.2 ความรู้ ความเข้าใจของประชาชนระดับมัธยมศึกษา

จากการสำรวจความรู้ ความเข้าใจของประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านยางทั้ง 19 หมู่บ้าน ใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของประชากรโดยใช้สถิติ Chi-Square Tests ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากตารางที่ 3.1 พบว่า ระดับการศึกษาของประชากรในพื้นที่นี้มีความสัมพันธ์กับ (ข้อ6) การแก้ไขปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.030

ตารางที่ 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องขยะมูลฝอยกับระดับการศึกษา

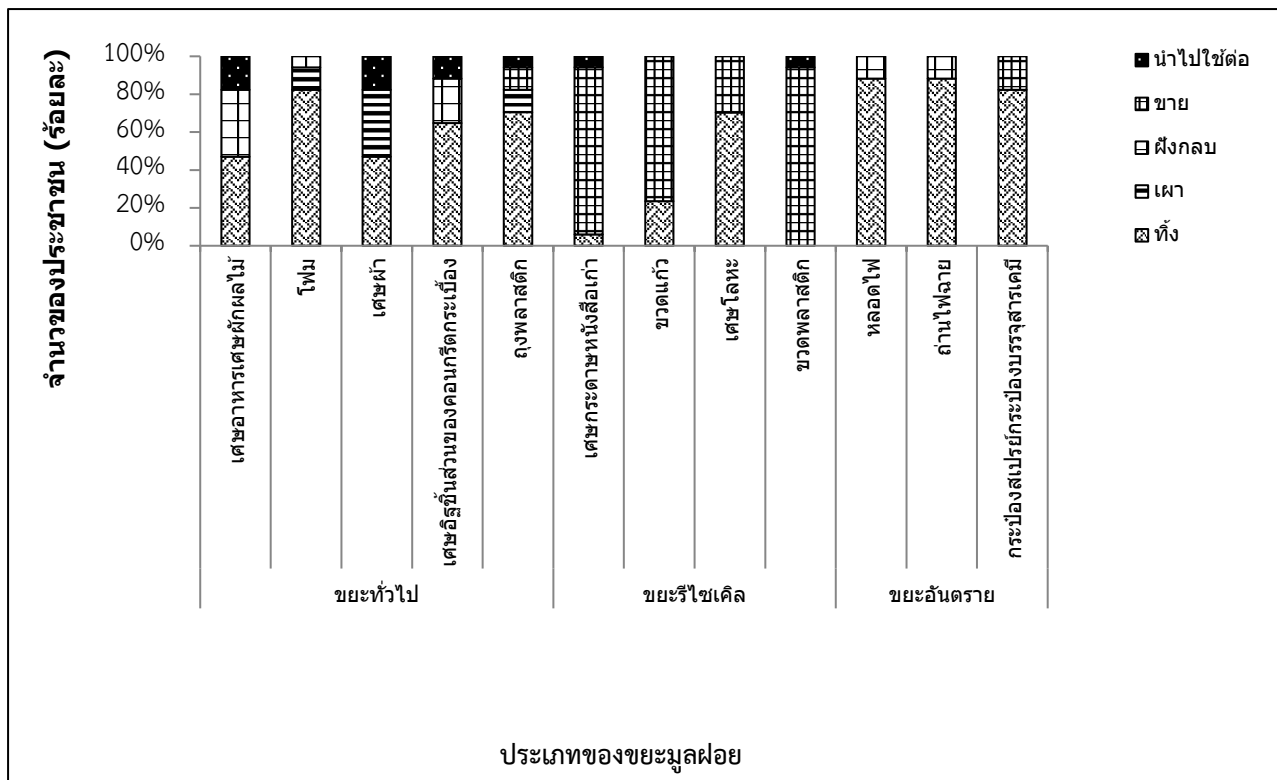
ความรู้และความเข้าใจ	p-value
1. ขยะหมายถึงสิ่งของต่างๆที่ไม่มีประโยชน์และไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์อะไรได้อีก	0.128
2. ขยะเปียกหมายถึงเศษอาหารเศษผักเปลือกผลไม้	0.641
3. ขยะแห้งหมายถึงขยะพวกกระดาษพลาสติกเศษเหล็กแก้วกระป๋องอลูมิเนียม	1
4. ขยะที่เปียกน้ำทุกชนิดหมายถึงขยะเปียก	0.245
5. การคัดแยกขยะทำให้ขยะน้อยลง	0.630
6. การแก้ไขปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้น	0.030*
7. ขยะมูลฝอยทุกประเภทควรเก็บรวบรวมไว้ด้วยกัน	0.479

ความรู้และความเข้าใจ	p-value
8. แบคทีเรีย ภาชนะบรรจุสารกำจัดศัตรูพืช หลอดฟลูออเรสเซนต์เป็นขยะอันตราย	0.606
9. ขยะมูลฝอยทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและเป็นอันตรายต่อมนุษย์	0.586
10. การคัดแยกขยะอันตรายต่าง ๆ ก่อนนำไปทิ้งเป็นสิ่งจำเป็น	0.591
11. การหลีกเลี่ยงการใช้ถุงพลาสติก โฟม สามารถช่วยลดปริมาณขยะได้	1
12. การคัดแยกขยะก่อนทิ้งช่วยแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม	0.052
13. ขยะมูลฝอยสดจากสัตว์มูลสัตว์ไม่สามารถกำจัดโดยวิธีการฝังกลบ	0.191
14. ขยะทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมชุมชนไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค	0.574
15. การจัดการขยะอันตรายมีวิธีการเหมือนขยะทั่วไป	0.174

หมายเหตุ ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ($p \geq 0.05$)

3.2 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านยาง ซึ่งวิธีการจัดการมีผลมาจากประเภทของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น โดยประเภทของขยะมูลฝอยได้จากการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอยด้วยวิธี Quartering พบว่า หมู่บ้านของตำบลบ้านยางโดยส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดขยะทั่วไป 0.0091 กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน รองลงมาคือ ขยะรีไซเคิล 0.0067 กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน และขยะอันตราย 0.0020 กิโลกรัมต่อวันต่อครัวเรือน แต่ไม่พบขยะติดเชื้อ ซึ่งการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทเกิดจากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องขยะมูลฝอยเฉพาะส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละของประชาชนส่วนใหญ่ใช้วิธีการทิ้งสำหรับขยะทั่วไปมากกว่าวิธีอื่น แต่มีบางส่วนที่ใช้วิธีการเผา ได้แก่ เศษผ้า โฟม ถุงพลาสติก คิดเป็นร้อยละ 35.30 11.80 11.80 ตามลำดับ สำหรับขยะรีไซเคิลร้อยละของประชาชนส่วนใหญ่ใช้วิธีการขายมากกว่าวิธีอื่น แต่มีส่วนน้อยที่ใช้วิธีการทิ้ง ได้แก่ ขวดแก้ว เศษโลหะ เศษกระดาษหนังสือเก่า คิดเป็นร้อยละ 23.50 17.60 5.90 ตามลำดับ และขยะอันตรายร้อยละของประชาชนส่วนใหญ่ใช้วิธีการทิ้งมากกว่าวิธีอื่น แต่มีส่วนน้อยที่ใช้วิธีการฝังกลบ ได้แก่ หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย คิดเป็นร้อยละ 11.80 11.80 ตามลำดับ และใช้วิธีการขายกระป๋องสเปรย์กระป๋องบรรจุสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 17.60 ดังแสดงในรูปที่ 3.3



รูปที่ 3.3 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ได้แก่ ทั้ง เผา ฝังกลบ ขาย และนำไปใช้ต่อ ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านยาง กับประเภทของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ได้แก่ ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย โดยใช้สถิติ Chi-Square Tests ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p \geq 0.05$) พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลที่เกิดขึ้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.046 แต่พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนมีความสัมพันธ์กับขยะอันตรายที่เกิดขึ้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.539 อาจเกิดเนื่องจากสัดส่วนปริมาณขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลจากการสำรวจเกิดขึ้นมากกว่าวิธีการจัดการที่ได้จากแบบตรวจเช็ครายการ (Check List)

4. สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกและกำจัดขยะมูลฝอยของประชากรในชุมชนตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยแบบตรวจเช็ครายการ (Check List) และการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอยด้วยวิธี Quartering ทั้ง 19 หมู่บ้าน พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยทั้ง 14 ข้อจาก 15 ข้อ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับระดับการศึกษา แต่พบว่าประชาชนไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยจากระดับการศึกษาเรื่องการแก้ไขปัญหาขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเนื่องจากอาจขาดการให้ความรู้ที่ครบถ้วนจากหน่วยงานภาครัฐ

ด้านการให้บริการรวบรวม ขนส่งและกำจัด และจากการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอย พบว่าหมู่บ้านของตำบลบ้านยางโดยส่วนใหญ่เกิดขยะทั่วไป รองลงมาคือ ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย แต่ไม่พบขยะติดเชื้อ โดยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลที่เกิดขึ้น แต่พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนมีความสัมพันธ์กับขยะอันตรายที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และได้รับความอนุเคราะห์จากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยางสำหรับอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากประชาชนทั้ง 19 หมู่บ้านของตำบลบ้านยางเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2546) . จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานคร และจังหวัดต่าง ๆ ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2545. (ออนไลน์). ได้จาก: <http://stat.bora.dopa.go.th>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2547) . ปริมาณมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นในประเทศไทยปี พ.ศ. 2536-2546. (ออนไลน์). ได้จาก: <http://www.pcd.go.th/>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2548) . มลพิษจากขยะมูลฝอยในชุมชน. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : กรุงเทพฯ ฯ.
- พิเชษฐ์ คงนวก. (2555). การศึกษาการจัดการขยะชุมชน เทศบาลตำบลดอนหวาย อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. การบริหารงานก่อสร้างและสาธารณูปโภค มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- วินัย มีแสง. (2559). แนวโน้มองค์ประกอบและปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยชุมชนในพื้นที่ตำบลสามพร้าว อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสาร สมาคมนักวิจัย. ปีที่ 21. ฉบับที่ 3.
- ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย. (2561). ตำบลบ้านยาง. (ออนไลน์). ได้จาก: <http://burirum.kapook.com>
- อลงกรณ์ พึ่งจันดุม. (ม.ป.ป.). การศึกษาปริมาณองค์ประกอบและมูลฝอยชุมชน. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 11 : นครราชสีมา.
- Badgie, D., Samah, M. A. A., Manaf, L. A., and Muda, A. B. (2012). Assessment of Municipal Solid Waste Composition in Malaysia: Management, Practice, and Challenges. **Polish Journal of Environmental Studies**, 21(3).
- MHLG. (2003). **Annual report, section 4 local government, Kuala Lumpur**. Technical Section of the Local Government Division.
- Olukanni, D. O., and Ugwu, N. C. (2013). Analysis of municipal solid waste management in Ota, Ogun State, Nigeria: Potential for wealth generation. In **Proceedings of the International**

Conference on Solid Waste Management (ICSW), Widener University, Chester, Philadelphia
USA, 10th–13th March.

World Bank report. (1999). **Municipal solid waste generation in 1995 among ASEAN and the
estimates and projection in 2025 by countries and GNP categories.**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของแรงงาน
ก่อสร้าง กรณีศึกษาพุทธสถานราชธานีอโศก ตำบลบุ่งไหม อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors associated with the Accident Prevention Behaviors of High falling in
construction workers. Case Study at Buddhamadhani Asoke Tumbon Boongmai
in Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province.

สุนทรี ศรีเที่ยง^{1*} ชัยกฤต ยกพลชนชัย²

Soontaree Sritieng^{1*}, Chaiyakrit Yokphonchanachai²

¹ หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*ผู้ประสานงานหลัก E-mail: soontaree.s@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในการทำงาน และพฤติกรรม
ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของแรงงานก่อสร้าง กรณีศึกษาพุทธสถานราชธานีอโศก ตำบลบું
ไหม อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิง
อนุมานทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้โดย Chi - Square Test และ Spearman's Rank Correlation ที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.00 อายุเฉลี่ย 46.76 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.80
ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่า ม.6/ปวช. ร้อยละ 82.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.00 เคยประสบอุบัติเหตุจากการ
ทำงานมีสาเหตุมาจากวัตถุหนีบ/ตึง มากที่สุด ร้อยละ 22.00 รองลงมาคือ การตกจากที่สูง ร้อยละ 8.00 มีปัจจัยใน
การทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.51) มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน
โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.83) และประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมป้องกันการเกิด

อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของแรงงานก่อสร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.046$

คำสำคัญ: ปัจจัยในการทำงาน, พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ, การปฏิบัติงานบนที่สูง

บทนำ

อุตสาหกรรมก่อสร้างเป็นอุตสาหกรรมที่มีสถิติของอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอุตสาหกรรมประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะ การตกจากที่สูง หกล้ม ลื่นล้ม อาคารหรือสิ่งก่อสร้างพังทลาย วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน ซึ่งมีรายงานสถิติการเกิดอุบัติเหตุดังนี้ 5,683 5,375,57,14,090,12,407 ตามลำดับ ผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านชนิด ขนาด สถานที่ สิ่งแวดล้อม ลักษณะงาน และวิธีการก่อสร้าง (สุดาศิริ เสงพูลุธนา และอัญชลี สันติกุล, 2533) ดังจะเห็นได้จากสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2559 พบว่า กลุ่มคนงานก่อสร้างที่ปฏิบัติงานบนที่สูงมีจำนวนผู้ประสบอันตรายถึงแก่ชีวิต จำนวน 104 ราย สถิติการเสียชีวิตในอุตสาหกรรมก่อสร้างมีค่าที่สูงเป็นอันดับหนึ่ง (สำนักงานกองทุนเงินทดแทน, 2558) สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี สถิติการเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและสาเหตุ ที่ประสบอันตราย ปี 2559 เรียงห้าอันดับ พบว่า ตกจากการปฏิบัติงานบนที่สูงมีการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 25 ราย จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง กรณีศึกษาพุทธสถานราชธานีโอศก ตำบลบึงไผ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยนี้มาเป็นแนวทางในการลดและควบคุมอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงสำหรับโครงการก่อสร้าง

วัตถุประสงค์

- 1.ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในการทำงาน และพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง
- 2.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในการทำงานกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยกำหนดเอง ร้อยละ 100 ของกลุ่มประชากรคนงานก่อสร้างของพุทธสถานราชธานีโอศก ตำบลบึงไผ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คุณสมบัติของประชากร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ประสบการณ์ทำงานก่อสร้างตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย จำนวน 50 คน ระยะเวลาวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม 2560 และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นและประยุกต์มาจากงานวิจัยของวันเฉลิม พลอินทร์ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน และประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยในการทำงาน ได้แก่ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงาน เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 3.01 – 4.00 สภาพการทำงานปลอดภัยในระดับดี

คะแนนตั้งแต่ 2.01 – 3.00 สภาพการทำงานปลอดภัยระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.00 สภาพการทำงานปลอดภัยระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีให้เลือก 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 3.01 – 4.00 พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระดับดี (เสี่ยงน้อย)

คะแนนตั้งแต่ 2.01 – 3.00 พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระดับปานกลาง (เสี่ยงปานกลาง)

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.00 พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระดับไม่ดี (เสี่ยงมาก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ซึ่งได้ค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามเท่ากับ 1.00 จำนวน 37 ข้อ และ 0.66 จำนวน 2 ข้อ ค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.98 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน จำนวน 25 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นอย่างน้อย 0.70 ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.846 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi - Square Test และ Spearman's Rank Correlation

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.00 และเพศหญิง ร้อยละ 12.00 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 42.00 ระดับการศึกษาต่ำกว่า ปวช./ม.6 ร้อยละ 82.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.00 ตำแหน่งพนักงาน ร้อยละ 88.00 หัวหน้างาน ร้อยละ 12.00 ประสบการณ์การทำงาน 1-10 ปี ร้อยละ 44.00 เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 46.00 ส่วนใหญ่เกิดจากวัตถุหรือสิ่งของหนีบ/ตึง ร้อยละ 22.00 รองลงมาคือ ตกจากที่สูง ร้อยละ 8.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคณงานก่อสร้าง (N = 50)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	88.00
หญิง	6	12.00
อายุ ($\bar{X}$ = 46.76 ปี S.D. = 9.72)		
20 - 30 ปี	9	18.00
31 - 40 ปี	13	26.00
41 - 50 ปี	21	42.00
51 - 60 ปี	6	12.00
61 ปีขึ้นไป	1	2.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่า ปวช./ม.6	41	82.00
ปวช./ม.6	6	12.00
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	3	6.00
สถานภาพ		
โสด	21	42.00
สมรส	26	52.00
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	6.00
ตำแหน่งงาน		
หัวหน้างาน	6	12.00
พนักงาน	44	88.00
ประสบการณ์การทำงาน ($\bar{X}$ = 14.80 ปี S.D. = 9.22)		
1 - 10 ปี	22	44.00
11 - 20 ปี	18	36.00
21 - 30 ปี	9	18.00
31 ปีขึ้นไป	1	2.00
ประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน		
เคย	23	46.00
ไม่เคย	27	54.00
ชนิดของอุบัติเหตุจากการทำงาน		
ตกจากที่สูง	4	8.00
วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ	1	2.00
วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน	3	6.00
วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง	2	4.00
วัตถุหรือสิ่งของหนีบ/ดิ่ง	11	22.00

ไฟฟ้าช็อต	1	2.00
อื่น ๆ (หกล้ม ลื่นล้ม)	1	2.00

2. ข้อมูลปัจจัยในการทำงาน

ปัจจัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การทำงานร่วมกับผู้อื่นอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.51) รองลงมาคือ การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.51) และสภาพการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลปัจจัยในการทำงานของคณงานก่อสร้าง (N = 50)

ปัจจัยในการทำงาน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
สภาพการทำงานที่ปลอดภัย	3.28	0.51	ดี
การทำงานร่วมกับผู้อื่น	3.45	0.51	ดี
การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงาน	3.32	0.51	ดี
รวม	3.35	0.51	ดี

2.1 สภาพการทำงานที่ปลอดภัย

สภาพการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า สถานที่ทำงานที่สูงเกิน 2.00 เมตร ต้องมีบันไดหรือนั่งร้านสำหรับขึ้นไปทำงาน ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.49) รองลงมาคือ การกั้นเขตสถานที่ทำงานด้วยแถบขาวแดง/ธงราว เป็นการป้องกันอันตรายได้ ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.51) และทางเดินบนนั่งร้านสะอาดและไม่ลื่น ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.58) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยในการทำงานด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยของคณงานก่อสร้าง (N = 50)

สภาพการทำงานที่ปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
สถานที่ทำงานที่สูงเกิน 2.00 เมตร ต้องมีบันไดหรือนั่งร้านสำหรับขึ้นไปทำงาน	3.40	0.49	ดี
การกั้นเขตสถานที่ทำงานด้วยแถบขาวแดง/ธงราว เป็นการป้องกันอันตรายได้	3.32	0.51	ดี
ทางเดินบนนั่งร้านสะอาดและไม่ลื่น	3.32	0.58	ดี
สถานที่ทำงานมีการติดตั้งราวกันตกสูงไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร โดยรอบช่องเปิด	3.28	0.45	ดี
การปฏิบัติงานมีอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น นั่งร้าน บันได ที่มีคุณภาพและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3.28	0.57	ดี

การประกอบหรือติดตั้งถูกต้อง ถ้าเป็นนั่งร้านแบบไม่มีการ ยึดด้วยตะปู นั่งร้านมีความมั่นคง แข็งแรง ติดตั้งแผงป้องกันวัสดุตกหล่นลงไปด้วยด้านล่าง	3.24	0.47	ดี
รวม	3.28	0.51	ดี

2.2 การทำงานร่วมกับผู้อื่น

การทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.54) เพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.50) การปฏิบัติของหัวหน้างานทำให้รู้สึกว่าคุณค่าอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.50) และหัวหน้างานยอมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.50) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยในการทำงานด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่นของพนักงานก่อสร้าง (N = 50)

การทำงานร่วมกับผู้อื่น	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงาน	3.46	0.54	ดี
เพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.46	0.50	ดี
การปฏิบัติของหัวหน้างานทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีคุณค่า	3.46	0.50	ดี
หัวหน้างานรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	3.44	0.50	ดี
รวม	3.45	0.51	ดี

2.3 การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงาน

การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับคนงาน ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.49) จัดให้มีป้ายเตือนอันตรายตามบริเวณที่มีความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.53) รองลงมาคือ แนะนำและตักเตือนทุกครั้งเมื่อเห็นพนักงานไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.52) และรณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลกับพนักงาน ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.479) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยในการทำงานด้านการสนับสนุนของหน่วยงานต่อคนงานก่อสร้าง (N = 50)

การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงาน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับคนงาน ได้แก่ หมวกนิรภัย และเข็มขัดนิรภัย	3.40	0.49	ดี
จัดให้มีป้ายเตือนอันตรายตามบริเวณที่มีความเสี่ยงอย่าง เหมาะสม	3.40	0.53	ดี
แนะนำและตักเตือนทุกครั้งเมื่อเห็นพนักงานไม่ใช้อุปกรณ์ ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	3.36	0.52	ดี

รณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลกับพนักงาน	3.34	0.47	ดี
จัดให้มีเจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานของ	3.30	0.50	ดี
พนักงานให้เป็นไปตามกฎข้อบังคับด้านความปลอดภัย			
ฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานให้กับพนักงาน	3.24	0.51	ดี
ยกย่อง ชมเชยหรือให้รางวัลกับคนงานที่ปฏิบัติงานตามกฎ	3.20	0.53	ดี
ข้อบังคับด้านความปลอดภัย			
รวม	3.32	0.51	ดี

3.พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

พฤติกรรมการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี (เสี่ยงน้อย) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.83) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับดี (เสี่ยงน้อย) คือ หลังเสร็จสิ้นจากการทำงานได้จัดอุปกรณ์เข้าที่เดิม ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.34) และ รายงานหัวหน้างานเมื่อพบอุปกรณ์ทำงานชำรุด ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.34) รองลงมาคือ คำนึงถึงอันตรายเมื่อต้องเข้าใกล้เครื่องจักรที่กำลังทำงานอยู่ ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.55) และสังเกตจุดบกพร่องหรือข้อผิดพลาดในการทำงานอยู่เสมอ ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.59) พฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (เสี่ยงปานกลาง) คือ ก่อนการทำงานใส่หมวกนิรภัย/รองเท้านิรภัย/แต่งกายรัดกุม ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.01) รองลงมาคือ ศึกษาคู่มือความปลอดภัยในการทำงานและปฏิบัติตามคู่มือนั้น ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 1.14) และพฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับไม่ดี (เสี่ยงมาก) คือ ทำงานเมื่อรู้สึกท้อหรือร่างกายไม่พร้อม ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = 1.12) รองลงมาคือ ปฏิบัติงานล่วงเวลาแม้ว่าร่างกายอ่อนเพลีย ($\bar{X} = 1.82$, S.D. = 0.98) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง (N = 50)

พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการปฏิบัติงานบนที่สูง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
หลังเสร็จสิ้นจากการทำงานได้จัดอุปกรณ์คืนเข้าที่เดิม	3.92	0.34	ดี
รายงานหัวหน้างานเมื่อพบอุปกรณ์ทำงานชำรุด	3.92	0.34	ดี
คำนึงถึงอันตรายเมื่อต้องเข้าใกล้เครื่องจักรที่กำลังทำงานอยู่	3.76	0.55	ดี
สังเกตจุดบกพร่องหรือข้อผิดพลาดในการทำงานอยู่เสมอ	3.76	0.59	ดี
ก่อนปฏิบัติงานสำรวจความเรียบร้อยของเครื่องจักร/ นั่งร้าน/บันได	3.74	0.56	ดี
ตกลงและแนะนำให้เพื่อนร่วมงานเห็นถึงความสำคัญของ ความปลอดภัย	3.72	0.60	ดี
หากอุปกรณ์นั่งร้านสูญหายหรือชำรุดได้แจ้งผู้มีหน้าที่ เกี่ยวข้องได้รับทราบทันที	3.66	0.65	ดี
รายงานการเกิดอุบัติเหตุทุกครั้งที่เกิดการบาดเจ็บหรือ เสียหาย	3.58	0.73	ดี

พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการปฏิบัติงานบนที่สูง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
อบรมก่อนปฏิบัติงานตามขั้นตอนและวิธีการทำงานอย่างเคร่งครัด	3.06	1.01	ดี
หน่วยงานมีการจัดอบรมด้านความปลอดภัยจากการทำงานบนที่สูงอยู่เสมอ	3.04	0.96	ดี
ก่อนการทำงานใส่หมวกนิรภัย/รองเท้าหุ้มส้น/แต่งกายรัดกุม	3.00	1.01	ปานกลาง
ศึกษาคู่มือความปลอดภัยในการทำงานและปฏิบัติตามคู่มือ	2.84	1.14	ปานกลาง
เมื่อต้องขึ้นไปทำงานบนที่สูงได้สวมใส่เข็มขัดนิรภัยที่ทำงานจัดเตรียมไว้ให้	2.80	1.22	ปานกลาง
เมื่อกระบวนการทำงานมีหลายขั้นตอนและบางขั้นตอนเห็นว่ามันสำคัญ ก็จะข้ามขั้นตอนนั้นไปเลย	2.68	1.20	ปานกลาง
มักพูดคุยหยอกเล่นกับเพื่อนในระหว่างทำงานเสมอ	2.52	0.99	ปานกลาง
ทำงานเมื่อรู้สึกว่าการร่างกายไม่พร้อม	1.96	1.12	ไม่ดี
ปฏิบัติงานล่วงเวลาแม้ว่าร่างกายอ่อนเพลีย	1.82	0.98	ไม่ดี
ขณะทำงานกังวลกับปัญหาครอบครัวอยู่เสมอ	1.76	0.93	ไม่ดี
รวม	3.08	0.83	ดี

4.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้าง

พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.536, r_s = -0.046 p -value = 0.751, r_s = 0.137 p -value = 0.341, p -value = 0.540, p -value = 0.743 และ r_s = 0.005 p -value = 0.973) ยกเว้น ประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.046) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้าง (N = 50)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ			r _s	p-value
	จากการปฏิบัติงานบนที่สูง				
	ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)		
เพศ					0.536 ^a
ชาย	10 (22.70)	1 (2.30)	33 (75.00)		
หญิง	2 (33.30)	0	4 (66.70)		
อายุ (ปี)				- 0.046	0.751 ^b
20 - 30	3 (33.30)	0	6 (66.70)		
31 - 40	3 (23.10)	1 (7.70)	9 (69.20)		
41 - 50	5 (23.80)	0	16 (76.20)		
51 - 60	1 (16.70)	0	5 (83.30)		
61 ปีขึ้นไป	0	0	1 (100.00)		
ระดับการศึกษา				0.137	0.341 ^b
ต่ำกว่าปวช./ม.6	9 (22.00)	1 (2.40)	31 (75.60)		
ปวช./ม.6	3 (50.00)	0	3 (50.00)		
ป.ตรี/สูงกว่า	0	0	3 (100.00)		
สถานภาพ					0.540 ^a
โสด	6 (28.60)	0	15 (71.40)		
สมรส	5 (19.23)	1 (3.85)	20 (76.92)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1 (33.33)	0	2 (66.67)		
ตำแหน่งงาน					0.743 ^a
หัวหน้างาน	1 (16.70)	0	5 (83.30)		
พนักงาน	11 (25.00)	1 (2.30)	32 (72.70)		
ประสบการณ์ (ปี)				0.005	0.973 ^b
1 - 10	5 (22.70)	0	17 (77.30)		
11 - 20	6 (33.30)	0	12 (66.70)		
21 - 30	1 (11.10)	1 (11.10)	7 (77.80)		
31 ปีขึ้นไป	0	0	1 (100.00)		
ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ					0.046 ^{a *}
จากการทำงาน					
ไม่เคย	24 (88.90)	1 (3.70)	2 (7.40)		
เคย	22 (95.70)	0	1 (4.30)		

หมายเหตุ: ^a Chi - Square Test, ^b Spearman's Rank Correlation * อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยในการทำงานกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่

สูงของคณงานก่อสร้าง

พบว่า สภาพการทำงานที่ปลอดภัย การทำงานร่วมกับผู้อื่นและการสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.116$, $p\text{-value} = 0.423$, $r_s = -0.006$, $p\text{-value} = 0.968$ และ $r_s = 0.139$, $p\text{-value} = 0.337$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยในการทำงานกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้าง (N = 50)

ปัจจัยในการทำงาน	พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ			r _s	p-value
	จากการปฏิบัติงานบนที่สูง				
	ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)		
สภาพการทำงานที่ปลอดภัย	12 (24.0)	1 (2.0)	37 (74.0)	0.116	0.423
การทำงานร่วมกับผู้อื่น	12 (24.0)	1 (2.0)	37 (74.0)	- 0.006	0.968
การสนับสนุนของหน่วยงาน ต่อพนักงาน	12 (24.0)	1 (2.0)	37 (74.0)	0.139	0.337

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า คณงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 88.00 เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจากวัตถุหรือสิ่งของหนีบ/ตึง ร้อยละ 22.00 รองลงมาคือ ตกจากที่สูง ร้อยละ 8.00 ปัจจัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.51) พฤติกรรมการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี (เสี่ยงน้อย) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.83) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้าง ยกเว้น ประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.046$) และข้อมูลปัจจัยในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยในการทำงาน

ปัจจัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การทำงานร่วมกับผู้อื่นอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.51) การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.51) และสภาพการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.51) สอดคล้องกับงานวิจัยของนินนาท อ่อนหวาน (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเอื้อสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัย คือ การมีกฎระเบียบข้อบังคับหรือมาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ปัจจัยเสริมสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยมากที่สุด คือ การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการทำงานให้ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอจากผู้ควบคุมงาน และจากการสัมภาษณ์หัวหน้างานคนงานก่อสร้าง พบว่า ถึงแม้คนงานจะมีความคิดเห็นที่ดีทั้งในด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัย การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงาน แต่คนงานมีความสนิทสนมรู้จักกันทั้งทีมในระหว่างทำงานยังมีการหยอกล้อกันและวางสิ่งของกระจัดกระจาย อีกทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง

จากการผลการวิจัย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.046$ p -value = 0.751, $r_s = 0.137$ p -value = 0.341, p -value = 0.540 และ p -value = 0.743) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของคมสันต์ ธงชัย ญัฐพงษ์ เครือศิริ และธนสนี สมบุญ (2552) ศึกษาการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพและลักษณะตำแหน่งงานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการประสบอันตรายหรือบาดเจ็บจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างที่อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพและตำแหน่งงานที่ต่างกันมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคล และพบว่าประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.005$ p -value = 0.973) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุดารัตน์ วิชัยรัมย์ (2552) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของคนงานก่อสร้าง พบว่า ประสบการณ์ทำงานมีผลก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน โดยส่วนมากคนงานที่มีอายุน้อย ๆ จะได้รับอุบัติเหตุมากที่สุด อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างเป็นเพื่อนหรือญาติกันทำให้ขณะทำงานมีการหยอกล้อพูดคุยกันจนบางทีเผลอไม่ระวังในขณะทำงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างได้

และพบว่าประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.046) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของนินนาท อ่อนหวาน (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประสิทธิภาพที่เคยได้รับอุบัติเหตุในงานก่อสร้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มักมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูง อาทิ การหยอกล้อพูดคุยกันในระหว่างการทำงาน การทำงานลัดชั้นตอน การวางสิ่งของกระจัดกระจาย การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บ่งบอกได้ทั้งการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างได้

3.ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยในการทำงานกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง

จากการผลการวิจัย พบว่า สภาพการทำงานที่ปลอดภัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.116$ $p\text{-value} = 0.423$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Edwin S, Shamil N and Daniel F. (1999) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยในสถานที่ก่อสร้าง พบว่า การจัดการสภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อความปลอดภัยในการทำงานและค่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุของคนงานก่อสร้างลดลง อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างมีความคิดเห็นว่าสภาพการทำงานที่ทำอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยดี แต่จากการสังเกตพื้นที่ทำงานยังวางสิ่งของกระจัดกระจาย การวางสายไฟกับพื้นไม่มีที่ครอบหรือสัญลักษณ์บอก และคนงานเคยเดินชนสิ่งของ เหยียบตะปู หรือไม้ก็สะดุดสายไฟล้ม สิ่งเหล่านี้บ่งบอกทั้งสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของคนงานก่อสร้าง

และพบว่าการทำงานร่วมกับผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.006$ $p\text{-value} = 0.968$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Fang DP, Huang XV, Li H, and Xie F (2004) ศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานในสถานที่ทำงานก่อสร้าง พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนงานกับหัวหน้างานและการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานและคนงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมากขึ้น อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและสนิทคุ้นเคยกัน ทั้งนี้ในขณะที่ทำงานได้พูดคุยหยอกล้อกันและบางครั้งได้ทำงานลัดชั้นตอน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้าง

และพบว่า การสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.139$ $p\text{-value} = 0.337$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับวันเฉลิม พลอินทร์ (2549) ศึกษาความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานขององค์การพฤติกรรมความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานบริษัทปูนซีเมนต์ไทย หุ่่งสง จำกัด พบว่า การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานขององค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า คนงานก่อสร้างมีความคิดเห็นด้านการสนับสนุนของหน่วยงานต่อพนักงานอยู่ในระดับที่ดี แต่พบว่าโครงการก่อสร้างนี้เป็นโครงการที่มีผู้รับเหมาช่วง ไม่มีหน่วยงานดำเนินการด้านความปลอดภัยที่เป็นระบบทำให้การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมีไม่เพียงพอต่อ

จำนวนคนงาน บางคนต้องจัดการหาอุปกรณ์ป้องกันมาเองซึ่งไม่เหมาะสมกับงานที่ทำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างได้

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของคนงานและส่งเสริมให้หน่วยงานรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคนงาน
2. ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอุปกรณ์ทำงานเข้าที่เดิม การรายงานหัวหน้างานเมื่อพบอุปกรณ์ชำรุด การคำนึงถึงอันตรายเมื่อต้องเข้าใกล้เครื่องจักรที่กำลังทำงานและการสังเกตจุดบกพร่องหรือข้อผิดพลาดในการทำงานอยู่เสมอ
3. สร้างความเข้าใจให้คนงานเพื่อลดพฤติกรรมการทำงานที่เสี่ยงมาก อาทิ การทำงานเมื่อรู้สึกว่าสภาพร่างกายไม่พร้อมและการปฏิบัติงานล่วงเวลาเมื่อร่างกายอ่อนเพลีย

เอกสารอ้างอิง

- คมสันต์ ธงชัย, ณัฐพงษ์ เครือศิริ และธนสนี สมบุญ. (2552). การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี, 184-194*. สืบค้น 15 มิถุนายน 2560, จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR>.
- นินนาท อ่อนหวาน. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่ (ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, กรุงเทพมหานคร). สืบค้นจาก http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KMUTT.res.2005.106
- วันเฉลิม พลอินทร์. (2549). การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานขององค์การพฤติกรรมความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานบริษัทปูนซีเมนต์ไทย หุ่่งสง จำกัด (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, กรุงเทพฯ). สืบค้นจาก http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KMUTNB.the.2006.248
- สุดาร์ตน์ วิชัยรัมย์. (2552). ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของคนงานก่อสร้าง (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการจัดการทางวิศวกรรม, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร). สืบค้นจาก <http://libdoc.dpu.ac.th/thesis/137761.pdf>
- สุดาศิริ เสงพลูธนา และอัญชลี สันติกุล. (2533). *สวัสดิการและความปลอดภัยในการทำงาน เอกสารประกอบการสอน ชุดวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. (2558). *สถานการณ์สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2558*. สืบค้น 28 มีนาคม 2560, สืบค้นจาก <http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/AnnualReportBook2558.pdf>
- Edwin S, Shamil N and Daniel F. (1999). *Factors affecting safety performance on construction*

sites. International Journal of Project Management, 17(5), 309-315. Retrieved June 23, 2017, from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263786398000428?via%3Dihub>

Fang DP, Huang XV, Li H and Xie F. (2004). Factor analysis-base studies on construction workplace safety management in China. International Journal of Project Management, 22(1), 43-49. Retrieved June 20, 2017, from <http://hdl.handle.net/10397/27813>

การจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวนในโรงงานผลิตแป้งมันสำปะหลัง จังหวัดบุรีรัมย์

The Noise Contour Map in Industry of Cassava Modify at Burirum Province

นายวิชาญ บุญคำ¹ นางสาวหฤทชญา นับแสง^{2*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ 31000

^{2*} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร 10160

Correspondence E-mail: vichan_buncum@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับเสียงดังในสภาพแวดล้อมการทำงาน และจัดทำแผนที่เส้นเสียงในโรงงานผลิตแป้งมันสำปะหลัง โดยทำการตรวจวัดระดับเสียงทั้งหมด 6 แผนก โดยทำการตรวจวัดเสียงทั้งหมด 207 จุด โดยใช้โดยใช้เครื่องวัดระดับเสียง Sound level meter ที่ได้มาตรฐาน meter ที่ได้มาตรฐาน เครื่องวิเคราะห์เสียง 25 to141dB มาตรฐาน Class 2 Frequency weighting A / C / Z, range 20Hz to 8kHz ตัวเครื่องมาตรฐาน IP54, EC 61672-1, ANSI S1.4, JISC1509-1 และนำผลการตรวจวัดระดับเสียง มาจัดทำแผนที่เส้นเสียง (Noise Contour Map) และ กำหนดพื้นที่ในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อนแสงสว่างและเสียง พ.ศ. 2559 และประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน พบว่าระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที่ หรือน้อยกว่ามีค่าอยู่ในมาตรฐาน ได้ไม่เกิน 105 เดซิเบล(เอ) ซึ่ง ค่าที่ตรวจวัดได้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด ดังนั้นเบื้องต้นควรมีการป้องกัน การเสื่อมสมรรถภาพการได้ยินโดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล คือ Ear Plug ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่สามารถลดการรับสัมผัสเสียงดังได้ และดำเนินการจัดทำ โครงการอนุรักษ์การได้ยินเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมาย และเพื่อลดความเสี่ยงทางด้านสมรรถภาพการได้ยิน ของพนักงาน

คำสำคัญ: เสียงดัง, แผนที่เสียง

1. บทนำ

อุตสาหกรรมแปรรูปมันสำปะหลังโดยทั่วไปในกระบวนการผลิต รูปแบบต่างๆต้องอาศัยคนงานในทุกกระบวนการผลิต ในทุกกระบวนการผลิตมีความจำเป็นที่ต้องให้พนักงานประจำอยู่ใกล้บริเวณเครื่องจักร ซึ่งส่งผลให้พนักงานได้รับสัมผัสเสียงดัง ซึ่งหากในระยะยาวย่อมส่งผลต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ทำให้พนักงานต้องพบกับปัจจัยเสี่ยงในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งในการทำงานแต่ละวันของคนงานนั้นจะต้องสัมผัสกับเสียงที่ระดับต่าง ๆ กัน ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้น โดยตรงต่อหูคือจะทำให้สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินไปชั่วคราวหรืออาจสูญเสียการได้ยินแบบถาวร หากได้รับเสียงที่มีความดังติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ การสูญเสียการได้ยินเป็นลักษณะอาการที่ทำให้ความสามารถในการได้ยินเสียงลดลงเมื่อเทียบกับหูของคนปกตินอกจากนี้ยังมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและอาจทำให้ได้ผลผลิตที่ไม่มีคุณภาพด้วย จากการวิเคราะห์อันตรายขั้นตอนการทำงาน พบว่า ขั้นตอนการป้อนโลหะ เสียงดังเกินกว่า 85 dB(A) ซึ่งจากประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน ระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาทำงานต้องไม่เกิน 85 dB(A) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนงาน จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องเสียงดังเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของพนักงาน โดยเฉพาะเรื่องการสูญเสียการได้ยิน จึงทำการตรวจวัดระดับเสียงขึ้น เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ประกอบการอาชีพจากการสูญเสียการได้ยินเนื่องจากการทำงาน สภาพการทำงานที่มีเสียงดังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ตามมาคือ การสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงผลกระทบทางธุรกิจ อื่น ๆ ดังนั้นการตรวจวัดและการจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวน จะช่วยให้สามารถบ่งชี้ถึงปัญหาและการได้รับเสียงรบกวนจากเครื่องจักรสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเริ่ม และการป้องกันและควบคุมเสียงรบกวนได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกทั้งทำให้ทราบถึงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานอีกด้วย การตรวจวัดเสียงจึงเป็นการศึกษาการรับสัมผัสเสียงของพนักงานที่ทำงานในกระบวนการผลิต ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องจักร จึงทำการตรวจวัดและการจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวนเพื่อหาแนวทางหรือมาตรการในการควบคุม เสียงดัง อาทิ เช่น การกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน การให้พนักงานสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ตลอดระยะเวลาการทำงาน การจัดหาวัสดุปิดกั้นเสียง ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับเสียงและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) แก่พนักงาน การประชาสัมพันธ์เรื่องเสียงและการรณรงค์การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) เป็นต้น จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวจะเห็นว่าการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง (Noise induced hearing loss) เป็นพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการดำรงชีวิตและการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานในอุตสาหกรรมที่มีการใช้เครื่องจักรการสูญเสียการได้ยินเป็นพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดภาวะโรคเป็นอันดับ 15 ของโลก ซึ่งการ เกิดการสูญเสียการได้ยินจะเกิดจากการทำลายประสาทการได้ยิน ค่อยๆ พัฒนาโดยใช้ระยะเวลาหลายปี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่ได้รับสัมผัสเกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินไปชั่วคราวหรืออาจสูญเสียการได้ยินแบบ ถาวรได้ นอกจากนี้การสูญเสียการได้ยินเนื่องจากการสัมผัสกับเสียงดัง เป็นปัญหาสุขภาพที่ผลก่อให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว สังคม และมี คุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นผู้วิจัย

จึงได้ทำการการตรวจวัดและการจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวนเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน เพื่อจัดทำมาตรการควบคุมและป้องกันอันตรายจากเสียงให้กับพนักงาน และนำไปใช้ในการจัดการมลพิษด้านเสียงต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับเสียงดังในสภาพแวดล้อมการทำงานในกระบวนการผลิตแปรรูปมันสำปะหลัง
2. จัดทำแผนที่เส้นเสียง (Noise Contour Map) ในกระบวนการผลิตแปรรูปมันสำปะหลัง
3. เพื่อกำหนดพื้นที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment)

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) ซึ่งศึกษาในกระบวนการ ผลิตของโรงงานสิ่งทอ เพื่อดำเนินการตรวจวัดและประเมินระดับเสียงและนำข้อมูลมาจัดทำแผนที่เส้นเสียง โดยทำการศึกษาตั้งแต่ 4 มกราคม 2562 ถึง 30 พฤษภาคม 2562

3.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกระบวนการผลิตแปรรูปมันสำปะหลัง ซึ่งประกอบด้วย แผนผังจุดติดตามตรวจสอบระดับเสียง (Noise Contour Map) แผนผังจุดติดตามตรวจสอบเพื่อจัดทำแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) ภายในพื้นที่เสียงดังของบริษัท ในระยะดำเนินการ มีจำนวนทั้งสิ้น 207 จุด พื้นที่และจุดติดตามตรวจสอบและขอบเขตพื้นที่ออกเป็นทั้งหมด 6 ส่วนด้วยกัน

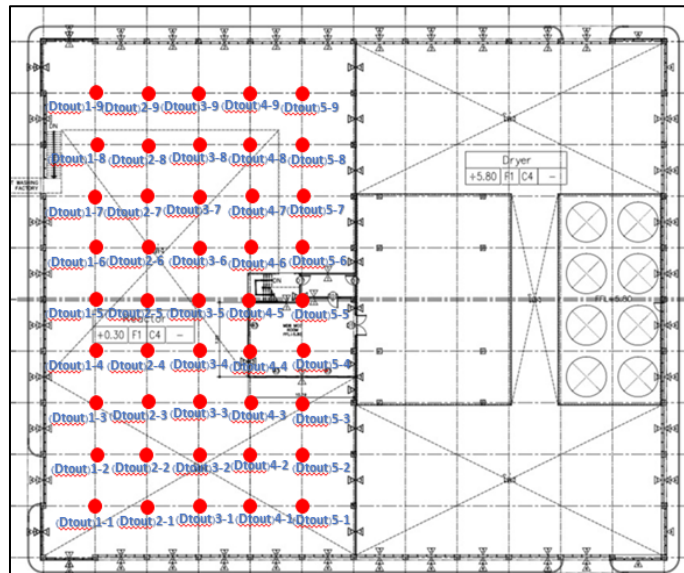
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้โดยใช้เครื่องวัดระดับเสียง Sound level meter ที่ได้มาตรฐาน meter ที่ได้มาตรฐาน เครื่องวิเคราะห์เสียง 25 to141dB มาตรฐาน Class 2 Frequency weighting A / C / Z, range 20Hz to 8kHz ตัวเครื่องมาตรฐาน IP54, EC 61672-1, ANSI S1.4, JISC1509-1 และตรวจวัดตามหลักเกณฑ์ ของประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีดำเนินการตรวจวัด และวิเคราะห์สภาวะ การทำงานเกี่ยวกับระดับความร้อน แสงสว่าง หรือเสียงภายในสถานประกอบการ ระยะเวลา และประเภท กิจการที่ต้องดำเนินการ พ.ศ.2550

3.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

วิธีการตรวจระดับเสียงเพื่อจัดทำแผนที่เส้นระดับเสียง ดำเนินการติดตามตรวจสอบระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที (LAeq 5 minutes) ระดับเสียงสูงสุด (LMax) และระดับเสียงต่ำสุด (LMin) โดยใช้มาตรฐานระดับเสียงชนิด Integrated Sound Level Meter เป็นมาตรฐานระดับเสียง Type 2 ที่ได้มาตรฐานสากล IEC 61672 ก่อนการตรวจวัดจะทำการสอบเทียบและตรวจสอบความถูกต้องด้วยเครื่อง Sound Level Calibrator ที่ระดับเสียงมาตรฐาน 94.0 dB ทำการแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานที่จะทำการติดตามตรวจสอบระดับเสียงเพื่อจัดทำแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) ออกเป็นขนาด 5x5 เมตร ตรวจวัดระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที (LAeq 5 minutes) และ

ระดับเสียงสูงสุด (L_{Amax}) และระดับเสียงต่ำสุด (L_{Amin}) ระหว่างชั่วโมงการทำงานปกติ บันทึกข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดในแต่ละจุดลงในโปรแกรม SURFER Software Version 13 ของประเทศสหรัฐอเมริกา โปรแกรมจะแสดงแผนที่ของระดับเสียงในช่วงต่างๆ (Noise Contour Map) หลังจากการตรวจวัดระดับเสียงเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งหมดมาจัดทำเป็นแผนแสดงระดับเสียงในกระบวนการผลิตซึ่งสามารถนำไปประเมินผลเพื่อกำหนดมาตรการลดและป้องกันระดับเสียงจากแหล่งกำเนิดได้

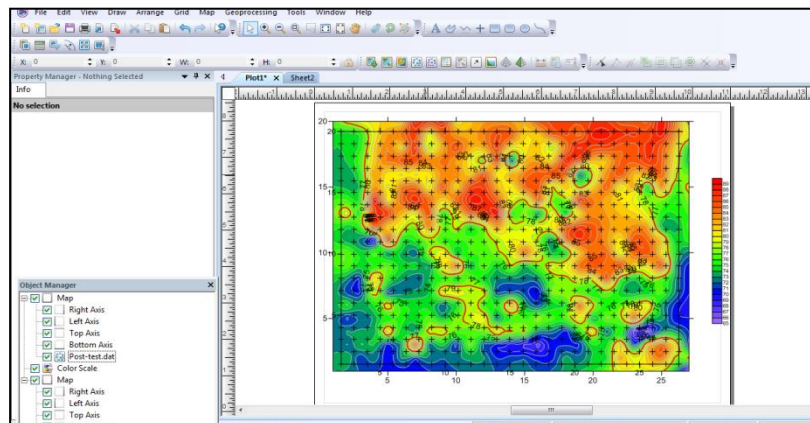


รูปที่ 3.1 การกำหนดจุดตรวจวัด

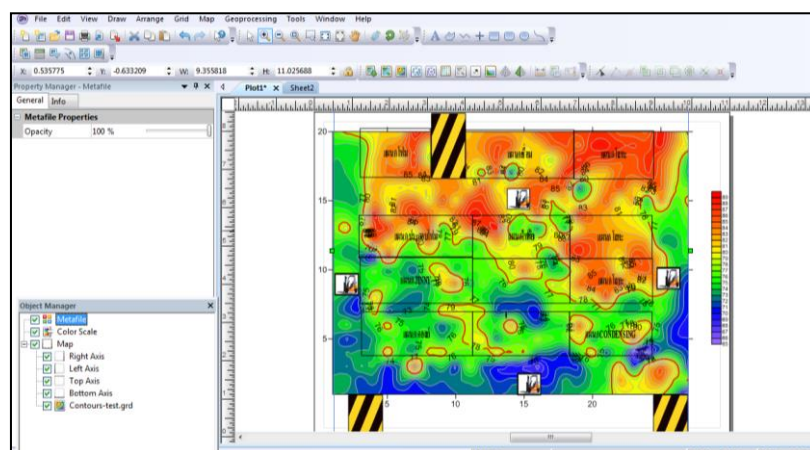
หลังจากการตรวจวัดระดับเสียงเรียบร้อยแล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลลำดับจุดตรวจวัดลงในโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการทำแผนที่เสียง (SURFER13) กรอกข้อมูลตามแกน x,y,z โดยค่า x แสดงแถวที่ทำการตรวจวัด ค่า y แสดงจุดตรวจวัดในแถวนั้นๆ และ ค่า z แทน ระดับเสียงในแต่ละจุดตรวจวัด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ลงแผนที่เสียง ตามจุดตรวจวัด

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
52	3	13	75									
53	3	14	74.7									
54	3	15	73.8									
55	3	16	75.3									
56	3	17	76.4									
57	3	18	75.2									
58	3	19	74.9									
59	3	20	79.9									
60	4	1	-									
61	4	2	72.9									
62	4	3	74.2									
63	4	4	73.1									
64	4	5	73.1									
65	4	6	74.8									
66	4	7	79.8									
67	4	8	82									
68	4	9	74.9									
69	4	10	76.9									
70	4	11	67.5									
71	4	12	86.7									
72	4	13	86.7									
73	4	14	90.1									
74	4	15	83.4									
75	4	16	83.4									

รูปที่ 3.2 การคีย์ข้อมูลลงโปรแกรมสำเร็จรูป



รูปที่ 3.3 แถบสีแสดงระดับเสียงตามจุดตรวจวัด

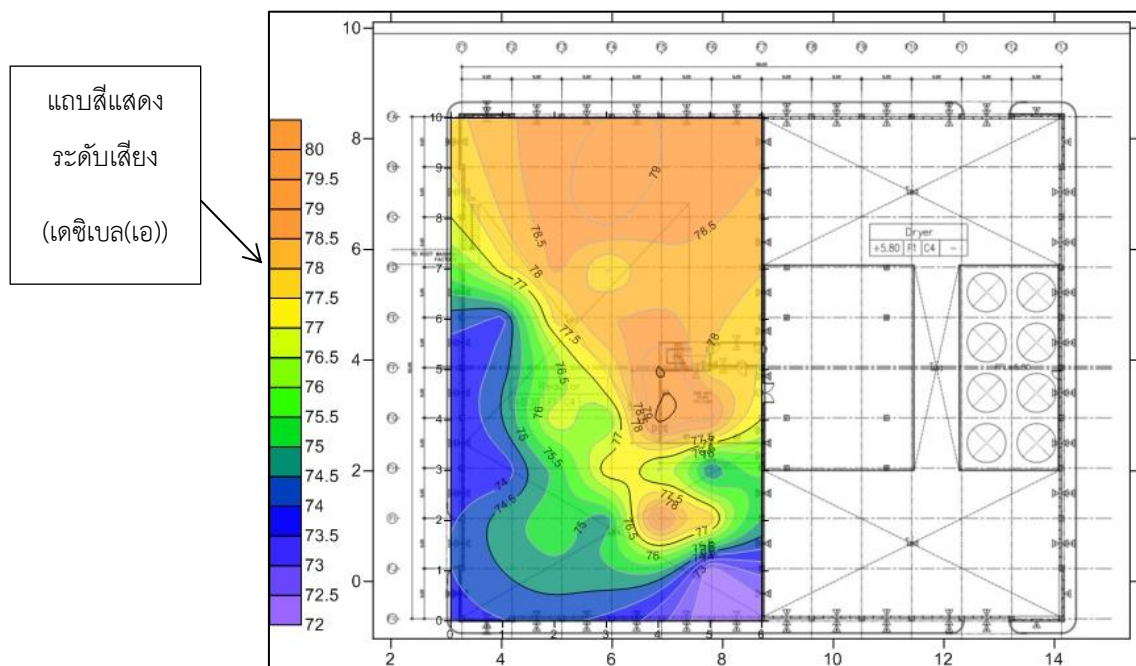


รูปที่ 3.4 นำแผนผังกระบวน ใส่ตามแผนที่เสียง

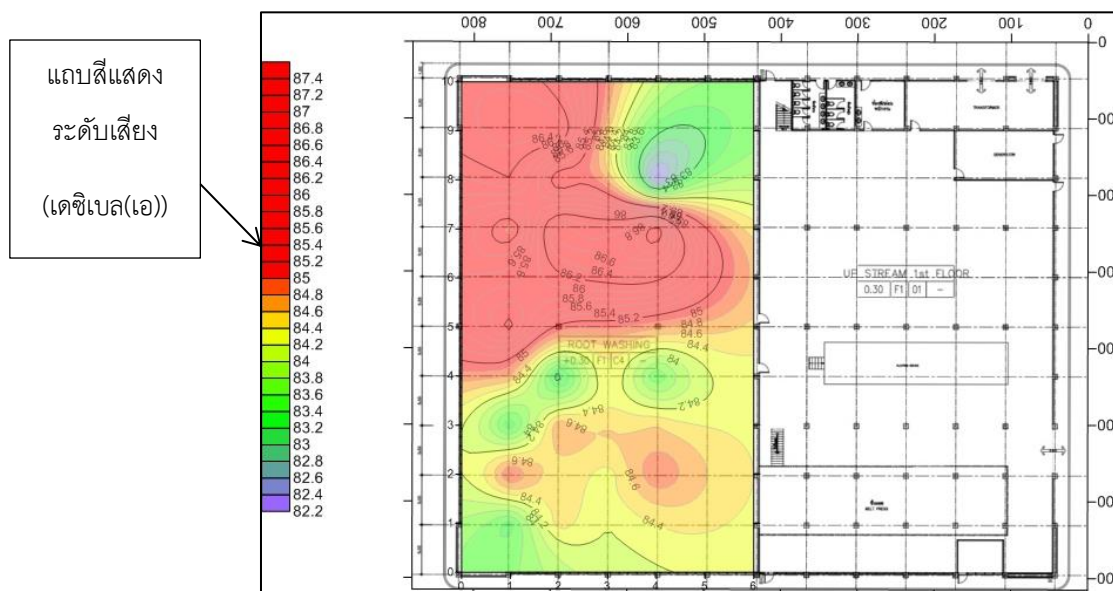
4. ผลการวิจัย

การตรวจสอบระดับเสียงเพื่อจัดทำแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) บริเวณพื้นที่ที่มีเสียงดัง เมื่อวันที่ 25 – 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งหมด 6 พื้นที่ รวมตรวจวัดทั้งสิ้น 207 จุด พบว่า บริเวณ แผนก Downstream ด้านนอก ระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที่ มีค่าอยู่ระหว่าง 71.4 เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 89.4 เดซิเบล(เอ) บริเวณ แผนก Downstream ด้านใน ระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที่ มีค่าอยู่ระหว่าง 77.0 เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 101.3 เดซิเบล(เอ)บริเวณ แผนก Up-stream ชั้น 1 ด้านใน ระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาที่ มีค่าอยู่ระหว่าง 68.8 เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 104.3 เดซิเบล(เอ)บริเวณ แผนก Up-stream ชั้น 1 ด้านนอก ระดับเสียงเฉลี่ย 5นาที่ มีค่าอยู่ระหว่าง 82.1 เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 100.4 เดซิเบล(เอ)บริเวณ แผนก Up-stream ชั้น 2 ระดับเสียงเฉลี่ย 5นาที่ มีค่าอยู่ระหว่าง 67.5

เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 101.4 เดซิเบล(เอ) บริเวณ แพนก Evep ระดับเสียงเฉลี่ย 5นาทื มีค่าอยู่ระหว่าง 79.5 เดซิเบล(เอ) และระดับเสียงสูงสุดมีค่าอยู่ระหว่าง 102.2 เดซิเบล(เอ) เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตาม กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อนแสงสว่างและเสียง พ.ศ. 2559 และ ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน พบว่าระดับเสียงเฉลี่ย 5 นาทื มีค่าอยู่ในมาตรฐาน ดังกล่าวที่กำหนดให้ระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดระยะเวลาการทำงาน 5 นาทื หรือน้อยกว่ามีค่าได้ไม่เกิน 105 เดซิเบล(เอ) จะเห็นว่า ค่าตรวจวัดได้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด



รูปที่ 4.1 แสดงแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) กระบวนการนำเข้้ำมันสำปะหลังเข้า



รูปที่ 4.2 แสดงแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) กระบวนการแปรรูปมันสำปะหลัง

4. สรุปและอภิปรายผล

ระดับเสียงบริเวณเขตพื้นที่ภายในอาคารในแต่ละพื้นที่จะมีระดับเสียงค่อนข้างคงที่ตลอดทั้งวัน เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับพนักงานที่ต้องปฏิบัติงานนานถึง 8 ชั่วโมง ดังนั้นจึงเปรียบเทียบค่ามาตรฐานกับการปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง จึงนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับมาตรฐานตาม ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 85 เดซิเบล(เอ) ในเวลา 8 ชั่วโมง จากการจัดทำแผนที่เส้นระดับเสียง (Noise Contour Map) พบว่า บริเวณพื้นที่ปลอดภัย (มีระดับเสียงเท่ากับหรือน้อยกว่า 85 เดซิเบล(เอ) และมีพื้นที่เป็นบริเวณที่ผลการติดตามตรวจสอบระดับเสียงมีค่ามากกว่า 85 เดซิเบล(เอ) ดังนั้น ในบริเวณดังกล่าว ได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านเสียง เช่น การติดป้ายเตือนพื้นที่ที่มีเสียงดัง เพื่อเตือนพนักงานก่อนเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่เสียง รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ป้องกันเสียงส่วนบุคคล เช่น ที่ครอบหู (Ear Muff) หรือที่อุดหู (Ear Plug) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่สามารถลดระดับเสียงต่อการได้ยินของหูแก่พนักงานที่ต้องทำงานในบริเวณที่มีเสียงดัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจกระทบต่อการได้ยินของพนักงาน ร่วมกับมาตรการลดระดับเสียงที่ต้นกำเนิดเสียง การจัดทำแผนผังระดับเสียง (Noise Contour map) บนพื้นที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมจัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมและป้องกันปัญหาด้านมลพิษทางเสียงให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม แผนผังระดับเสียงจะแสดงความแตกต่างระดับเสียงบนพื้นที่ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง หรือมีเวลาในการปฏิบัติงานบนพื้นที่นั้นๆ มากน้อยเพียงใดโดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการได้ยินทั้งระยะสั้นและระยะยาว

5. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาระดับการระดับเสียงและแผนที่เส้นเสียงในกระบวนการผลิตของโรงงานผลิตตู้แช่เย็น พบว่า มีค่าระดับความเสียงเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้คิดเป็นร้อยละ 15.18 ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงการเสื่อมสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานควรมีมาตรการป้องกัน ควบคุม เพื่อลดระดับเสียงดังให้ลดลง โดยเบื้องต้น คือ การจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการ และควรมีการหมุนเวียนช่วงเวลาการทำงานเพื่อ ลดโอกาสในการรับสัมผัสเสียง รวมทั้งควรจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล คือ Ear plug หรือ Ear muff ให้กับพนักงานที่ต้องทำงานในพื้นที่เสียงดัง และควรมีการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเสื่อมสมรรถภาพการได้ยินจากการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และยังได้รับความช่วยเหลือในการเก็บตัวอย่าง รวมไปถึงให้ความอนุเคราะห์เครื่องทางด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรมจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และขอขอบคุณสถานประกอบแปรรูปมันสำปะหลังในจังหวัดบุรีรัมย์ สำหรับการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2559). แนวปฏิบัติตามกฎหมายกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549 – การตรวจวัดเสียงดัง (Noise Measurement). ค้นจาก [http://www.oshthai.org/index.php?option=com_phocadownload &view=category&id=1:law-ministry&Itemid=186](http://www.oshthai.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=1:law-ministry&Itemid=186)
- ธันวดี ศรีธาวีรัตน์. (2552). ระดับความดังของเสียงจากการจราจรในเขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก. ค้นจาก <https://tci-thaijo.org/index.php/psru/article/view/17050>
- มัตติกา ยงประเดิม. (2560). การวัดระดับเสียงและแผนที่เส้นเสียงในกระบวนการผลิตของโรงงานสิ่งทอจังหวัดขอนแก่น. ค้นจาก [http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/Oral%](http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/Oral%20Workshop%202017.pdf)
- วรณัฐ ดิลละมัน. (2557). ลักษณะของเสียงที่เกิดขึ้นภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ศูนย์พระนครเหนือ. ค้นจาก https://repository.rmutp.ac.th/bitstream/.../SCI_58_07
- ส่วนมลพิษทางเสียงและความสั่นสะเทือน. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียงกรมควบคุมมลพิษ. (2550). คู่มือวัดเสียงรบกวน. ค้นจาก <http://pcd.go.th/count/airdl.cfm?FileNameGuidelineNoise>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิงคณะวิทยาการ
จัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
FACTORS ASSOCIATED WITH COSMETICS CONSUMPTION BEHAVIOR AMONG
FEMALE STUDENTS IN FACULTY OF MANAGEMENT SCIENCE, VALAYA ALONGKORN
RAJABHAT UNIVERSITY UNDER THE ROYAL PATRONAGE

สุพรรณษา บุญผาด, อัญมณี นาทองชัย, อีสรา เกตุวัตร, ชวณ พุ่มพงษ์, นาทยา ดวงประทุม
Supansa Boonpad, Aunyananee Natongchai, Issara Ketwat, Chawapon Phoomphong,
Narttaya Duangpratoom
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 385 ตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 31.4 ในสาขาวิชาการบัญชีร้อยละ 27.8 มีรายรับต่อเดือน 5,001-10,000 บาท และพักอาศัยอยู่คนเดียว ด้านความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.0 ทศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 พฤติกรรมเกี่ยวกับการเลือกใช้ เครื่องสำอางอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้ เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สาขาวิชา ที่พักอาศัย ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง และทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง ความรู้ ทัศนคติ นักศึกษาหญิง

บทนำ

คำกล่าวที่ว่า “ไถ่ถามเพราะชน คนงามเพราะแต่ง” นั้นคือความสวยงามที่ได้จากการปรุงแต่ง ซึ่งเป็นคำกล่าวตั้งแต่สมัยอดีต ที่ยังใช้ได้ตราบจนถึงปัจจุบัน ทำให้เครื่องสำอางมีบทบาทสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวัน ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ให้คำจำกัดความของเครื่องสำอางไว้ คือ วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู โรย พ่น หยด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์ และ

ให้หมายความรวมถึงการใช้กับฟันและเยื่อในช่องปาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะดวก ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดี และรวมตลอดทั้งเครื่องประทีนต่าง ๆ สำหรับผิวดำแต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย (สำนักคณะกรรมการอาหารและยา, 2558) ในปัจจุบันกระแสนิยมด้านเครื่องสำอางและการดูแลสุขภาพ เพื่อความงามได้รับความนิยมจากผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงทั้งในกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ทำให้ตลาดธุรกิจเครื่องสำอางเติบโตได้อย่างรวดเร็ว จากข้อมูล Euromonitor ในปี 2560 ระบุว่าตลาดเครื่องสำอางในประเทศไทยมีมูลค่ารวมกว่า 1.68 แสนล้านบาท และมีอัตราการเติบโตถึง 7.8 โดยตลาดรวมแบ่งเป็น กลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลผิว ร้อยละ 47 ผลิตภัณฑ์ผม ร้อยละ 18 เครื่องสำอาง ร้อยละ 14 ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 16 และน้ำหอม ร้อยละ 5 จากเหตุการณ์เติบโตของตลาดเครื่องสำอางที่มีความหลากหลาย ทั้งในเรื่องรูปแบบผลิตภัณฑ์ ราคา และคุณภาพ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน โดยมีช่องทางที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อการเลือกใช้เครื่องสำอาง ได้แก่ นิตยสาร สิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ และโซเชียลมีเดีย ตลอดจนคำแนะนำจากคนรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้การเลือกใช้เครื่องสำอางเป็นไปตามค่านิยมและเสี่ยงต่อการใช้เครื่องสำอางผิดมาตรฐาน และไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค ด้วยคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย 9 สาขาวิชา ได้แก่ การจัดการท่องเที่ยว การจัดทำไป คอมพิวเตอร์ธุรกิจ นิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบัญชี สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ โลจิสติกส์ การจัดการธุรกิจค้าปลีก ซึ่งมีนักศึกษาหญิงมากกว่านักศึกษาชาย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เพื่อทราบปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ทำคู่มือการเลือกใช้เครื่องสำอางที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ชั้นปีการศึกษา สาขาวิชา รายรับต่อเดือน การพักอาศัย ที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้ของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

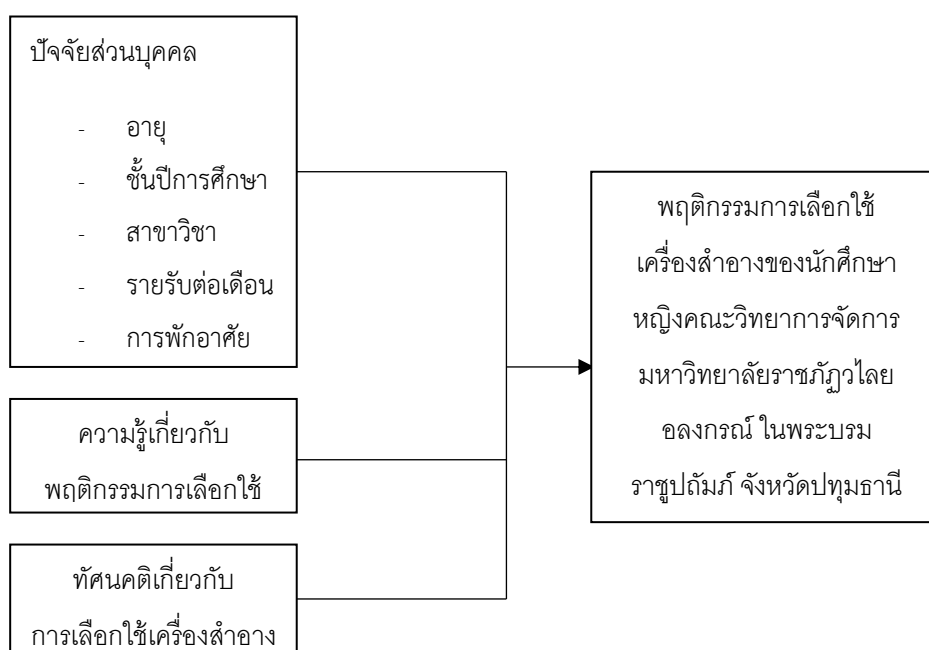
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ มีกรอบวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด พฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

1.1 ตัวแปรอิสระ

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ชั้นปีการศึกษา สาขาวิชา รายรับ/เดือน การพักอาศัย
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
- 3) ทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

- 1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
2. ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย คือ การเก็บข้อมูลในของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
3. ขอบเขตระยะเวลาการศึกษาค้นคว้า ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงจำนวน 385 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมาอายุระหว่าง 21-23 ปี จำนวน 186 คนคิด เป็นร้อยละ 48.3 และอายุ 24 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 คิดเป็น ร้อยละ 31.4 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 28.1 และน้อยสุดคือชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 13.8 ศึกษาอยู่ในสาขาวิชาการบัญชี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 รองลงมาเป็นสาขาวิชาการจัดการ ทั่วไปจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และน้อยสุดคือ สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ จำนวน 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.9 มีรายรับเฉลี่ย 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.0 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่คนเดียวคิดเป็น ร้อยละ 51.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=385)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุต่ำกว่า 20 ปี	198	50.4
อายุ 21 – 23 ปี	186	48.3
อายุ 24 ปีขึ้นไป	5	1.3
ค่าเฉลี่ย = 20.48 ปี, ค่าสูงสุด = 18 ปี, ค่าต่ำสุด = 25 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.188 ปี		
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	53	13.8
ชั้นปีที่ 2	121	31.4
ชั้นปีที่ 3	108	28.1
ชั้นปีที่ 4	103	26.8
สาขาวิชา		
วิชาการจัดการท่องเที่ยว	60	15.6
วิชาการจัดทั่วไป	77	20.0
วิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ	12	3.1

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=385)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิชานิเทศศาสตร์	48	12.5
วิชาบริหารธุรกิจ	24	6.2
วิชาการบัญชี	107	27.8
วิชาเศรษฐศาสตร์	11	2.9
วิชาโลจิสติกส์	30	7.8
วิชาการจัดการธุรกิจค้าปลีก	16	4.2
รายรับ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	94	24.4
5,001 – 10,000	285	74.0
มากกว่า 10,001	6	1.6
ค่าเฉลี่ย = 6,852.9 บาท/เดือน, ค่าต่ำสุด = 4,000 บาท/เดือน, ค่าสูงสุด = 20,000 บาท/เดือน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1,953.8 บาท/เดือน		
การพักอาศัย		
บิดา-มารดา	88	22.9
พักคนเดียว	197	51.2
เพื่อน	81	21.0
ญาติ/พี่น้อง	19	4.9

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.0 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.7 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง (n=385)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (13-16 คะแนน)	281	73.0
ความรู้ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน)	95	24.7
ความรู้ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	9	2.3
ค่าเฉลี่ย = 2.706, ค่าต่ำสุด = 1.00, ค่าสูงสุด = 3.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.504		

3. ทักษะเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.8 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง (n=385)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	134	34.8
ทัศนคติระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	250	64.9
ทัศนคติระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน)	1	0.3
ค่าเฉลี่ย = 2.345, ค่าต่ำสุด = 1.00, ค่าสูงสุด = 3.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.481		

4. พฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.4 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง (n=385)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับสูง (40-50 คะแนน)	94	24.4
พฤติกรรมระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	227	59.0
พฤติกรรมระดับต่ำ (1-29 คะแนน)	64	16.6
ค่าเฉลี่ย = 2.077, ค่าต่ำสุด = 1.00, ค่าสูงสุด = 3.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.636		

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอาง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สาขาวิชา การพักอาศัย ความรู้และทัศนคติต่อการเลือกใช้เครื่องสำอาง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ปรากฏดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการเลือกใช้ เครื่องสำอาง (n=385)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการใช้เครื่องสำอาง			รวม	χ^2	P
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย			
อายุ					1.928	0.749
อายุต่ำกว่า 20 ปี	45 (23.2)	118 (60.8)	31 (16.0)	194 (100.0)		
อายุ 21 – 23 ปี	47 (25.3)	106 (57.0)	33 (17.7)	186 (100.0)		
อายุ 24 ปีขึ้นไป	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	5 (100.0)		
ชั้นปี					1.209	0.546
ชั้นปีที่ 1/ชั้นปีที่ 2	38 (21.8)	107 (61.5)	29 (16.7)	174 (100.0)		
ชั้นปีที่ 3/ชั้นปีที่ 4	56 (26.5)	120 (56.9)	35 (16.6)	211 (100.0)		
สาขาวิชา					8.129	0.017*
กลุ่มการจัดการ**	38 (19.6)	128 (66.0)	28 (14.4)	194 (100.0)		
กลุ่มเทคโนโลยีและ สารสนเทศ***	56 (29.3)	99 (51.8)	36 (18.8)	191 (100.0)		
รายรับ บาท/เดือน					4.563	0.335
ต่ำกว่า 5,000	28 (29.8)	47 (50.0)	19 (20.2)	94 (100.0)		
5,001 – 10,000	64 (22.5)	177 (62.1)	44 (15.4)	285 (100.0)		
มากกว่า 10,001	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	6 (100.0)		

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมการเลือกใช้ เครื่องสำอาง (n=385)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการใช้เครื่องสำอาง			รวม	χ^2	P
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย			
การพักอาศัย					6.993	0.030*
บิดา-มารดา/ญาติ/พี่น้อง	36 (14.3)	167 (66.0)	12 (11.2)	107 (100.0)		
พักคนเดียว / เพื่อน	58 (43.3)	60 (44.8)	52 (18.7)	278 (100.0)		
ระดับของความรู้					11.544	0.021*
ระดับต่ำ	2 (22.2)	5 (55.6)	2 (22.2)	9 (100.0)		
ระดับปานกลาง	15 (15.8)	55 (57.9)	25 (26.3)	95 (100.0)		
ระดับสูง	77 (27.4)	167 (59.4)	37 (13.2)	281 (100.0)		
ระดับของทัศนคติ					39.695	<0.001*
ระดับต่ำ/ระดับปานกลาง	36 (14.3)	167 (66.5)	48 (19.1)	251 (100)		
ระดับสูง	58 (43.3)	60 (44.8)	16 (11.9)	134 (100)		

*p-value < 0.05

**กลุ่มการจัดการ ได้แก่ สาขาวิชาการจัดการท่องเที่ยว, สาขาวิชาการจัดทั่วไป, สาขาวิชาโลจิสติกส์, สาขาวิชาการจัดการธุรกิจค้าปลีก และสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

***กลุ่มเทคโนโลยีและสารสนเทศ ได้แก่ สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ, สาขาวิชานิติศาสตร์, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ และสาขาวิชาการบัญชี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ ชั้นปีการศึกษา สาขาวิชา รายรับต่อเดือน การพักอาศัย โดยข้อมูลด้านอายุ ชั้นปีการศึกษา และรายรับต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ ระดับชั้นปีการศึกษาและรายรับต่อเดือนส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีความหลากหลายของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือช่วงวัยที่แตกต่างกันมาก สำหรับข้อมูลด้านสาขาการเรียนมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางที่แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์ศิริ อุยวัฒนกุล (2560) พบว่าหลักสูตรที่ศึกษาและปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ ข้อมูลด้านการพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นัคนัก คนทา (2549) พบว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกซื้อครีมบำรุงผิวหน้าคือ ตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการพักอาศัยคนเดียวหรืออยู่กับเพื่อน ทำให้มีอำนาจการตัดสินใจและแรงสนับสนุนได้มากกว่าการอยู่กับบิดามารดาหรือญาติหรือพี่น้อง ที่อาจทำให้การตัดสินใจลดลงหรือไม่มีความมั่นใจ ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางที่ของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ตามสมมติฐาน

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง

ผลการศึกษาด้านความรู้ ซึ่งแบบสอบถามความรู้ได้จำแนกแบ่งคำถามเป็นเชิงบวกและเชิงลบทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงคำตอบได้ถูกต้องโดยอยู่ในเกณฑ์ด้านความรู้ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณา เขียงขุนทด และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเกษิณีเจริณ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและเจตคติต่อการบริโภค อาหาร

ดังนั้น ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางที่ของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ตามสมมติฐาน

3. ทักษะเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอาง

ผลการศึกษาด้านทัศนคติ โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คนได้แสดงทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อำนวย ปาอ้าย (2552) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรม ผู้บริโภคสตรีวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อการซื้อเครื่องสำอางจากระบบขาย

ตรงผลการวิจัย พบว่า ผู้บริโภคสตรีวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อการเลือกซื้อเครื่องสำอางจากระบบขายตรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางที่ของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ตามสมมติฐาน โดยอาศัยปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องให้เกิดความแตกต่างทางด้านแสดงออกทางทัศนคติ และนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

4. พฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางของนักศึกษาหญิง

ผลการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นผลจากองค์ความรู้และทัศนคติที่แสดงออก อันเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนนซี ซวาทซ์ (Nancy Z. Schwartz ; อ้างในสุชัยญา ลิมสกุล, 2541) กล่าวถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวใน รูปแบบ 4 ประการดังนี้ 1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติตัวนี้ความรู้ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและมีผลต่อการปฏิบัติ 2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา 3. ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ ความรู้และทัศนคติไม่ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน 4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางที่ของนักศึกษาหญิง คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ตามสมมติฐาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ สาขาวิชา การพักอาศัย ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกซื้อเครื่องสำอางมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางในจำนวนตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น วัยทำงาน มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นต้น เนื่องจากการใช้เครื่องสำอางในปัจจุบันมีการใช้อย่างแพร่หลาย และใช้ในทุกกลุ่มวัย การศึกษาในกลุ่มอื่นๆ จะทำให้การศึกษาเป็นไปได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมและมีปัจจัยนำไปสู่พฤติกรรมที่แตกต่างมากขึ้น
2. ควรศึกษาพฤติกรรมที่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องหรือเจาะลึกหัวข้อแต่ละประเด็น เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์ระงับกลิ่นกาย ใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวหน้า และใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดความอ้วน เป็นต้น

3. ควรมีการส่งเสริมและมีการสนับสนุนด้านทัศนคติเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องสำอางและบอกถึงผลเสียของการเลือกใช้เครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นการปลูกฝังให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีและถูกต้อง นอกเหนือจากการมีองค์ความรู้ที่ดีแล้ว การได้รับรู้ทางกระแสนิยมหรือมุมมองอาจส่งผลต่อทัศนคติที่ไม่ดีได้ และนำไปสู่พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

เอกสารอ้างอิง

- นักร้อง คนตา. (2549). ทัศนคติและพฤติกรรมในการซื้อครีมบำรุงผิวหน้าของผู้หญิงวัยทำงาน ในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บธ.ม. (การการตลาด) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิมพ์ศิริ อุยวัฒนกุล. (2560). เรื่อง พฤติกรรมการเลือกใช้เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: www.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/102012 (30 กันยายน 2561).
- ภัสราภรณ์ สุขสมนรินทร์. (2558) ศึกษาความพึงพอใจในการซื้อเครื่องสำอางพรีเมียมแบรนด์ของวัยเริ่มทำงาน. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: https://www.google.com/search?ei=ACcRXMjwM5jd9_QP8jq2ACA&q= (30 กันยายน 2561).
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2558). ประวัติเครื่องสำอาง. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: http://www.fda.moph.go.th/Pages/HomeP_D1.aspx (25 กันยายน 2561).
- สุชัยญา ลิ้มสกุล. (2541). กลยุทธ์และประสิทธิภาพของแผนการรณรงค์โฆษณาเสริมสร้างความตื่นตัว ในการปกป้องสิทธิผู้บริโภค. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม (KAP). [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: www.google.co.th/search?ei=Waz3W673O4X5vgTp7ojQAw&q= (25 กันยายน 2561).
- สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ. (2557). ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคน ภาชีเจริญ. นนทบุรี. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อานวย ปาอ้าย. (2552). ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภคสตรีวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อการซื้อเครื่องสำอางระบบขายตรง. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <https://www.google.com/search?biw=1345&bih=612&ei=uiKRXLCHOsLPvgTVz4eQ> (25 พฤศจิกายน 2561).
- Euromonitor. (2560). ภาพรวมอุตสาหกรรมความงาม. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <https://www.google.com/search?biw=1345&bih=612&ei=HysRXObpPlu9rQGCK7CACg&q=Euromonitor.+&oq=> (30 พฤศจิกายน 2561).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีใน จังหวัดปทุมธานี

Factors related to sweet food consumption behavior among undergraduate students in Pathum Thani province

ปวีณา แทนคำปราบ¹ สุภาวดี ศรีเพ็ญจันทร์² ภัทรสุดา สายงาม³

จันทร์รัตน์ จาริกสกุลชัย^{4*} รัฐพล ศิลปรัศมี⁵ รัตนภรณ์ อาษา⁶

^{1, 2, 3} นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

^{4, 5, 6} อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Correspondence E-mail: Juntarat.jaricksakulchai@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่เรียนอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2561 ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 160 ตัวอย่าง ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน ทักษะการบริโภคอาหารหวาน การเข้าถึงศูนย์รวมอาหาร และแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.01$) จากข้อค้นพบจึงมีข้อเสนอแนะต่อมหาวิทยาลัย และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาว่า ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภคอาหารหวานให้น้อยลง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะอ้วนที่จะเกิดขึ้น และควรมีการรณรงค์ให้มีการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและมีการเพิ่มร้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน, อาหารหวาน, พฤติกรรมการบริโภค

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปริมาณการบริโภคน้ำตาลต่อคนสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน ประมาณ 28.9 กิโลกรัม/คน/ปี (องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ, 2552) ซึ่งปริมาณการบริโภคน้ำตาลของคนไทยสูงขึ้นทุกปีและสูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำไว้วันละ 6 ช้อนชาถึง 4.7 เท่า โดยในปี พ.ศ.2561 สถิติการบริโภคน้ำตาลของคนไทยเฉลี่ย 28.4 ช้อนชาต่อวัน คนไทยบริโภคน้ำตาลจากผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม และเครื่องดื่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ควรได้รับการดูแลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทางโภชนาการต่อสุขภาพร่างกายและเพื่อสุขภาพฟันที่ดี น้ำตาลที่ใช้เป็นส่วนผสมอาหารมีหลายชนิด ได้แก่ น้ำตาลทราย หรือน้ำตาลซูโครส (Sucrose or table Sugar), น้ำตาลฟรุคโทส (Fuctose), น้ำตาลกลูโคสหรือ เดกซ์โทรส (Glucose or dextrose) และ น้ำตาลแลคโทส (Lactose) เป็นต้น (เนตรนภิส วัฒนสุขชาติ, 2552) ส่วนใหญ่การบริโภคน้ำตาลของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยครึ่งหนึ่งมาจากเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเขียว น้ำสมุนไพร เป็นสาเหตุให้เกิดโรค เช่น โรคอ้วน เกิดจากการสะสมพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารหวานเกินความจำเป็นของร่างกายก่อให้เกิดไขมันสะสมเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานประเภทที่ 2 การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้ระบบการทำงานของเซลล์ไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน ประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินลดลง นอกจากโรคอ้วนและเบาหวานแล้ว ยังทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต เนื่องจากบริโภคน้ำตาลซูโครสและน้ำตาลฟรุคโทสสามารถทำให้เกิดภาวะกรดยูริกสะสมในกระแสเลือดสูงขึ้น ทำให้เลือดแข็งตัวในไต ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และการบริโภคน้ำตาลบ่อยๆ ยังทำให้สูญเสียฟลูออไรด์เป็นเหตุให้ฟันผุ (จันทร์นา อึ้งชูศักดิ์, 2555)

ด้วยเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารหวาน จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยนำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework (มาใช้เป็นกรอบแนวคิด แบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย คณะที่ศึกษา ชั้นปีที่ศึกษาอยู่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารหวาน) ปัจจัยเอื้อ (รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน) และ ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานให้เป็นไปอย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักโภชนาการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

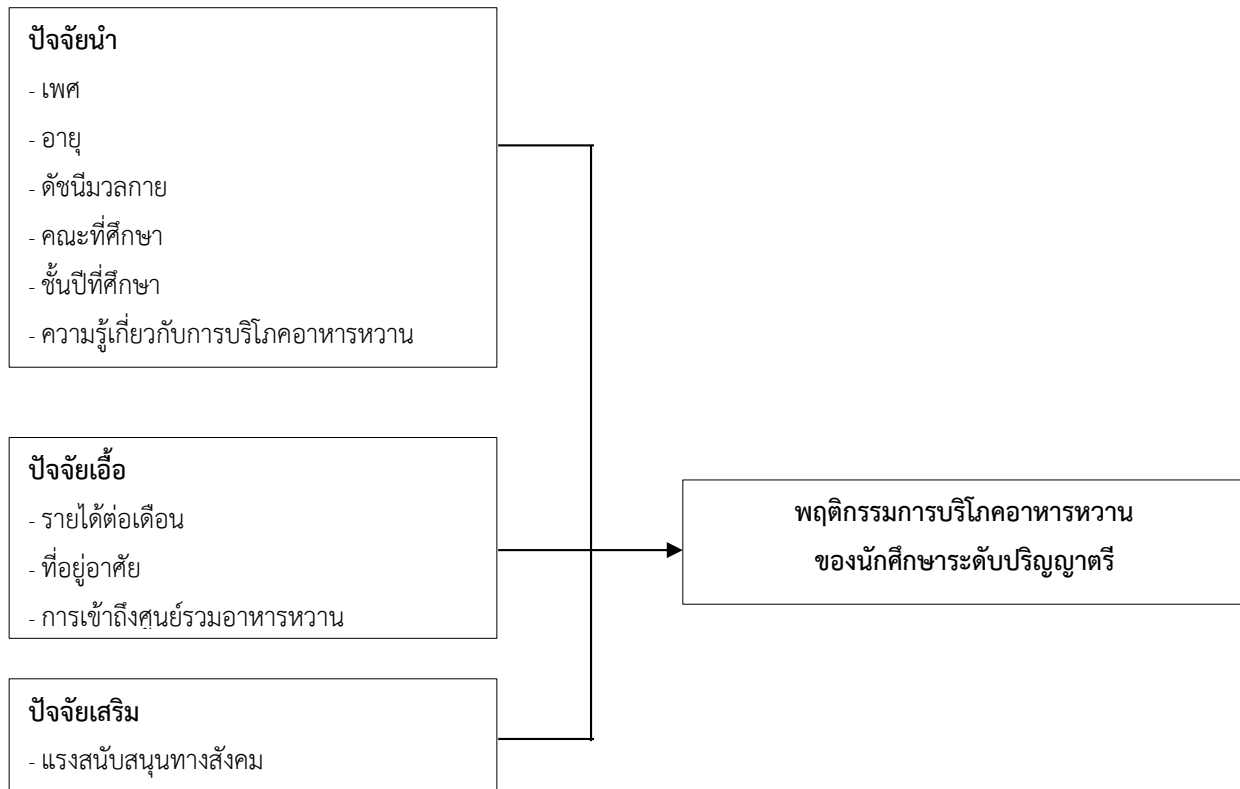
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 6,923 คน (สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียนมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี, 2561)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานีที่เรียนอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 160 คน ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของแดเนียล (Daniel, 2009) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแยก

ประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อยๆ โดยหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน จำแนกประชากรออกเป็น 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะครุศาสตร์ 2) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 3) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 4) คณะเทคโนโลยีการเกษตร 5) คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม 6) คณะวิทยาการจัดการ 7) คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ 8) วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ แล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มประชากรแต่ละชั้นภูมิ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม จำนวน 54 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย คณะที่ศึกษาอยู่ ชั้นปีที่กำลังศึกษา รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง 2) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะให้ตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.701 แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1976) คือ ดี (มากกว่าร้อยละ 80) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 59) 3) ทักษะการบริโภคอาหารหวาน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.799 ในการแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1987) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ทักษะระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 คะแนน) 4) การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.737 ในการแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1987) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการเข้าถึงระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 คะแนน) 5) แรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง และไม่เคย โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.907 ในการแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1987) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 คะแนน) และ 6) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง และไม่เคย โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.923 ในการแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1987) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล หลังจากสิ้นสุดการศึกษานี้จึงทำลายแบบสอบถามทิ้งทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 160 ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 78.8 และร้อยละ 21.2 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.39 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20-22 ปีมากที่สุด ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 21.92 กิโลกรัม/เมตร² โดยมีค่าดัชนีมวลกายสูงสุดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 54.4 กิโลกรัม/เมตร² รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ผอมร้อยละ 18.1 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งเป็นนักศึกษาคณะครุศาสตร์ ร้อยละ 23.1 รองลงมาคือ วิทยาการจัดการ ร้อยละ 22.5 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ต่อเดือน 3,001 – 6,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ มากกว่า 9,001 บาท ร้อยละ 14.4 และพักอาศัยที่บ้านเช่า/หอพักมากที่สุด ร้อยละ 66.3 รองลงมาคือ บ้านญาติ ร้อยละ 2.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ (n=160)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	126	78.8
ชาย	34	21.2
อายุ (ปี)		
17-19	47	29.4
20-22	102	63.7
23 ปีขึ้นไป	11	6.9
Mean = 20.39 ปี, S.D. = 1.419 ปี, Min = 17 ปี, Max = 24 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ (n=160) (ต่อ)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
ผอม (น้อยกว่า 18.5)	29	18.1
ปกติ (18.5 – 22.99)	87	54.4
น้ำหนักเกิน (23.0 – 24.99)	13	8.1
อ้วนระดับ 1 (25.0 – 29.99)	17	10.6
อ้วนระดับ 2 (30.0 ขึ้นไป)	14	8.8
Mean = 21.92 กิโลกรัม/เมตร ² , S.D. = 4.499 กิโลกรัม/เมตร ² , Min = 15.06 กิโลกรัม/เมตร ² , Max = 37.81 กิโลกรัม/เมตร ²		
คณะที่ศึกษาอยู่		
ครุศาสตร์	37	23.1
วิทยาการจัดการ	36	22.5
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	35	21.9
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	19	11.9
สาธารณสุขศาสตร์	12	7.5
เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	11	6.9
เทคโนโลยีการเกษตร	6	3.7
วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ	4	2.5
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
1	40	25.0
2	40	25.0
3	36	22.5
4	37	23.1
5	7	4.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำ (n=160) (ต่อ)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
1 – 3,000	42	26.2
3,001 – 6,000	69	43.1
6,001 – 9,000	26	16.3
มากกว่า 9,001	23	14.4
ที่พักอาศัย		
บ้านเช่า/หอพัก	106	66.3
บ้านตัวเอง	50	31.2
บ้านญาติ	4	2.5

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 24.3 และระดับสูง ร้อยละ 21.3 โดยมีความรู้มากที่สุดในประเด็น การรับประทานอาหารหวาน ทำให้เกิดโรคอ้วน รองลงมาคือ เรื่องส่วนประกอบของเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ ที่มีน้ำตาลผสมอยู่ และน้อยที่สุดในประเด็นการรับประทานอาหารหวานจำนวนมากทำให้ได้รับสารอาหารที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 20.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.8 รายละเอียดดังตารางที่ 2

สำหรับปัจจัยเอื้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.7 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.8 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 24.4 และระดับต่ำร้อยละ 23.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดในประเด็น ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับอาหารหวาน จากสื่ออินเทอร์เน็ต รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริโภคอาหารหวานจากวัฒนธรรมตะวันตกจากสื่อโซเชียล เช่น Facebook, Instagram, Line, Twitter เป็นต้น และน้อยที่สุดในประเด็นผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างแนะนำและส่งเสริมให้รับประทานอาหารพืชผักผลไม้สดที่มีน้ำตาลน้อย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะการบริโภคอาหารหวาน การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน และแรงสนับสนุนทางสังคม (n=160)

ประเด็น	ระดับ			Min	Max	Mean $\pm$ S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	21.3	54.4	24.3	1	8	5.30 $\pm$ 1.565
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร	20.0	66.2	13.8	7	35	25.11 $\pm$ 1.565
การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน	71.3	28.7	0.0	12	25	20.71 $\pm$ 0.454
แรงสนับสนุนทางสังคม	24.4	51.8	23.8	25	75	59.01 $\pm$ 0.695

ในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 26.2 และระดับสูงร้อยละ 18.8 โดยมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาลหวาน เช่น ชาไข่มุก ชาเย็น โกโก้ นมเย็น มากที่สุด รองลงมาคือ การบริโภคผักจำพวกหัวผักกาด ข้าวโพดหวาน แครอท หอมใหญ่ พริกหวาน มันฝรั่ง มันเทศ และน้อยที่สุดคือ การบริโภคผลไม้รสหวานจัดเช่น กล้วย องุ่น มะม่วงสุก ทุเรียน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน (n=160)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	42	26.2
ระดับปานกลาง	88	55.0
ระดับสูง	30	18.8
Mean = 45.39 คะแนน, S.D. = 0.669 คะแนน, Min = 12 คะแนน, Max = 60 คะแนน		

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับเพศ ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน ทักษะการบริโภคอาหารหวาน การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

สถิติที่ใช้	ตัวแปรอิสระ	ค่าสถิติ	p-value
Chi-square test	เพศ	13.805	0.008*
	คณะที่ศึกษา	1.587	0.453
	ชั้นปีที่กำลังศึกษา	8.595	0.378
	รายได้ต่อเดือน	6.731	0.346
	ที่พักอาศัย	2.543	0.637
Pearson's product-moment correlation coefficient	อายุ	-0.008	0.917
	ค่าดัชนีมวลกาย	-0.145	0.067
	ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน	0.273	<0.001*
	ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารหวาน	0.457	<0.001*
	การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวาน	0.361	<0.001*
	แรงสนับสนุนทางสังคม	0.678	<0.001*

*p-value < 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา บุญรินทร์ (2553) ที่พบว่า นักศึกษาจังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามีความชอบในการบริโภคอาหารหวานประเภทเครื่องดื่มที่ใส่น้ำหวาน เช่น ชาไข่มุก ชาเย็น โกโก้ นมเย็นซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่รับประทานเป็นประจำ อีกทั้งเพื่อนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการบริโภคอาหารหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถซื้ออาหารหวานได้ง่ายมีทั้งตลาดและร้านสะดวกซื้อ ซึ่งมีการจำหน่าย น้ำอัดลม เครื่องดื่มสำเร็จรูปต่างๆ เค้ก น้ำแข็งไส ชา กาแฟ ไอศกรีม ทำให้กระตุ้นการบริโภค ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับอาหารหวาน จากสื่ออินเทอร์เน็ตหรือโซเชียลมีเดีย ได้แก่ Facebook, Instagram Line และ Twitter

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค

อาหารหวาน ได้แก่ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารหวาน สอดคล้องกับการศึกษา ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และคณะฯ (2560) ที่พบว่า เพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศชายและหญิงมีความต้องการในเรื่องการบริโภคอาหารหวานที่แตกต่างกัน โดยผู้หญิงมีความต้องการในการบริโภคอาหารมากกว่าผู้หญิง นอกจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานทำให้เกิดโรคอ้วน และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้นักศึกษาสามารถควบคุมปริมาณการบริโภคน้ำตาลได้ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคอ้วน สำหรับปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาสามารถเข้าถึงศูนย์รวมอาหารหวานได้ง่ายด้วยที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับแหล่งจำหน่ายอาหารหวาน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ทำให้มีกำลังในการซื้อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุระเดช ไชยตอกเกีย (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งพบว่า มีการเข้าถึงอาหารและแหล่งรวมอาหารได้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงกระตุ้น คำแนะนำจากเพื่อน ครอบครัว และได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เกี่ยวกับอาหารหวานจากสื่ออินเทอร์เน็ตที่มาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารหวานตามคำแนะนำทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ

ดังนั้นการที่นักศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับต่ำได้นั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลซึ่งการที่แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันย่อมมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งศูนย์รวมอาหาร การที่บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันก็จะได้รับผลจากสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานให้ดีขึ้นอาจต้องลดแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมด้านลบ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะต่อมหาวิทยาลัยฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพนักศึกษา) ดังนี้

1. ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภคอาหารหวานให้น้อยลง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะอ้วนที่จะเกิดขึ้น
2. ควรจัดชั่วโมงในการให้คำปรึกษาในการบริโภคอาหารน้ำตาลให้เหมาะสมกับช่วงวัย
3. ควรมีการรณรงค์การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและมีการเพิ่มร้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ, (2552). **น้ำตาลสุขภาพและการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เนตรนภิส วัฒนสุชาติ. (2552). **ลดน้ำตาลสร้างโภชนาการที่ดีให้เด็ก**. ค้นจาก http://moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=17966&key=news_research.
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. (2555). **น้ำตาลสุขภาพและการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียนมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. (2561). **สถิตินักศึกษา ปีการศึกษา 2561**. ค้นจาก <http://www.vru.ac.th>.
- Daneil W. (2009). **Biostatistics: a foundation for analysis in the health science**. 9th ed: John Wiley&Sons, Inc.
- วิริยา บุญรินทร์. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 20-29.
- ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และคณะ. (2560). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 122-128.
- สุระเดช ไชยตอกเกีย. (2558). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นผู้ใหญ่มาก** **ตะวันออกเฉียงเหนือ**. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 13(45), 68-78.

พฤติกรรมและเจตคติด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะ อิเล็กทรอนิกส์

กรณีศึกษา: บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

The Behavior and Attitude of Work Safety among Electronic Waste Dismantling Workers in Ban Nakaew, Bankog Sub-District, Khueangna District, Ubon Ratchathani Province

สิทธิชัย ใจขาน¹ ทิพย์รัตน์ ส่งสุข^{2*} สุภาณี จันทศิริ³

¹วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 34190

^{2,3}วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 34190

Correspondence E-mail: sitthichai.chaikhan@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกับเจตคติความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับเจตคติความปลอดภัยในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปฏิบัติงานในร้านประกอบกิจการรับซื้อของเก่าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 29 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า โดยพฤติกรรมการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 17.2 และเจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 โดยพฤติกรรมและเจตคติมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จากผลการศึกษาผู้ประกอบการร้านประกอบกิจการรับซื้อของเก่าควรให้การกระตุ้นให้ผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ปฏิบัติตามกฎระเบียบในการทำงานและปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เพื่อให้พนักงานปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: อาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์, ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน, ตำบลบ้านกอก

บทนำ

ประเทศไทยต้องประสบปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์จำนวนมาก สาเหตุสำคัญมาจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยผลการศึกษาของ พิรนาฏ คิตติ และสุทธิพร บุญมา (2559) ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2559-2564 โดยแนวโน้มปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์จะเพิ่มขึ้นจาก 947,881,000 ชิ้น ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 1,067,767,000 ชิ้น ในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปี การคาดการณ์ปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นสูงสุด ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์ จะมีการเพิ่มปริมาณเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2564 โดยประกอบด้วย แบตเตอรี่ จำนวน 718,000,000 ชิ้น รองลงมาคือ หลอดฟลูออเรสเซนต์ จำนวน 317,012,000 ชิ้น และโทรศัพท์มือถือ/บ้าน จำนวน 13,419,000 ชิ้น ตามลำดับ และเมื่อคำนวณอัตราการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์ตามชนิด พบว่า ไมโครเวฟมีอัตราการเพิ่มขึ้นเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์สูงสุดร้อยละ 9.03 ต่อปี รองลงมาคือคอมพิวเตอร์ ส่วนบุคคลที่ร้อยละ 8.01 ต่อปี โดยลำดับสุดท้ายคือเครื่องพิมพ์/โทรสารที่ร้อยละ 0.33 ต่อปี โดยสาเหตุเกิดจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆมักมีการวางจำหน่ายอุปกรณ์รุ่นใหม่ ออกมาอย่างต่อเนื่องและอายุการใช้งานที่จำกัด ซึ่งโดยทั่วไปอายุการใช้งานของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ นั้น แตกต่างกัน โดยโทรศัพท์มือถือมีอายุเฉลี่ย 3 ปี ทีวีจอสีอาร์ทีหรือจอแบนยาว มีอายุเฉลี่ย 6.9 ปี และโทรทัศน์จอแบน มีอายุเฉลี่ย 3.8 ปี คอมพิวเตอร์ มีอายุเฉลี่ย 3.65 ปี และเมื่อหมดอายุการใช้งานก็จะกลายเป็นขยะที่ยากต่อการจัดการ และยิ่งก่อให้เกิดปัญหากลายเป็นขยะที่มีส่วนประกอบของสารพิษหลายชนิด ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มี ความเข้าใจว่าซากผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นของเสียอันตรายต้องได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี และยังขาดความตระหนักในการ แยกทิ้งซากผลิตภัณฑ์บางประเภทออกจากขยะทั่วไป แต่ขยะเหล่านี้มีชิ้นส่วนที่สามารถนำไปจำหน่ายได้ ทำให้เกิด การขายให้กับผู้ประกอบการอาชีพรับซื้อของเก่า สิ่งสำคัญ พบว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการกับ เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้งานแล้วโดยตรงทั้งที่มีสถานประกอบการและผู้ประกอบการอาชีพเป็นจำนวนมาก

บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการประกอบกิจการร้าน รับซื้อของเก่ามากที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 32 ร้าน และผู้ประกอบการอาชีพคัดแยกขยะ อิเล็กทรอนิกส์ก็เป็นคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ด้วยเช่นกัน โดยผู้ประกอบการอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีหน้าที่แยก เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ มีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องจักรต่างๆเข้าช่วย และยังคงเคลื่อนย้าย วัสดุสิ่งของที่เกี่ยวข้องในงานอีกด้วย ซึ่งลักษณะการทำงานมีโอกาที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งการกระทำที่ไม่ปลอดภัย จากพฤติกรรมการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้เมื่อมีการคัดแยกเครื่องใช้ไฟฟ้า และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ออกจากขยะประเภทอื่นๆ แล้วยังมีการสะสมขยะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกับเจตคติความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับเจตคติความปลอดภัยในการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะ อิเล็กทรอนิกส์ ในบ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

พื้นที่วิจัย

ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ ที่ปฏิบัติงานในร้านประกอบกิจการรับซื้อของเก่า ในบ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวน 29 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกอก, 2561)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านเจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ด้านเจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้นเลย

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนเจตคติต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้วิธีการแบ่งความรู้เกี่ยวกับเจตคติต่อการปฏิบัติงานออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง และควรปรับปรุง ซึ่งพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977 อ้างถึงใน วราภรณ์ พันธุ์ศิริ, 2559) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงความกว้างของระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{60 - 12}{3} \\ &= 16\end{aligned}$$

ระดับดี หมายถึง เจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 44 – 60 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง เจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 28 – 43 คะแนน

ระดับควรปรับปรุง หมายถึง เจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 12 – 27 คะแนน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์

ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก่อนการปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมขณะการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมหลังการปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ทำนกระทำอย่างสม่ำเสมอ (5-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำนกระทำเป็นส่วนมากหรือทำบ่อย (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำนกระทำเป็นส่วนน้อยหรือนานๆทำครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ทำนไม่เคยกระทำเลย

$$\begin{aligned}\text{ช่วงความกว้างของระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{88 - 22}{3} \\ &= 22\end{aligned}$$

ระดับดี หมายถึง พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 66 – 88 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 44 – 65 คะแนน
ระดับควรปรับปรุง หมายถึง พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 22 – 43 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับงานวิจัยไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเสนอ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาข้อความให้ได้ตามจุดมุ่งหมายของการทำวิจัย ครั้งนี้ ความครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมทั่วไปของแบบสอบถามและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Objective Congruence : IOC) โดยมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยทดสอบใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร คือ พนักงานคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ บ้านกอก ตำบลบ้านกอก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) สร้างแบบสอบถาม ตรวจสอบความเรียบร้อย ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ และจัดเตรียมเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ติดต่อประสานงานกับผู้ประกอบการร้านรับซื้อของเก่า ในบ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานีและผู้นำชุมชนในพื้นที่ดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย
- 3) ผู้ศึกษาแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์
- 4) ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนในแต่ละหัวข้อสัมภาษณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมาร

ปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปค่าสถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Ratio Scale) ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์ในการทำงาน ระยะเวลาในการทำงาน และความถี่การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile, 25, 75)
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Nominal Scale, Ordinal Scale) ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ, อุบัติเหตุจากการทำงาน, สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน, การได้รับข่าวสารด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติงาน พรรณนาโดยใช้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)
- 3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับเจตคติกับระดับพฤติกรรมของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนทั่วไป

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 29 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 51.7 ค่ามัธยฐานของอายุ เท่ากับ 38 ปี ซึ่งมีอายุระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 48.2 สถานภาพสมรสอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.9 ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน เท่ากับ 9,120 บาท ซึ่งมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,491 – 9,121 ขึ้นไป ร้อยละ 37.9 ค่ามัธยฐานประสบการณ์ในการทำงาน เท่ากับ 6 ปี ประสบการณ์ในการทำงานในช่วง 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.8 ซึ่งใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานที่สุด ร้อยละ 82.8 ค่ามัธยฐานเวลาในการทำงาน 1 วัน เท่ากับ 8 ชั่วโมง ซึ่งเวลาในการทำงาน 1 วันเฉลี่ย 8 ชั่วโมง ร้อยละ 79.3 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่พบมากที่สุด คือ ผ้าปิดปาก/ปิดจมูก ร้อยละ 20.2 รองลงมา คือ ถุงมือยาง ร้อยละ 17.7 และถุงมือผ้า ร้อยละ 13.7 นอกจากนี้ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ถูกต้องทุกคน โดยมีช่องทางการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมากที่สุด คือ เพื่อนร่วมงาน/ญาติ/คนในครอบครัว ร้อยละ 22.2

การศึกษาเจตคติต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์

การศึกษาเจตคติต่อการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีเจตคติต่อการปฏิบัติงานเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือ ควรแต่งกายมิดชิดสวมใส่เสื้อผ้าแขนยาว กางเกงขายาว เมื่อปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.8 รองลงมาคือ การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติทันทีหลังจากเลิกงาน ร้อยละ 79.3 และการสูบบุหรี่ภายในบริเวณที่ปฏิบัติงาน สามารถทำให้เกิดการลุกไหม้ของไอระเหยจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 62.1 สำหรับเจตคติการปฏิบัติงานไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือ การปฏิบัติงานในการคัดแยกชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำได้แม้จะมีอาการเมื่อย ร้อยละ 86.1 รองลงมาคือ ระหว่างปฏิบัติงาน หากมีอาการเมื่อยล้าสามารถพักผ่อนในบริเวณสถานที่ปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 75.8 และการคัดแยกชิ้นส่วน เช่น ตู้เย็น สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท 72.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละเจตคติต่อการปฏิบัติงานของผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ (N=29 คน)

เจตคติต่อการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติทันทีหลังจากเลิกงาน	23(79.3)	6(20.7)	-	-	-
2.รับประทานอาหารในบริเวณที่คัดแยกขยะได้	4(13.8)	9(31.1)	7(24.1)	7(24.1)	2(6.9)
3.แต่งกายมิดชิดสวมใส่เสื้อผ้าแขนยาวกางเกงขายาว เมื่อปฏิบัติงาน	24(82.8)	4(13.8)	1(3.4)	-	-
4.คัดแยกชิ้นส่วนต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท	7(24.1)	1(3.5)	-	15(51.7)	6(20.7)
5.ถุงมืออย่างสามารถใช้ซ้ำได้จนกว่าจะขาดหรือชำรุด	4(13.8)	12(41.4)	6(20.7)	6(20.7)	1(3.4)
6.ปฏิบัติงานคัดแยกชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ได้แม้จะมีอาการเมื่อย	2(6.9)	1(3.5)	1(3.5)	8(27.6)	17(58.5)
7.ระหว่างปฏิบัติงาน มีอาการเมื่อยล้าสามารถพักผ่อนในสถานที่ปฏิบัติงาน	1(3.5)	2(6.9)	4(13.8)	11(37.9)	11(37.9)
8.การยกทีวีด้วยตนเอง สามารถทำให้เคลื่อนย้ายสิ่งของได้สะดวกกว่าหลายคน	9(31.1)	9(31.1)	5(17.2)	5(17.2)	1(3.5)
9.การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะมีผลกระทบกับการปฏิบัติงาน	10(34.5)	14(48.3)	3(10.3)	2(6.9)	-
10.การสวมใส่ผ้าปิดปาก/ปิดจมูกชนิดผ้าป้องกันไอระเหย/สารระเหยจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ได้	8(27.6)	17(58.5)	3(10.3)	1(3.5)	-

เมื่อพิจารณานำเจตคติมาจัดระดับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีเจตคติต่อการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5

พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์

การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ สวมรองเท้าที่มิดชิด เช่น รองเท้าบูท ก่อนเริ่มทำงาน ร้อยละ 93.1 รองลงมาคือ สวมถุงมือก่อนเริ่มทำงาน ทานสวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก ก่อนเริ่มทำงาน ร้อยละ 89.7 และกระตุ้นให้ตนเอง ไม่ง่วงนอนก่อนการทำงาน ร้อยละ 86.2 สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยคือ ทำงานโดยไม่มีการเมาค้ำ และรู้สึกอ่อนเพลีย ร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ ถอดรองเท้าบูท เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรืออึดอัด ร้อยละ 17.2 และนั่งทำงานโดยไม่ต้องย่อตัว ใช้หลังแบกของที่มีน้ำหนักมาก เช่น โทรศัพท์ ตู้เย็น นั่งทำงานเป็นเวลานาน ไม่ใช้มือที่ยังไม่ทำความสะอาดสัมผัสกับใบหน้า ร้อยละ 10.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ (N=29 คน)

เจตคติต่อการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมก่อนการทำงาน				
1.กระตุ้นให้ตนเอง ไม่ง่วงนอนก่อนการทำงาน	25(86.2)	4(13.8)	-	-
2.ทำงานโดยไม่มีการเมาค้ำและรู้สึกอ่อนเพลีย	8(27.6)	19(65.4)	1(3.5)	1(3.5)
3.สวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวรัดกุมมิดชิดก่อนเริ่มทำงาน	23(79.3)	4(13.8)	2(6.9)	-
4.สวมถุงมือก่อนเริ่มทำงาน	26(89.7)	3(10.3)	-	-
5.สวมรองเท้าบูทหรือรองเท้าวางเท้าไปก่อนเริ่มทำงาน	27(93.1)	2(6.9)	-	-
6.สวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก ก่อนเริ่มทำงาน	26(89.7)	3(10.3)	-	-
7.ทำการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องจักรก่อนเริ่มทำงาน	21(72.4)	2(6.9)	5(17.2)	1(3.5)
8.เมื่อเป็นไข้หรือมีอาการไม่สบายจะลาหยุดพักผ่อน โดยไม่ฝืนทำงาน	17(58.6)	12(41.4)	-	-
พฤติกรรมขณะการทำงาน				
9.สวมแว่นตาป้องกันสิ่งแปลกปลอมกระเด็นเข้าตา	18(62.1)	5(17.2)	4(13.8)	2(6.9)
10.ให้ความระมัดระวังต่อเครื่องจักรที่ใช้ในการปฏิบัติงาน	22(75.9)	6(20.7)	1(3.4)	-

11.ขณะทำงานไม่หยอกล้อหรือทะเลาะกันกับเพื่อนร่วมงาน	24(82.8)	5(17.2)	-	-
12.ถอดรองเท้าบูท เมื่อรู้สึกไม่สบายหรืออึดอัด	6(20.7)	8(27.6)	10(34.5)	5(17.2)
13.ถอดถุงมือ เมื่อรู้สึกหิบบ้างไม่ถนัด หรืออึดอัด	2(6.9)	6(20.7)	16(55.2)	5(17.2)
14.ถอดถุงมือและล้างมือขณะพักรับประทานอาหาร	23(79.3)	6(20.7)	-	-
15.นั่งทำงานโดยไม่ต้องย่อตัว	9(31.1)	3(10.3)	14(48.3)	3(10.3)
16.ใช้หลังแบกของที่มีน้ำหนักมากคนเดียวเช่น โทรศัพท์ ตู้เย็น	4(13.8)	10(34.5)	12(41.4)	3(10.3)
17.นั่งทำงานเป็นเวลานาน	3(10.3)	1(3.5)	22(75.9)	3(10.3)
18.ช่วยกันยกของที่มีน้ำหนักมากกับเพื่อนร่วมงานเช่น โทรศัพท์ ตู้เย็น	6(20.7)	14(48.3)	7(24.1)	2(6.9)
พฤติกรรมหลังการทำงาน	17(58.6)	11(37.9)	1(3.5)	-
19.เปลี่ยนเสื้อผ้าหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงาน				
20.ไม่ใช้มือที่ยังไม่ทำความสะอาดสัมผัสกับใบหน้า	15(51.7)	10(34.5)	1(3.5)	3(10.3)
21.นำผ้าปิดปาก ปิดจมูกไปทำความสะอาดหรือทิ้งหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงาน	16(55.2)	13(44.8)	-	-
22.ทำความสะอาดรองเท้าบูทและนำไปฟึ่งให้แห้งหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงาน	15(51.7)	10(34.5)	4(13.8)	-

เมื่อพิจารณานำพฤติกรรมมาจัดระดับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 17.2

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเจตคติต่อการความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า เจตคติต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมปฏิบัติงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 1.000$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (N=29)

ระดับพฤติกรรมการทำงาน				
ระดับดี		ระดับปานกลาง		
เจตคติต่อการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test	P-value
ระดับดี	8(27.6)	2(6.9)	0.081	1.000
ระดับปานกลาง	16(55.2)	3(10.3)		

สรุปผลการศึกษา

พฤติกรรมการทำงาน โดยส่วนมากพบว่าพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.8 ในร้านรับซื้อของเก่ามีการสวมรองเท้าที่มิดชิด เช่น รองเท้าบูท ก่อนเริ่มทำงาน ร้อยละ 93.1 รองลงมาคือ สวมถุงมือก่อนเริ่มทำงาน สวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก ก่อนเริ่มทำงานร้อยละ 89.7 และกระตุ้นให้ตนเอง ไม่ง่วงนอนก่อนการทำงาน ร้อยละ 86.2 สำหรับพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยคือ ทำงานโดยไม่มีอาการเมื่อยล้า และรู้สึกอ่อนเพลีย ร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ ถอดรองเท้าบูท เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรืออึดอัด ร้อยละ 17.2 และนั่งทำงานโดยไม่ต้องย่อตัว ใช้หลังแบกของที่มีน้ำหนักมากคนเดียว เช่น โทรศัพท์ ตู้เย็น นั่งทำงานเป็นเวลานาน ไม่ใช้มือที่ยังไม่ทำความสะอาดสัมผัสกับใบหน้า ร้อยละ 10.3 โดยเจตคติต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะ บ้านนาแก้ว ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ 8 ใน 10 มีพฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับดี พฤติกรรมก่อนการทำงานหรือขั้นเตรียมการของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ส่วนใหญ่ทราบว่าการสวมรองเท้าที่มิดชิด เช่น รองเท้าบูท ก่อนเริ่มทำงาน เพื่อช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีการแต่งกายที่มิดชิดและมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่แล้ว โดยผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีการสวมถุงมือก่อนเริ่มทำงาน ประกอบกับการสวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก ก่อนเริ่มทำงาน ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวมีลักษณะในการช่วยสร้างความปลอดภัยในการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการทำงานและตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน สามารถปฏิบัติงานได้ และสามารถลดความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายและบาดเจ็บได้ ส่งผลให้ภาพรวมของพฤติกรรมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ พันธุ์ศิริ (2559) ที่ได้ศึกษาความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอยอยู่ในระดับดี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณีย์ บุญขาว (2557) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของคนงาน และการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย กรณีศึกษาร้านรับซื้อของเก่าแห่งหนึ่ง ในตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของคนงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมขณะการทำงานหรือขั้นปฏิบัติงาน ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ส่วนใหญ่ทราบว่าขณะทำงานไม่หยอกล้อหรือทะเลาะกันกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งกล่าวไว้ว่า ห้ามวิ่งหรือหยอกล้อกันในขณะปฏิบัติงาน เพราะจะทำให้ขาดสติในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน และก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ และจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ เช่น ได้รับการบาดเจ็บ พิการ หรือตาย เป็นต้น (สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีการถอดถุงมือ และล้างมือขณะพักรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในขณะปฏิบัติงานที่เหมาะสม จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคจากการสัมผัสสิ่งคุกคามทางด้านสุขภาพ เช่น สารเคมี ฝุ่นควัน ฝุ่นละออง แมลงและสัตว์นำโรค เป็นต้น (กรมควบคุมมลพิษ, 2553) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมหลังการทำงานหรือขั้นสิ้นสุดการปฏิบัติงาน ผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ส่วนใหญ่ทราบว่าควรเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์มีความตระหนักเห็นความสำคัญและมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล แต่อย่างไรก็ตามก็ควรปฏิบัติให้ได้ทุกคน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเตรียมพร้อมสำหรับการเริ่มทำงานในครั้งต่อไปให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ไม่เคยปฏิบัติเลยหลังสิ้นสุดการทำงาน เช่น ใช้มือที่ยังไม่ทำความสะอาดสัมผัสกับใบหน้า เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ตระหนักเห็นความสำคัญและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในการป้องกันเชื้อโรคที่มีการสัมผัสเชื้อโรคจากการคัดแยกขยะหลังสิ้นสุดการปฏิบัติงาน (กรมควบคุมมลพิษ, 2553)

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาจเป็นไปได้ว่าผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานนั้นเป็นอุบัติเหตุเล็กน้อยๆ ไม่ได้มีอันตรายจนถึงแก่ชีวิต จึงอาจทำให้ไม่ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้น หรือมีประสบการณ์ มีความชำนาญมาแล้ว จะมีความเชื่อมั่นในฝีมือความเก่งของตนมาก และมักปฏิเสธที่จะทำงานกับเครื่องจักรกลที่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายหรือที่จะต้องสวมชุดป้องกันอันตราย จะหลีกเลี่ยงและเลือกการเสี่ยงใช้เครื่อง โดยถอดเอาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายออก และสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานอาจจะปฏิบัติตามกฎความปลอดภัยของโดยเคร่งครัด มีการใช้เครื่องมือถูกวิธี ถูกขนาด และถูกกับงาน แต่งกายถูกต้องตามระเบียบของโรงงาน และใช้เครื่องป้องกันอันตรายทุกครั้งทั้งปฏิบัติงานที่กำหนดให้ใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และเจตคติต่อการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิราภรณ์ ทองยัง (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บ

ขยะในเขตพื้นที่ จ.นครปฐม พบว่าเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2537) กล่าวว่าทัศนคติ เป็นความโน้มเอียงทางจิตใจไปในทางที่ชอบ เห็นด้วย สนับสนุน หรือไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุนต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นสิ่งที่ที่เป็นนามธรรมที่ส่งผลสะท้อนมาสู่พฤติกรรมของบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ร้านประกอบกิจการรับซื้อของเก่าควรให้การกระตุ้นผู้ที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ปฏิบัติตามกฎระเบียบในการทำงานและปฏิบัติงานที่ถูกต้อง โดยมีการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้และฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ถูกต้องในการทำงาน เช่น กฎระเบียบทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อให้พนักงานปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2553. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2561]. แหล่งสืบค้น www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm?task=pcdreport2553
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2537). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี แอน พี พับลิชชิง.
- พินนาฏ คิตติ และสุทธิพร บุญมาก. (2559). การขับเคลื่อนและอุปสรรคของการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์: (ม.ป.ท.), 2559.
- ลักษณีย์ บุญขาว. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของคนงานและการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กรณีศึกษา ร้านรับซื้อของเก่าแห่งหนึ่ง ในตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข: อุบลราชธานี; 2557.
- วรภรณ์ พันธุ์ศิริ. (2559). ความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วิราภรณ์ ทองยัง. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) วิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน. ความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2562]. แหล่งสืบค้น www.shawpat.or.th/

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

The Relationship Between Behaviors of Using Social Network and Mental Health Status in Students, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under The Royal Patronage.

กริช เรืองไชย¹, ชนาภา แยมศรี², พิจิตรา น้อยตั้ง³, อภิรดี พุทธาน⁴

¹อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

^{2,3,4}นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกชั้นปี จำนวน 255 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับชั้นปี และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

คำสำคัญ: เครือข่ายสังคมออนไลน์, พฤติกรรมการใช้, ภาวะสุขภาพจิต

บทนำ

ปัจจุบันการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้บุคคลทั่วไปเป็นบุคคลต้นแบบได้ง่ายขึ้น ทุกคนเป็นดาราได้ผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่าน เฟสบุ๊ก, ไลน์, อินตราแกรม เป็นต้น โดยเฉพาะในยุคที่มี 4G สามารถทันเหตุการณ์ข่าวสารบ้านเมือง โดยไม่ต้องรอข่าวจากสื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็สามารถรับรู้ข่าวสารข้อมูล อย่างทันทั่วถึงที่(พัชรภรณ์ ไกรชุมพล, 2555) อีกทั้งการนำเสนอและการแชร์ข่าวสาร โดยรีบเผยแพร่หรือส่งต่อข้อมูลและภาพ ในทันทีโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เช่น การส่งต่อภาพผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์หรือภัยพิบัติ เป็นการซ้ำเติมครอบครัวและญาติพี่น้องของผู้เสียชีวิตก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจขึ้นได้ ดังนั้น จึงต้องมีสติให้มาก คิดไตร่ตรอง สืบค้นหาข้อเท็จจริง ที่มาที่ไปให้ดีกว่าที่จะนำเสนอหรือแชร์ ตลอดจนเลือกรับแต่สิ่งที่ดีจากต้นแบบที่ดี วัยรุ่นควรพยายามเปลี่ยนบรรทัดฐานของกลุ่มโดยขึ้นขอบบุคคลต้นแบบที่ดี เพราะไม่เช่นนั้นก็จะเข้าสู่วังวนที่ไม่ดี เช่น ใช้คำพูดรุนแรง ยกพวกตีกัน ซึ่งหากบรรทัดฐานในกลุ่มเป็นเช่นนี้ก็ย่อมจะขยายวงกว้างขึ้นกลายเป็นสังคมที่มีแต่การทะเลาะวิวาท(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ปัจจุบันนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวันในการติดต่อสื่อสารเพื่อความสะดวก รวดเร็ว และเป็นค่านิยมในกลุ่มนักศึกษา มีการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในด้านการเรียนการสอน ด้านเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงได้ง่ายไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบ เฟสบุ๊ก, ไลน์, อินตราแกรม, ทวิตเตอร์ ทำให้กลุ่มนักศึกษา มีพฤติกรรมการลอกเลียนแบบ ทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบส่งผลกระทบต่อให้นักศึกษา มีความรู้สึกทางด้านอารมณ์ จิตใจ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองที่พึงพอใจทำให้เกิดความทุกข์ หงุดหงิด กระทบกระเทือนวิตกกังวล อาจถึงขั้นมีอาการเครียดได้ การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปเข้าข่ายปัญหาพฤติกรรมเสพติดรูปแบบหนึ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผลการเรียนแย่ลง การเข้าสังคมและการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบ Face to Face ลดลง อาจจะไปสู่โรคทางจิตเวชต่อไปในอนาคตก็เป็นได้(สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2559)

จากการที่ได้กล่าวมาข้างต้น งานวิจัยนี้ต้องการที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตและใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมลดความเครียดจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ให้กับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่ลักษณะคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์จังหวัดปทุมธานีทุกระดับชั้นปี การคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2 \alpha/2 P(1-P)}$$

สุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเริ่มนับจากจุดเริ่มต้นจนครบ 255 คน คือ กำหนดช่วงของการเลือกหน่วยตัวอย่าง เลือก 1 หน่วย เว้น 2 หน่วย

เครื่องมือที่ใช้วัดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วัดในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และรูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีการประมาณค่า 4 ระดับความคิดเห็น (Rating scale) คะแนนรวมมาจัดระดับเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ของบลูม(Bloom, 1968)

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามมาหาความเที่ยงของเนื้อหา(Content validity)โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (The index of item-objective congruence : IOC) ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.7 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18-20 ปี ร้อยละ 58 อายุ 21-24 ปี ร้อยละ 42 ค่าเฉลี่ย 20.15 ปี (S.D. = 1.29 min = 18 max = 24) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 25.1 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 27.1

ข้อมูลภาวะสุขภาพจิต พบว่านักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิต ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 รองลงมาในระดับสูง ร้อยละ 31.8 ระดับต่ำ ร้อยละ 7.5 ค่าเฉลี่ย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิต (n=255)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (< 14.3 คะแนน)	19	7.5
ปานกลาง (14.4 - 19.1 คะแนน)	155	60.8
สูง (> 19.2 คะแนน)	81	31.8
คะแนนเฉลี่ย 18.35 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ต่ำสุด 11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.75 คะแนน		

ข้อมูลพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่านักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในระดับสูง ร้อยละ 75.3 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.4 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.4 ค่าเฉลี่ย 27.53 ค่าสูงสุด 32 ค่าต่ำสุด 8 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 3.49 คะแนน ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (n=255)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (< 19.1 คะแนน)	6	2.4
ปานกลาง (19.2 - 25.5 คะแนน)	57	22.4
สูง (> 25.6 คะแนน)	192	75.3
คะแนนเฉลี่ย 27.53 คะแนน สูงสุด 32 คะแนน ต่ำสุด 8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 คะแนน		

ข้อมูลรูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่านักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ส่วนใหญ่มีรูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ

51.0 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 44.3 ระดับต่ำ ร้อยละ 4.7 ค่าเฉลี่ย 27.97 ค่าสูงสุด 36 ค่าต่ำสุด 9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19 คะแนน ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (n=255)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (< 21.5 คะแนน)	12	4.7
ปานกลาง (21.6 – 28.7 คะแนน)	130	51.0
สูง (> 28.8 คะแนน)	113	44.3
คะแนนเฉลี่ย 27.97 คะแนน สูงสุด 36 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.19 คะแนน		

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิต พบว่า ระดับชั้นปี มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ตัวแปร	ระดับภาวะสุขภาพจิต			χ^2	p
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				2.487	0.288
ชาย	4 (13.3)	15 (50.0)	11 (36.7)		
หญิง	15 (6.7)	140 (62.2)	70 (31.1)		
ระดับชั้นปี				16.919	0.010*
ชั้นปีที่ 1	7 (10.9)	43 (67.2)	14 (21.9)		
ชั้นปีที่ 2	9 (13.0)	31 (44.9)	29 (42.0)		
ชั้นปีที่ 3	2 (3.4)	40 (69.0)	16 (27.6)		
ชั้นปีที่ 4	1 (1.6)	41 (64.1)	22 (34.4)		

ตัวแปร	ระดับภาวะสุขภาพจิต			χ^2	p
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ที่พักอาศัย				4.798	0.309
บ้านตนเอง	2 (4.5)	28 (63.6)	14 (31.8)		
หอพัก	14 (7.1)	119 (60.4)	64 (32.5)		
บ้านเช่า	3 (21.4)	8 (57.1)	3 (21.4)		
พักอาศัยอยู่กับ				6.418	0.378
บิดา-มารดา	6 (11.3)	30 (56.6)	17 (32.1)		
เพื่อน	9 (7.2)	76 (60.8)	40 (32.0)		
ญาติพี่น้อง	0	16 (84.2)	3 (15.8)		
อื่นๆ	4 (6.9)	33 (56.9)	21 (36.2)		

*p-value < 0.05

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิต พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.004)

พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.030) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ตัวแปร	n	R	p
อายุ	255	0.182	0.004*
พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์	255	-0.136	0.030*
รูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์	255	-0.056	0.374

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาสารณสุขศสตรมีการใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารด้านการเรียน เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้นักศึกษามีการแสดงตัวตนออกมาทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้มีระดับภาวะสุขภาพจิตค่อนข้างสูง ดังนั้น ควรได้รับแนวทางในการส่งเสริมการใช้งานเครื่อข่ายสังคมออนไลน์เพื่อลดระยะเวลาการใช้งานและระดับภาวะสุขภาพจิตลดน้อยลง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์และภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษา มีการใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สายตาสั้น ส่งผลให้ผลการเรียนแย่ง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ดังนั้น

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต เนื่องจาก อายุระหว่าง 18-20 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการใช้งานเครื่อข่ายสังคมออนไลน์ ในการติดต่อสื่อสารพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ่่อยที่สุดและด้านการเรียน เศรษฐกิจ สังคม เช่น ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวเนื่องกับจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้นยังมีอายุมากยิ่งต้องแบกรับภาวะความเครียดไว้สูงมากเช่นกันเช่นกัน (กรมสุขภาพจิต, 2559)สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนกรณ พันธ์โพธิ์ (2559) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน” ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิต อาการที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลรุนแรงและทำให้มีปัญหาต่อภาวะสุขภาพจิตในระยะยาว เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 97

ระดับชั้นปี มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาสารณสุขศสตรชั้นปีที่ 2 มีระดับภาวะสุขภาพจิตค่อนข้างสูง เพราะว่่านักศึกษานักศึกษาสารณสุขศสตรชั้นปีที่ 2 ใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของชาญวุฒิ ธิติรัตนโชติ (2557) ศึกษาเรื่อง “การประเมินสุขภาพจิตและความเครียด ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี” ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี และไม่มีปัญหาความเครียดทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

พฤติกรรมการใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษาสารณสุขศสตรใช้เครื่อข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า 4 ปี มีระดับภาวะสุขภาพจิตค่อนข้างสูงมีการใช้โทรศัพท์มือถือเป็นสื่อออนไลน์ในเวลาเรียนเพื่อเข้าใช้บริการเครื่อข่ายสังคมต่างๆอีกด้วย หากยึดติดเทคโนโลยีการสื่อสารมากเกินไป สุขภาพอาจลดลง และภาวะซึมเศร้าทางจิตใจย่อมเกิดขึ้นได้

(ฐิตินันท์ ฝวนิล, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จั๋นนาม (2558) ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมและผลจากการใช้เครื่อข่ายทางสังคมออนไลน์ของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดสุโขทัย” ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตมีการใช้อินเตอร์เน็ตที่บ้านเพื่อเข้าสู่สังคมออนไลน์ ใช้เวลาตั้งแต่ช่วงหลังเลิกเรียนจนถึงก่อนนอนในทุกวัน โดยเด็กนักเรียนส่วนใหญ่จะใช้เกิน 3 ชั่วโมงเด็กมัธยมต้นที่นี้เริ่มมีการเรียนรู้โลกออนไลน์กันมามากกว่า 3-4 ปี

ข้อเสนอแนะ

- 1) นำไปใช้ในการจัดโครงการขององค์กรต่างๆโดยเน้นการลดระยะเวลาการใช้งานแอปพลิเคชันให้กับ นักเรียน นักศึกษา โดยให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต ต่อการใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินภาวะความเครียดของตนเองได้
- 2) การวิจัยครั้งต่อไปควรให้มีการจัดทำโปรแกรมที่มีการแจ้งเตือนบนแอปพลิเคชันที่ระบุว่าคุณใช้งานเกินกว่าเวลาที่ กำหนดหรือมีความเข้มงวดต่อการใช้งานให้มากยิ่งขึ้นโดยการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่จะช่วยลดการใช้ Social Network ลงไปได้

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามณี คายะนันท์. (2554). พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เฟซบุ๊กดอทคอม (www.facebook.com) [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://digi.library.tu.ac.th/thesis/jc/1906/01title-illustrations.pdf> (11 กันยายน 2561).
- จุฑามณี จันทรมณี. (2542). สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับ ตัน วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ในจังหวัดนนทบุรี [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=52479> (16 พฤศจิกายน 2561).
- ฉီး หมดมาสัน. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 ชั้นปีที่ 1 ในเขต 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://kb.tsu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/2922/1.pdf> (11 กันยายน 2561).
- ชาญวุฒิ ธิติรัตน์โชติ. (2557). การประเมินสุขภาพจิตและความเครียด ของนักศึกษามหาวิทยาลัย อุบลราชธานี [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: https://pharm.kku.ac.th/isanjournal/journal/volumn9-supplement/PDF_Page-1-186/Page_66-71.PDF (13 พฤศจิกายน 2561).
- ชลธิชา จัณนาม. (2558). พฤติกรรมและผลจากการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดสุโขทัย [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-EJournal/article/download/43659/36090/> (13 พฤศจิกายน 2561).
- จิตินันท์ พินิล และ พิมลพรรณ อิศรภักดี. (2558). พฤติกรรมการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีกับ ภาวะสุขภาพใจ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรี1 [ออนไลน์], เข้าถึง ได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tujo/article/download/53084/44095> (16 กันยายน 2561).
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี**
**Factors Associated with Oral Health Care Behavior Among Parents of 3-5 Years
Old Children in Nongrong Sub-District, Nongkhae District, Saraburi Province**

อภิญญา อุตระชัย¹, ณัฐฐา กุดั่น², กนกวรรณ ดอนเหนือ³, อุทัยวรรณ กรวยทอง⁴, ณิชากร พองวาริ⁵
^{1,2,3,4,5}มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี 13180

Correspondence E-mail: apinya_ph_ph@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี จำนวน 107 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุระหว่าง 33-45 ปี ร้อยละ 49.0 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 35.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,938.32 บาท สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.5 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 68.2 และจากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 ระดับทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระดับทักษะปานกลาง ร้อยละ 58.9 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 80.4 และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การดูแลสุขภาพช่องปาก, เด็กอายุ 3-5 ปี

1. หลักการและเหตุผล

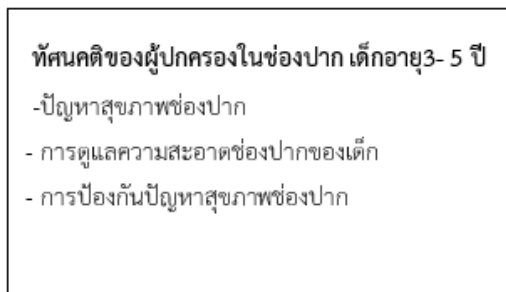
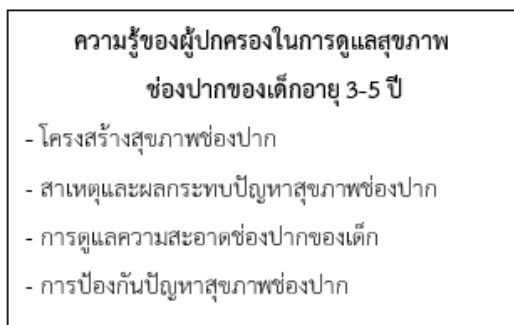
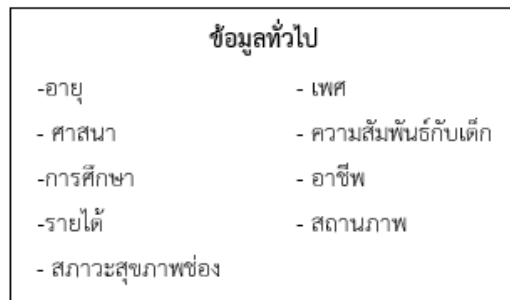
จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 64.3 ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการสำรวจ ครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2555 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เท่ากับ 3.7 ซึ่งต่อคน มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับ เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 40.0 พบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 31.2 และผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 62.3 (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 - 5 ปี จังหวัดสระบุรี พบว่าเด็กอายุ 3 - 5 ปี อำเภอหนองแค มีฟันผุ ร้อยละ 29.11 และในตำบลหนองโรง พบอัตราฟันผุ ร้อยละ 25.83 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2561) ปัญหาสุขภาพช่องปากมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงวัยของชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก อายุ 3-5 ปี พบปัญหาทันตสุขภาพมากที่สุด ส่วนใหญ่มีปัญหาการผุของฟันที่รุนแรง โดยฟันที่ผุส่วนมาก จะเป็นฟันกรามล่างและฟันกรามบน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2557) ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในเด็กอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพในช่องปากของตัวเอง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี หากเด็กประสบปัญหาฟันผุ แล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการลุกลามของฟันผุจนทะลุโพรงประสาทฟัน เกิดอาการเจ็บปวด บวม ทำให้เด็กไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ปกติ ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง อาจเกิดภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตของร่างกายและสมองของเด็กตามมา (ปริญา จิตอร่าม, กุลนาถ มากบุญ, 2557) ดังนั้นปัญหาสุขภาพช่องปากจึงต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3 - 5 ปี ลดลง ส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เด็กเกิดฟันผุ และการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดฟันผุได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การแปรงฟันและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในรูปแบบ ที่เหมาะสมกับบริบทและมีประสิทธิภาพลำดับต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

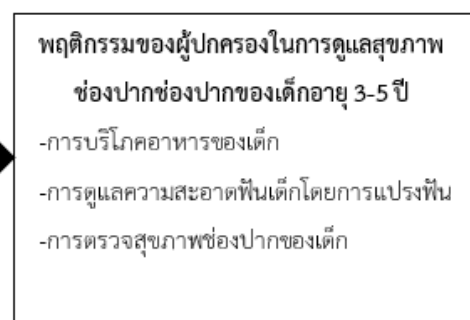
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคติ ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ซึ่งตำบลหนองโรงมีเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 107 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2561 – 20 ธันวาคม 2561

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาที่มุ่งศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

5.1 ประชากรและตัวอย่าง

- **ประชากร** คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี ซึ่งตำบลหนองโรง มีเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 143 คน

- **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี จำนวน 98 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง 10% ดังนั้น จึงได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 107 คน

- คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิสิทธิ์, 2551 หน้า 113) มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{(N-1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$Z_{\alpha/2}^2$ = ระดับความเชื่อมั่น 95% คือ 1.96

P = สัดส่วนหรือร้อยละของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ค่าสัดส่วนภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมี

ฟันผุ ได้เท่ากับร้อยละ 72.2 (p=0.72) (อุฬาริกา โยสีทธิ, 2558)

$$\text{จะได้ } n = \frac{(143)(1.96^2)(0.72)(1-0.72)}{(143-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.72)(1-0.72)}$$

$$n = \frac{110.75}{1.13}$$

$$n = 98 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง 10% ดังนั้น จึงได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 107 คน

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม

ดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพ ภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น แบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี เป็นคำถาม จำนวน 19 ข้อ ตอบถูกได้ 1 และตอบผิดได้ 0 คำถามที่ถูก จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามที่ผิด จำนวน 6 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกรับ (Check List) ใช่หรือไม่ใช่ แบ่งกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Bloom (Bloom, 1968) อ้างใน นิพา โพชนะ, 2551 แบ่งระดับคะแนนความรู้ ดังนี้ สูง ปานกลาง ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 3-5 ปี เป็นคำถาม จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

5.3 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) คือ การใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบครั้งเดียว โดยผู้วิจัยลงไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี จำนวน 107 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) จำแนกออกตามลักษณะของตัวแปรดังนี้

1) **ตัวแปรแจกแจง** ได้แก่ เพศ ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง สถานภาพ สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2) **ตัวแปรต่อเนื่อง** ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

3) **การวิเคราะห์โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistic)** คือ การนำตัวแปรมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงระดับความรู้ ช่วงระดับทัศนคติ และช่วงระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.001 และประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น Confidence interval 95% การวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square Test) คือ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้กับข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือข้อมูลเชิงปริมาณที่แบ่งเป็นช่วง และข้อมูลไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติตัวเลขที่นำมาวิเคราะห์ในทดสอบไคสแควร์เป็นความถี่ของแต่ละระดับของตัวแปรที่ต้องการศึกษา

6. ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็ก อายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge, Attitude and Practice; KAP) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลตามลำดับ ดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 107 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 71 เพศชาย ร้อยละ 29 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 33-45 ปี ร้อยละ 49 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 35.5 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.6 รายได้ส่วนใหญ่อยูระหว่าง 3000 -7500 บาท ร้อยละ 51 สภาวะ สุขภาพช่องปากของเด็กส่วนใหญ่มีฟันผุ ร้อยละ 68.2 ดังตาราง 6.1

ตารางที่ 6.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ตัวแปรและระดับการวัดค่าตัวแปร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	31	29
	หญิง	76	71
ศาสนา	พุทธ	103	96.3
	อิสลาม	4	3.7
อายุ	20-32 ปี	19	17.8
	33-45 ปี	49	45.8
	46-58 ปี	23	21.5
	59-71 ปี	16	15.0
ค่าเฉลี่ย = 43.14, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.60, ค่าต่ำสุด = 20, ค่าสูงสุด = 71			
ความสัมพันธ์กับเด็ก			
	พ่อ	23	24.3
	แม่	38	35.5
	ปู่	4	3.7
	ย่า	14	13.1
	ตา	1	0.9
	ยาย	18	16.8
	ลุง	1	0.9
	ป้า	1	0.9
	น้ำ	2	1.9
	ทวด	2	1.9

การศึกษา

ไม่ได้เรียน	3	2.8
ประถมศึกษา	46	43
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	22.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	15.9
อนุปริญญา/ปวส.	10	9.3
ปริญญาตรี	5	4.7
ปริญญาโท	2	1.9

อาชีพ

เกษตรกรรวม	4	3.7
รับจ้าง	36	33.6
ค้าขาย	4	3.7
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	7	6.5
พนักงานบริษัท	15	14
ว่างงาน	31	29

รายได้

3000 -7500 บาท	51	47.7
7501-15000 บาท	41	38.3
15001-22500 บาท	13	12.1
22501-30000 บาท	2	1.9

ค่าเฉลี่ย=7,938.32, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6,815.19 , ค่าต่ำสุด=ไม่มีรายได้,

ค่าสูงสุด=30,000

สภาวะสุขภาพของช่องปากของเด็กในปกครอง

ไม่มีฟันผุ	34	31.8
มีฟันผุ	73	68.2

6.2 ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี

จากผลการศึกษาในระดับความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 25.2 ระดับต่ำ ร้อยละ 22.4 ค่าเฉลี่ย 13.50 คะแนน ค่าสูงสุด 18 คะแนน ค่าต่ำสุด 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 คะแนน ดังตาราง 6.2

ตารางที่ 6.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี (n=107)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0-11.3 คะแนน)	24	22.4
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 11.4-15.0 คะแนน)	56	52.4
สูง (ค่าเฉลี่ย) 15.1-19 คะแนน)	27	25.2
ค่าเฉลี่ย = 13.50 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.76 , ค่าต่ำสุด = 4 , ค่าสูงสุด = 18		

6.3 ทักษะของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี

จากการศึกษาระดับทักษะของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ระดับทักษะของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับทักษะปานกลาง ร้อยละ 86.9 รองลงมา ระดับทักษะสูง ร้อยละ 12.2 และระดับทักษะต่ำ ร้อยละ 0.9 ค่าเฉลี่ย 48.82 คะแนน ค่าสูงสุด 67 คะแนน ค่าต่ำสุด 26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.13 คะแนน

ตารางที่ 6.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี (n = 107)

ระดับทักษะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	13	12.2
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน)	93	86.9
ต่ำ (คะแนน 2.33-1.00 ค่าเฉลี่ย)	1	0.9
ค่าเฉลี่ย = 48.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , = 7.13 , ค่าต่ำสุด = 26 ค่าสูงสุด , = 67		

6.4 พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี

จากการศึกษาระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 77.6 และมีระดับพฤติกรรม

สูง ร้อยละ 22.4 ค่าเฉลี่ย 38.72 คะแนน ค่าสูงสุด 51 คะแนน ค่าต่ำสุด 25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.97 คะแนน
ดังตาราง 6.4

ตารางที่ 6.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี (n = 107)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	24	22.4
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน)	83	77.6
ต่ำ 2.33-1.00 ค่าเฉลี่ย)คะแนน(	0	0
ค่าเฉลี่ย = 38.72 ,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.97 ,ค่าต่ำสุด = 25 ,ค่าสูงสุด = 51		

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี

จากการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนหนองแค จังหวัดสระบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยผู้ปกครอง ความรู้ระดับสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ระดับสูง ร้อยละ 2.8 ความรู้ระดับปานกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.2 ความรู้ระดับต่ำ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.5 ดังตาราง 6.5

ตารางที่ 6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กอายุ 3-5 ปี (n = 107)

ความรู้	ระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล			จำนวน	χ^2	P-value
	สุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี			(ร้อยละ(		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ(	จำนวน (ร้อยละ(	จำนวน (ร้อยละ(			
ระดับสูง	3(2.8)	1(0.9)	0(0.0)	4)3.7(	7.525	0.001*
ระดับปานกลาง	18(16.8)	43(40.2)	0(0.0)	61)5.7(		
ระดับต่ำ	4(3.7)	38(35.5)	0(0.0)	42)39.3(		

* p-value < 0.001

6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี

จากการศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยผู้ปกครอง ทัศนคติระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ระดับสูง ร้อยละ 6.5 ทัศนคติระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.0 ทัศนคติระดับต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.9 ดังตาราง 6.6

ตารางที่ 6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ($n = 107$)

ทัศนคติ	ระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล			จำนวน	χ^2	P-value
	สุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี			(ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับสูง	7(6.5)	6(5.7)	0(0.0)	13(12.2)	8.584	0.001*
ระดับปานกลาง	17(15.9)	76(71.0)	0(0.0)	93(86.9)		
ระดับต่ำ	0(0.0)	1(0.9)	0(0.0)	1(0.9)		

*p-value < 0.001

7. สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุระหว่าง 33-45 ปี ร้อยละ 49.0 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 35.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,938.32 บาท สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 68.2 และจากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 ระดับทัศนคติ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 58.9 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 80.4 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

8. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโโรง อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา จิตอร่าม และ กุลนาถ มากบุญ (2557) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลท่าไม้ อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี จะเป็นแรงกำหนดทิศทางที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตามมา ส่วนจากผลการวิจัยด้านทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมพร รักเถาว์ และ จารุวรรณ วงษ์เวช (2558) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนคือ ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี จะเป็นแรงกำหนดทิศทางที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตามมา และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุฬาริกา โยสิทธิ์ (2558) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าผา อำเภอกะเณร จังหวัดลำปาง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี คือ ความรู้และทัศนคติ ซึ่งพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจะเกิดจากความรู้และทัศนคติที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลและมีผลร่วมกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้และทัศนคติจะก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาและการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้เช่นกัน ผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ต่ำ ระดับทัศนคติต่ำ จะพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ไม่ดี

9. ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.ควรให้ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กเพื่อลดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กลดลง และให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี

2.การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มคุณครูที่โรงเรียนว่ามีพฤติกรรมหรือมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของเด็กด้วยหรือไม่ ซึ่งจะทำให้รูปแบบการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

10. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี

2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปจัดทำส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ตำบลหนองโรง อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ได้อย่างถูกต้องเพื่อลดปัญหาสุขภาพในช่องปากและทำให้เด็กมีสุขภาพฟันที่ดี

11.เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้

จาก: http://www.sukabanyad.com/practice/practice_2.php. (2561 ,10 กันยายน).

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **สุขบัญญัติแห่งชาติ 10**

ประการ. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.sukabanyad.com/about/aboutus.php>. (2561 , 10 กันยายน).

กร การันตี. (2556). **ทัศนคติ**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.richtraining.com/2013/08/2698/>. (2561, 12 กันยายน).

ขวัญฤดี. (2554). **สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.kwanrudeepublichealth.blogspot.com/2011/09/10.html>. (2561 ,10 กันยายน).

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). **ความรู้สู่ประชาชน**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.dent.chula.ac.th/periodontology/knowledge.php>. (2561, 10 กันยายน).

คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรีมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. (2556). **การจัดการความรู้ คือ อะไร**.

[ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.western.ac.th/westernnew/facultyofwestern/facpage.php?mod=nursingkan&parentID=CAT0000028>. (2561, 11 กันยายน).

จำเรียง จันทรประภา. (2555). **body of knowledge – knowledge – knowledgemanagement (km)**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.royin.go.th/?knowledges=body-of-knowledge-knowledge-knowledge-management-km>. (2561, 11 กันยายน).

ฉัตรแก้ว บริบูรณ์หิรัญสาร. (2560). **“โรคปริทันต์” ถ้ารู้เท่าทันเราก็ไม่เป็น**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/>. (2561, 10 กันยายน).

- ชิงชัย บัวทอง, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์และอจริยา วัชรวิวัฒน์. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านบางเหี้ยน อำเภอบลายพระยา จังหวัดกระบี่.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=116&lang=en. (2561, 10 กันยายน).
- เชวงเกียรติ แสงศิรินาวัน. (2559). **ฟันผุ (Dental caries).** [ออนไลน์], เข้าถึงจาก: <http://haamor.com/th>. (2561 ,31 สิงหาคม).
- ณัฐวัตร. (2556). **ระดับความรู้.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ดุยพร ตราชูธรรม. (2558). **อาหารกับสุขภาพช่องปาก.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.sheacademy.in.th/?p=663>. (2561, 10 กันยายน).
- นราวัลลภ เชี่ยววิทย์. (2559). **บทความสุขภาพป้องกันโรคฟันในเด็ก.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/partnership/Content/.html>. (2561,10 กันยายน).
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2556). **ทัศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ปริญญญา จิตอร่าม และ กุลนาถ มากบุญ. (2557). **พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3 -5 ปี ตำบลท่าไม้ อำเภอกะทู้ม่วน จังหวัดสมุทรสาคร.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/26961>. (2561, 11 กันยายน).
- พัทธนันท์ ศิริพรวิวัฒน์. (2553). **ความรู้.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.tdc.thailis.or.th/tdc/basic.php>. (2561, 12 กันยายน).
- พันทิพา ลาภปรีสุทธิ. (2558). **การเกิดฟันผุในเด็ก.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.gj.mahidol.ac.th/th/wpcontent/uploads/conference/2558/child.pdf>. (2561 ,30 สิงหาคม).
- พิกุล เสียงประเสริฐ. (2556). **องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/doc/173809423/พฤติกรรมสุขภาพ>. (2561, 12 กันยายน).
- พิมพ์เดือน ญาณวรพงศ์. (2557). **การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอลอง จังหวัดแพร่.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: http://library.cmu.ac.th/digital_collection. (2561 ,28 สิงหาคม).
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). **การวัดผลความรู้.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- มัสยา เรืองนาราบ. (2556). **สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ.** [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://schoolweb3.chon2.go.th/watsri/index.php/2015-08-30-00-32-19/22-10>. (2561,10 กันยายน).

พฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Cervical Cancer Screening Behaviors among 30-60 Years Women, the Municipality of Singburi Province

นัตยา ดวงประทุม, สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย, เกวลี แจ่มสว่าง, จุฑามาศ บุตรทรัพย์, ชนินาถ ขอนบกลาง, อารณ ปานสุนทร

Nartaya Duangpratoom, Suwat Sirikaensai, Kewwalee Jangsawang, Juthamat Budsap, Chaninat Khonobklang, A-pohn Pansunthorn

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Correspondence email: ntyd.pratoom@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 2 เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 293 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ ($p=0.035$, $p=0.038$, $p<0.001$, $p=0.019$, $p=0.004$, $p=0.013$, $p=0.023$, $p<0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การเข้ารับการตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ร้ายแรงและเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพของสตรี ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย มีคู่นอนหลายคน การสูบบุหรี่ ซึ่งโรคนี้ยังนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพอย่างมากของประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย (ชมชนัท ทับเจริญ, 2560) โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้โดยฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีร่วมกับใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง แต่วิธีที่ดีที่สุดเพื่อป้องกันและลดอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอเพราะในระยะเริ่มแรกนั้นไม่มีอาการแต่สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจคัดกรองพร้อมการตรวจภายในประจำปี เมื่อพบเซลล์ผิดปกติ หรือตรวจพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งต้องรับการรักษา และการตรวจติดตามอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในอนาคต (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ปรังสุรา, 2557) จากโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ ได้แบ่งการดำเนินโครงการเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกในปี 2548-2552 ตั้งเป้าตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ดำเนินการใน 75 จังหวัด โดยมีจำนวนที่รับการตรวจคัดกรองทั้งสิ้น 3,124,855 ราย และระยะที่ 2 ปี 2553-2557 ได้มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการตรวจคัดกรองโดยเริ่มตั้งแต่อายุ 30 ปี ถึง 60 ปี ตั้งเป้าการตรวจไว้ที่ 9,577,840 ราย กำหนดให้คัดกรองได้ 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี ซึ่งจากการดำเนินการมีสตรีที่เข้ารับการคัดกรองทั้งสิ้น 8,498,985 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.74 โดยแต่ละปีกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ที่เข้ารับการตรวจจะมีจำนวนลดลงต่อเนื่องจากปี 2553 อยู่ที่ร้อยละ 22.64 และในปี 2557 เหลือเพียงร้อยละ 3.78 ซึ่งเป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ เนื่องจากการค้นหาและชักชวนสตรีรายใหม่เพื่อเข้ารับ การคัดกรองจะทำได้ยากขึ้น (ชูชัย ศรชานี, 2558) โดยสาเหตุจากการไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการที่ไม่มีอาการผิดปกติ และอาย ที่จะเปิดเผยอวัยวะเพศ (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ, 2546 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ปรังสุรา, 2557) ซึ่งโรคมะเร็งปากมดลูกจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยเอง ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติด้วย ทั้งในด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้บทบาทของสตรี เช่น บทบาทการเป็นภรรยา มารดา หรือบุตรเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นสตรีที่เป็นโรคนี้อาจรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกผิดหวัง ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่การดำเนินการป้องกันยังไม่สามารถทำให้อัตราการเกิดโรคมีย่นช้าลงได้

ในปี พ.ศ.2560 จังหวัดสิงห์บุรี มีการดำเนินงานตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับที่ 5 คิดเป็น 3.3 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2561 มีอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, 2560) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยระบุเกณฑ์ในแต่ละปีต้องมีสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และมีผลงานสะสม 5 ปี (ปีงบประมาณ 2558-2562) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยชุมชนที่ 1-5 ในเขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี มีผู้ที่เข้ารับการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 10.17 และมีผลการดำเนินงานตามเป้าหมายปีงบประมาณสะสม 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 35.98 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งพบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายยังมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยควบคุมป้องกันการเกิดโรคและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนดำเนินงานส่งเสริมให้สตรีเป้าหมายมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตจากการตายจากมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive study) ประชากรในการศึกษา คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 2 เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 1,465 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบที่ทราบจำนวนสัดส่วนประชากรที่แน่นอนของแดเนียล (Daniel, 1995) ได้กลุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มค่าป้องกันความคลาดเคลื่อน 10% จำนวน 293 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) สตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ต้องเป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 2) เป็นผู้ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถาม จะเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้นที่ตรงกับผู้ตอบแบบสอบถาม โดยสอบถามข้อมูล อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ เป็นลักษณะตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ

ระหว่างวันที่ 13-14 กันยายน 2562 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกมีอายุเฉลี่ย 48.58 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 45.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,628.41 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0 – 5,000 บาท ร้อยละ 65.90 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 69.30 ประวัติการตั้งครรภ์เฉลี่ย 3 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีบุตร 3-5 คน ร้อยละ 63.60 มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 84.10 และใช้วิธีคุมกำเนิดแบบยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 37.00

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกมีอายุเฉลี่ย 45.38 ปี ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 39.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,311.71 บาท มีรายได้อยู่ในช่วง 0 – 5,000 บาท ร้อยละ 62.40 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 52.20 ประวัติการตั้งครรภ์เฉลี่ย 3 คน มีบุตรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ร้อยละ 55.10 มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 70.20 และใช้วิธีคุมกำเนิดแบบยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 52.40

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.60 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.60 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 28.40 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.30 รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 24.90 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 7.80 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (n = 293)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	ตรวจ (ร้อยละ)	ไม่ตรวจ (ร้อยละ)	
ระดับน้อย (0 - 3 คะแนน)	25 (28.40)	51 (24.90)	76 (25.90)
ระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน)	63 (71.60)	138 (67.30)	201 (68.60)
ระดับมาก (7 - 8 คะแนน)	0 (0.00)	16 (7.80)	16 (5.50)

$\bar{X}$ = 4.40 คะแนน , S.D. = 1.31 คะแนน , Min = 0 คะแนน , Max = 8 คะแนน

3. ทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ย 2.12 (S.D. = 0.41) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.90 และน้อยที่สุด คือ มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 1.10

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.40 รองลงมา คือ มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 18.50 และน้อยที่สุด คือ มีระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 18.10 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 293)

ทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	ตรวจ	ไม่ตรวจ	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
ระดับน้อย (1.00 – 1.67 คะแนน)	1 (1.10)	37 (18.10)	38 (13.00)
ระดับปานกลาง (1.68 – 2.35 คะแนน)	43 (48.90)	130 (63.40)	173 (59.00)
ระดับมาก (2.36 – 3.00 คะแนน)	44 (50.00)	38 (18.50)	82 (28.00)

$\bar{X}$ = 2.12 คะแนน , S.D. = 0.41 คะแนน , Min = 1.14 คะแนน , Max = 3.00 คะแนน

4. พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.95 (S.D. = 0.46) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 รองลงมา คือ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.40 และน้อยที่สุด คือ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 8.00

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 49.80 รองลงมา คือ มีระดับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.50 และน้อยที่สุด คือ มีระดับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 11.70 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการเข้ารับการตรวจคัดกรอง (n = 293)

พฤติกรรมกำบังกันมะเร็ง ปากมดลูกด้วยการเข้ารับการตรวจคัดกรอง	การเข้ารับการตรวจคัดกรอง		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	มะเร็งปากมดลูก		
	ตรวจ (ร้อยละ)	ไม่ตรวจ (ร้อยละ)	
ระดับน้อย (1.00 – 1.67 คะแนน)	7 (8.00)	102 (49.80)	109 (37.20)
ระดับปานกลาง (1.68 – 2.35 คะแนน)	41 (46.60)	79 (38.50)	120 (41.00)
ระดับมาก (2.36 – 3.00 คะแนน)	40 (45.40)	24 (11.70)	64 (21.80)

$\bar{X}$ = 1.95 คะแนน, S.D.= 0.46 คะแนน, Min = 1.11 คะแนน, Max = 3.00 คะแนน

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$, $p=0.038$, $p<0.001$, $p=0.019$, $p=0.004$, $p=0.013$, $p=0.023$, $p<0.001$) ตามลำดับ ส่วนรายได้ วิธีการคุมกำเนิด ไม่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดดังตารางที่

4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 293)

ปัจจัย	พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจ		รวม จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P-value
	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
	ตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตรวจ จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	21 (23.90)	81 (39.50)	102 (34.80)	6.696	0.035*
41-50 ปี	27 (30.70)	52 (25.40)	79 (27.00)		
51-60 ปี	40 (45.50)	72 (35.10)	112 (38.20)		
สถานภาพสมรส					
โสด	7 (8.00)	41 (20.00)	48 (16.40)	6.548	0.038*
สมรสคู่	65 (73.90)	133(64.90)	198 (67.60)		
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า	16(18.20)	31(15.10)	47 (16.00)		
อาชีพ					
แม่บ้าน	11 (12.50)	43 (21.00)	54 (18.40)	24.19	<0.001*
				6	*
เกษตรกร	31 (35.20)	24 (11.70)	55 (18.80)		
รับจ้างทั่วไป	23 (26.10)	78 (38.00)	101 (34.50)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (6.80)	10 (4.90)	16 (5.50)		
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	17 (19.30)	50 (24.40)	67 (22.90)		
รายได้					
0-5,000 บาท	58 (65.90)	128 (62.40)	186 (63.50)	0.504	0.918
5,100-10,000 บาท	22 (25.00)	58 (28.30)	80 (27.30)		
1,001-15,000 บาท	4 (4.50)	11 (5.40)	15 (5.10)		
15,001-20,000 บาท	4 (4.50)	8 (3.90)	12 (4.10)		
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก					
ระดับน้อย (0 - 3 คะแนน)	25 (28.40)	51 (24.90)	76 (25.90)	7.328	0.026*
ระดับปานกลาง (4 – 6 คะแนน)	63 (71.60)	138 (67.30)	201 (68.60)		

ระดับมาก (7 - 8 คะแนน)	0 (0.00)	16 (7.80)	16 (5.50)		
ทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
กรอมะเร็งปากมดลูก					
ระดับน้อย (1.00 – 1.67 คะแนน)	1 (1.10)	37 (18.00)	38 (13.00)	37.56	<0.001*
ระดับปานกลาง (1.68 – 2.35 คะแนน)	43 (48.90)	130 (63.40)	173 (59.00)	6	*
ระดับมาก (2.36 – 3.00 คะแนน)	44 (50.00)	38 (18.50)	82 (28.00)		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 (S.D. = 1.31) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.60 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.60 รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 28.40 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.30 รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 24.90 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 7.80

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ย 2.12 (S.D. = 0.41) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.90 และน้อยที่สุด คือ มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 1.10 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.40 รองลงมาคือ มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 18.50 และน้อยที่สุดคือ มีระดับทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 18.10

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 1.95 (S.D = 0.46) กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน

กลาง ร้อยละ 46.60 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.50 และมีระดับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 8.00

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมกำหนัดเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ปัจจัยนำ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$, $p=0.038$, $p<0.001$, $p=0.019$, $p=0.004$, $p=0.013$, $p=0.023$, $p<0.001$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ วิธีการคุมกำเนิดไม่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมกำหนัดเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันต๊ะวงศ์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานีที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายและประสบการณ์ ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกเรื่องการได้รับข่าวสารการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยลักษณะบุคคล ได้แก่ สถานะภาพการสมรส อาชีพ

ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็ยังขาดความรู้ในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการมีบุตรจำนวนมาก ส่วนทัศนคติต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก แต่ยังคงคิดว่าการตรวจเป็นเรื่องที่น่าอาย สอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุลและคณะ (2557) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุ สถานะภาพสมรส ความถี่การตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจหามะเร็งปากมดลูก และสุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์ (2556) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร จังหวัดนนทบุรี พบว่า คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัวและสถานภาพสมรส ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความอายต่อการมาตรวจ ทัศนคติที่ผิดเรื่องการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเรื่องการรอนาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเห็นว่าการมีอายุมากทำให้สภาวะร่างกายเสื่อมโทรมมากขึ้น รวมถึงการมีสถานภาพสมรสและการมีบุตรจำนวนมากยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการทำงานที่แน่นอนจึงสามารถแบ่งเวลาเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองเองได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความสำคัญและเลือกที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ควรรณรงค์ให้สตรีตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. ควรจัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามความถี่ที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. (2561, 25 สิงหาคม).
- จุฬารัตน์ ปรีธรา. (2557). พฤติกรรม และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก : http://hpc10.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2134.
- ชมชนัท ทับเจริญ. (2560). HPV คืออะไร เกี่ยวข้องอย่างไรกับมะเร็งปากมดลูก. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก : <https://www.bnhhospital.com/th/bnh-library/>. (2561, 25 สิงหาคม).
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23 (6), 1022-1031.
- ชูชัย ศรธานี. (2558). ผลสำเร็จคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ 5 ปี. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก : <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10824>. (2561, 1 กันยายน).
- นันทิดา จันตะวงศ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญะ รุ่งเรือง และคณะ. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา. วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2 (2), 36.

- สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร
จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 9 (1), 12-20.
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี. (2560). ประเด็นตรวจ MO 2.8 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการ
การรักษาภายใน ระยะเวลาที่กำหนด จังหวัดสิงห์บุรี. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก :
[http://bie.moph.go.th/e-
insreport/fr_viewqueasion.php?report](http://bie.moph.go.th/e-insreport/fr_viewqueasion.php?report). (2561, 25 สิงหาคม).
- Daniel, W.W. (1995), *Biostatistic: A foundations for analysis in the health sciences*. New York:
John Wiley.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี

Factors related to leftover medicines in patient with hypertension in Khaolaem Chai Badan Lopburi province

กรกนก ศรีสะเกษ¹ นาฏอนงค์ ธิมาศ² อมิตา ไสกระจำง³ รัฐพล ศิลปรัตน์⁴ เจียรระโน ปฐมโรจน์สกุล⁵

^{1, 2, 3} นักศึกษาศาสาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

^{4, 5} อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Correspondence E-mail: pfuse@hotmail.com

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายร้ายแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มียาเหลือใช้ และมีชื่ออยู่ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี จำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณยา แอมโลดิปีน เหลือใช้มากที่สุด รองลงมาคือ อินาลาพริล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับยาเพิ่มส่วนใหญ่เกิดจากการปวดเมื่อยตามร่างกาย และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ การรับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่ รองลงมาคือ รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา การรับประทานยาผิดเวลา และการได้รับยามากเกินไปจากข้อค้นพบจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ปริมาณยาเหลือใช้, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization : WHO, 2013) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆหลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง (Weber et al, 2013) รวมถึงเป็นภาระในด้านการดูแลและด้านค่าใช้จ่ายซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกัน และการรักษา เพื่อที่จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,111,311 คน คิดเป็นอัตรา 1,710.89 คนต่อแสนประชากรซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวนผู้ป่วย 645,344 คน หรือ 1,025.44 คนต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่าภายใน 7 ปี มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.72 เท่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายที่รุนแรงอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยมียาเหลือใช้บ่งบอกได้ถึงปัญหา ในการใช้ยาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อควบคุมสภาวะโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา (ธนพงศ์ ภูผาลี, 2560)

ยารักษาโรคมีความสำคัญเนื่องจากเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในปัจจุบันพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี แต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณด้านยาเป็นจำนวนมหาศาล จากข้อมูลของกองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า ประเทศไทยมีแนวโน้ม การนำเข้ายาเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2550 ถึง 2555 โดยปี 2550 ประเทศไทยนำเข้ายามีมูลค่า 5.26 หมื่นล้านบาท และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปี 2555 มีมูลค่า 11.64 หมื่นล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นจากปี 2550 ถึงร้อยละ 121.29 (กองยา สำนักงานอาหารและยา, 2556) และอีกสาเหตุหนึ่งเป็นเพราะมีการใช้ยาหลายขนาดร่วมกัน การใช้ยาไม่สมเหตุผล ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นยาที่มีราคาแพง การจ่ายยารั้วละหลายๆ เดือน ข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 พบว่า คนไทยบริโภคยาที่ผลิตในประเทศและนำเข้าปีละประมาณ 47,000 ล้านบาท หรือเฉลี่ยวันละ 128 ล้านบาท ผู้ป่วยซื้อยามาใช้เองร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุที่ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นนี้อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ราคายาที่เพิ่มสูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็น และปัญหาหาซื้อยาก

ในปี 2556 เกิดปัญหาปริมาณยาเหลือใช้มากกว่าความต้องการใช้เพื่อรักษาโรคของผู้ป่วย การที่มีจำนวนยาเหลือใช้มาก จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้ยา เช่น การเก็บรักษายาไม่ดีหรือเก็บไว้นานเกินไป อาจทำให้เกิดอันตรายเมื่อนำยามารับประทาน เพราะเมื่อยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ จะไม่สามารถรักษาโรคได้และยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้เรื่องการมียาเหลือใช้และวิธีการจัดการยาเหลือใช้ให้มีความเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง ถูกวิธีและที่ความเหมาะสม (ปราณิศา นิมอนงค์, 2557)

จากการศึกษาสภาพปัญหาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี โดยประยุกต์มาจากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) มาสร้างเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากคณะผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงสภาพปัญหาของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปริมาณยาเหลือใช้ และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพการรักษาของตัวผู้ป่วยเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

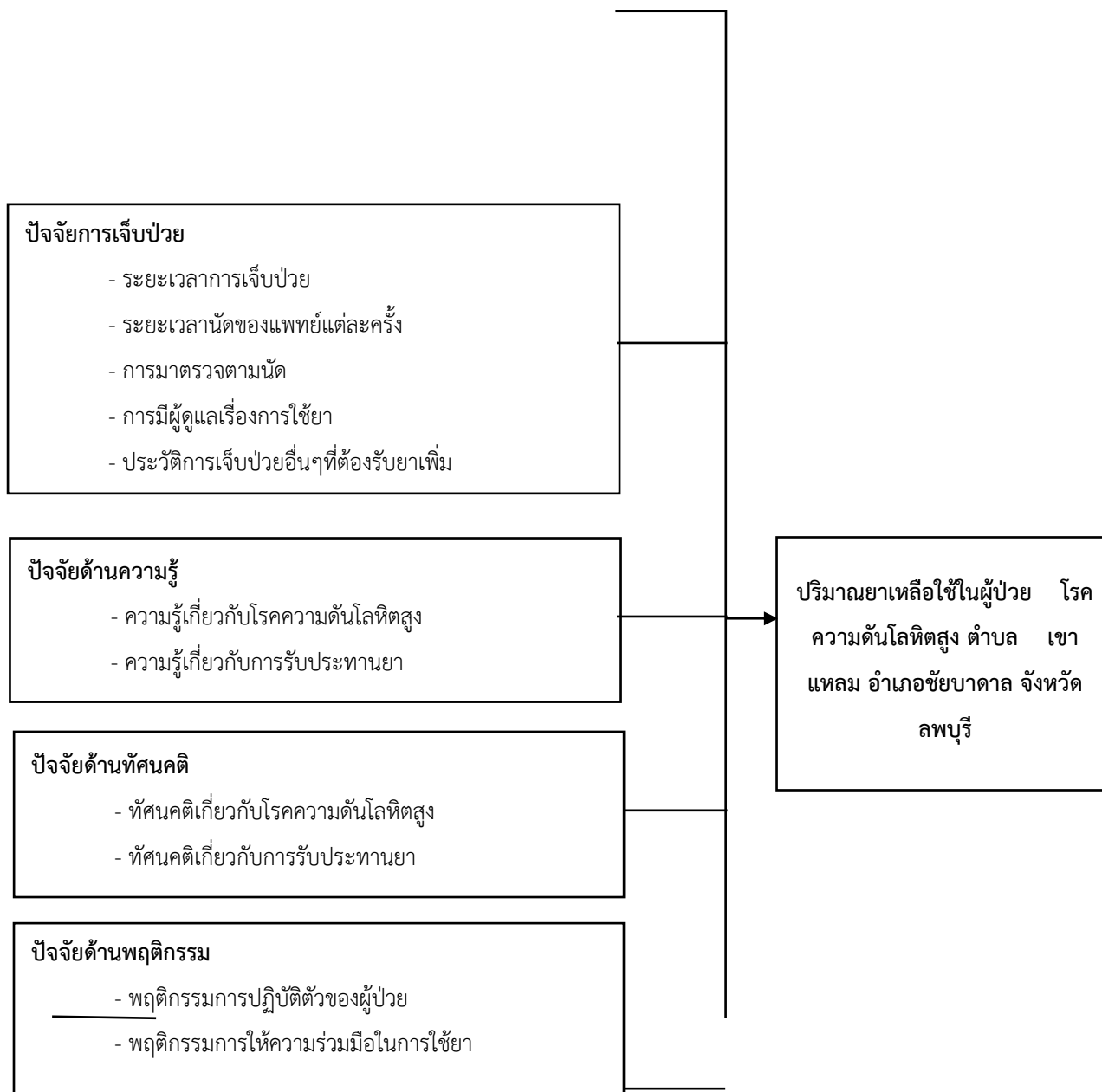
การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล

- | | |
|-----------|-----------------|
| - เพศ | - อายุ |
| - สถานภาพ | - ระดับการศึกษา |
| - อาชีพ | - รายได้ |



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มียาเหลือใช้ จำนวน 54 คน ที่มีชื่อในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (แฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม (ข้อมูลผู้ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงที่มียาเหลือใช้ย้อนหลัง 3 เดือน คือ เดือน มิถุนายน กรกฎาคม สิงหาคม สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน พ.ศ.2561)

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะให้เลือกตอบหรือเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และการได้รับข้อมูลข่าวสารในการใช้ยา ลดความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการเจ็บป่วย มีลักษณะให้เลือกตอบหรือเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลานัดของแพทย์ในแต่ละครั้ง การมาตรวจตามนัดของแพทย์ ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา และการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องรับยา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้ ลักษณะคำถามเป็นการแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเป็นเชิงบวก ถ้าตอบใช่ จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ใช่ จะได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามเป็นเชิงลบ ถ้าตอบใช่ จะได้ 0 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ใช่ จะได้ 1 คะแนน

ในการแปลผลคะแนนความรู้ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนระหว่าง 0 – 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

	ร้อยละ	คะแนน
ระดับดี	80 – 100	8 – 10
ระดับปานกลาง	60 – 79	5 – 7
ระดับไม่ดี	< 59	≤ 4

2) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา มีคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

	ร้อยละ	คะแนน
ระดับดี	80 – 100	9 – 12
ระดับปานกลาง	60 – 79	5 – 8
ระดับไม่ดี	< 59	≤ 4

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านทัศนคติ ลักษณะคำถามเป็นการแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วย จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเป็นเชิงบวก ถ้าตอบเห็นด้วย จะได้ 2 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ใช่ จะได้ 1 คะแนน

ข้อคำถามเป็นเชิงลบ ถ้าตอบไม่เห็นด้วย จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ใช่ จะได้ 2 คะแนน

ในการแปลผลคะแนนทัศนคติใช้เกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

1) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนระหว่าง 0 – 6 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

	ร้อยละ	คะแนน
ระดับดี	80 – 100	9 – 12
ระดับปานกลาง	60 – 79	5 – 8
ระดับไม่ดี	< 59	≤ 4

2) ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา มีคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

	ร้อยละ	คะแนน
ระดับดี	80 – 100	8 – 10
ระดับปานกลาง	60 – 79	5 – 7
ระดับไม่ดี	< 59	≤ 4

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีลักษณะให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 6 ปริมาณยาเหลือใช้ มีลักษณะให้เติมข้อมูลหุตุยภูมิลงในช่องว่าง พิจารณาโดยใช้ เปอร์เซ็นไทล์ 25 โดยมีการแบ่งปริมาณยาเหลือใช้ ดังนี้

≥ 10 หมายถึง ระดับมาก

< 10 หมายถึง ระดับน้อย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล หลังจากสิ้นสุดการศึกษานี้จำทำลายแบบสอบถามทั้งหมดทิ้งทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ 2 ประเภท ได้แก่

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการบรรยายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
- 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มียาเหลือใช้ จำนวน 54 คน ที่มีชื่อในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ.2561 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.1 และเพศชาย ร้อยละ 25.9 มีอายุเฉลี่ย 62.81 ปี โดยมีอายุในช่วง 60 – 69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 25.9 และน้อยที่สุดคือ อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 1.9 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 75.9 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 14.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 14.7 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 53.7 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง ร้อยละ 22.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,139.81 บาท อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 35.2 เกือบทั้งหมดใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ (เบิกได้) ร้อยละ 3.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารการใช้ยาลดความดันโลหิต

สูง ร้อยละ 63.0 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ วิทยุ ร้อยละ 9.3 รายละเอียดดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (N=54)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	74.1
ชาย	14	25.9
อายุ (ปี)		
30 – 49	9	16.7
50 – 69	28	51.8
70 – 89	17	31.5
$\mu = 62.81$ ปี, $\sigma = 11.334$ ปี, Min = 34 ปี, Max = 89 ปี		
สถานภาพ		
โสด	5	9.2
สมรส	41	75.9
หม้าย/หย่า/แยก	8	14.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	14.7
ประถมศึกษา	40	74.1
มัธยมศึกษา	5	9.3
ปริญญาตรี	1	1.9

อาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกร	29	53.7
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง	12	22.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	16.7
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4	7.4
รายได้โดยเฉลี่ย (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	27	50.0
5,001 – 10,000	19	35.2
10,001 ขึ้นไป	8	14.8
$\mu = 7,139.81$ บาท, $\sigma = 7,196.195$ บาท, Min = 600 บาท, Max = 30,000 บาท		
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรทอง	50	92.5
สิทธิข้าราชการ (เบิกได้)	2	3.7
สิทธิประกันสังคม	1	1.9
ประกันเอกชน	1	1.9
การได้รับข้อมูลข่าวสารในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง		
ได้รับ	34	63.0
ไม่ได้รับ	20	37.0
แหล่งข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1)		
เจ้าหน้าที่	32	59.3
วิทยุ	5	9.3
โทรทัศน์	4	7.4

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ห่อกระจ่ายข้าว	1	1.9
หนังสือพิมพ์	1	1.9

เมื่อพิจารณาปัจจัยการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.39 ปี โดยมีช่วงระยะเวลาการป่วยที่พบมากที่สุดคือ 1 - 10 ปี ร้อยละ 74.0 รองลงมาคือ 11 - 20 ปี ร้อยละ 20.4 ระยะเวลานัดของแพทย์มากที่สุดคือ 1 เดือน ร้อยละ 98.1 อีกร้อยละ 1.9 มีระยะเวลานัด 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตรงตามวันนัดของแพทย์ ร้อยละ 77.8 และไม่มาตามนัด ร้อยละ 22.2 ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลเรื่องการไข้ ร้อยละ 77.8 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 22.2 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 11.1 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 63.0 สำหรับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคปวดเมื่อยตามร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 24.1 รองลงมาคือ เบาหวานและไขมัน ร้อยละ 9.3 รายละเอียดดังตารางที่ 4.2 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (N=54)

ปัจจัยการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1 - 10	40	74.0
11 - 20	11	20.4
21 - 30	3	5.6
$\mu = 8.39$ ปี, S.D. = 6.214 ปี, Min = 1 ปี, Max = 25 ปี		
ระยะเวลานัดของแพทย์ในแต่ละครั้ง		
1 เดือน	53	98.1
3 เดือน	1	1.9
การมาตรวจตามวันนัดของแพทย์		

ปัจจัยการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาตรงตามนัด	42	77.8
มาไม่ตรงวันนัด	12	22.2
ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา		
ไม่มี	42	77.8
มี	12	22.2
ลูก	6	11.1
สามี/ภรรยา	4	7.4
หลาน	2	3.7
การเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องรับยาหรือรับบริการสุขภาพ ณ ปัจจุบัน		
ไม่มี	34	63.0
มี (ตอบได้มากกว่า 1)	20	37.0
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	13	24.1
เบาหวาน	5	9.3
ไขมัน	5	9.3
หัวใจ	1	1.9
ท่อปัสสาวะอักเสบ	1	1.9
กระเพาะอาหาร	1	1.9
การเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องรับยาหรือรับบริการสุขภาพ ณ ปัจจุบัน (ต่อ)		
กรดไหลย้อน	1	1.9
เป็นลม	1	1.9
เวียนศีรษะ	1	1.9

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.7 และรองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ความเครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 99.4 รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 88.9 และน้อยที่สุดคือ คนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม ร้อยละ 70.4 สำหรับข้อคำถามเชิงลบซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ ยาลดความดันโลหิตสามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดได้ ร้อยละ 88.9 และรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 81.5 สำหรับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.3 และรองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับประทานยาลดความดันโลหิตแล้วมีอาการข้างเคียงรุนแรง ควรหยุดยาแล้วรีบมาพบแพทย์โดยด่วน ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามขนาดและเวลาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 96.3 และน้อยที่สุดคือ เมื่อแพทย์สั่งปรับขนาด/จำนวนยา ผู้ป่วยสามารถนำยาเก่ามารับประทานให้หมดก่อนได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนต้องเปลี่ยนวิธีการรับประทานยา ร้อยละ 61.1 สำหรับข้อคำถามเชิงลบซึ่งเป็น ข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันโลหิตแล้วมีอาการเวียนศีรษะสามารถเปลี่ยนมารับประทานยาเวลาก่อนนอนได้ โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิด เมื่ออาการดีขึ้นสามารถลดชนิดของยาเองได้ ร้อยละ 72.2 และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับประทานอาหาร ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาในมื้อนั้น ร้อยละ 40.7 รายละเอียดดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา (N=54)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)			μ	σ	Min	Max
	ดี	ปานกลาง	น้อย				
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	36 (66.7)	18 (33.3)	0 (0.0)	2.67	0.476	2.00	3.00
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา	32 (59.3)	22 (40.7)	0 (0.0)	2.60	0.496	2.00	3.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาจำนวนรายชื่อ (N=54)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
1. ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ	46 (85.2)	8 (14.8)
2. ความดันโลหิตปกติในบุคคลวัยกลางคนมีค่าน้อยกว่าหรือไม่เกิน 140/90 mmHg	39 (72.2)	15 (27.8)
3. โรคความดันโลหิตสูง สามารถรักษาให้หายขาดได้	10 (18.5)	44 (81.5)
4. ยาลดความดันโลหิต สามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดได้	6 (11.1)	48 (88.9)
5. ถ้าความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติ จะมีอาการปวดศีรษะ อาการเวียนหัวขณะเปลี่ยนท่าทาง	43 (79.6)	11 (20.4)
6. โรคความดันโลหิตสูง เป็นมาจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม	39 (72.2)	15 (27.8)
7. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดภาวะโรคความดันโลหิตสูงได้	48 (88.9)	6 (11.1)
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)		
8. ความเครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	51 (99.4)	3 (5.6)
9. คนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม	38 (70.4)	16 (29.6)
10. คนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ	48 (88.9)	6 (11.1)
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา		
1. ยาลดความดันโลหิตที่ต้องรับประทานหลังอาหารควรรับประทานหลังอาหาร 15-30 นาที	40 (74.1)	14 (25.9)
2. ควรรับประทานยาลดความดันโลหิตตามขนาดและเวลาตามแพทย์สั่ง	52 (96.3)	2 (3.7)
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิด เมื่ออาการดีขึ้นท่านสามารถลดชนิดของยาเองได้	15 (27.8)	39 (72.2)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันโลหิตแล้วมีอาการเวียนศีรษะ สามารถเปลี่ยนมารับประทานยาเวลาก่อนนอนได้ โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์	14 (25.9)	40 (74.1)
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับประทานอาหาร ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาในมื้อนั้น	32 (59.3)	22 (40.7)
6. เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลืมรับประทานยาระหว่างมื้อ เมื่อถึงมือถัดไปให้รับประทานยาเท่าเดิม	50 (92.6)	4 (7.4)
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยาหมดก่อนแพทย์นัด สามารถนำยาลดความดันโลหิตของผู้อื่นมาใช้ได้	20 (37.0)	34 (63.0)
8. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันโลหิต แล้วมีอาการข้างเคียงรุนแรง ควรหยุดยาแล้วรีบมาพบแพทย์โดยด่วน	53 (98.1)	1 (1.9)
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา (ต่อ)		
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มียาลดความดันโลหิตเหลือ เมื่อถึงวันแพทย์นัดควรนำยาลดความดันโลหิตที่เหลือไปพบแพทย์	51 (94.4)	3 (5.6)
10. เมื่อแพทย์สั่งปรับขนาด/จำนวนยา ผู้ป่วยสามารถนำยาเก่ามารับประทานให้หมดก่อนได้ โดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการรับประทานยา	33 (61.1)	21 (38.9)
11. โรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	48 (88.9)	6 (11.1)
12. การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างเดียวเพียงพอสำหรับการลดระดับความดันโลหิต	30 (55.6)	24 (44.4)

ในส่วนของทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.5 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ผู้ดูแลมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ร้อยละ 61.1 และน้อยที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ควบคุมค่าความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 53.7 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ เมื่อทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ร้อยละ 64.8 และรองลงมาคือ ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารโดยไม่จำเป็นต้องควบคุมปริมาณของอาหาร ร้อยละ 61.1 สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.5 และรองลงมาคือระดับปาน

กลาง ร้อยละ 18.5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเชื่อว่าหากรับประทานยา เป็นเวลานานหรือปริมาณมากจะทำให้เป็นโรคได้ ร้อยละ 74.1 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเชื่อว่ายาสมุนไพรสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตที่รับประทานหลังอาหารรับประทานเวลาไหนก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอ 15-30 นาที ร้อยละ 35.2 และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตไม่จำเป็นต้องรับประทานทุกวัน หากตนเองควบคุมอาหารได้ ร้อยละ 18.5 รายละเอียดดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา (N=54)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)			μ	σ	Min	Max
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี				
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	44 (81.5)	10 (18.5)	0 (0.0)	2.8148	0.39210	2.00	3.00
ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา	44 (81.5)	10 (18.5)	0 (0.0)	2.8148	0.39210	2.00	3.00

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาจำนวนรายข้อ (N=54)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
1. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านรู้สึกท้อแท้	19 (35.2)	35 (64.8)
2. โรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อร่างกายท่าน	31 (57.4)	23 (42.6)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
3. โรคความดันโลหิตสูงไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อชีวิตประจำวันของท่าน	33 (61.1)	21 (38.9)
4. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารโดยไม่จำเป็นต้องควบคุมปริมาณของอาหาร	21 (38.9)	33 (61.1)
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ควบคุมค่าความดันโลหิตไม่ได้	29 (53.7)	25 (46.3)
6. ผู้ให้การดูแลท่านมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ท่านตั้งใจปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	45 (83.3)	9 (16.7)
ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา		
1. ท่านเชื่อว่าเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิตในปริมาณมากๆ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	18 (33.3)	36 (66.7)
2. ท่านเชื่อว่ายาสมุนไพรสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน	24 (44.4)	30 (55.6)
3. ท่านเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตที่รับประทานหลังอาหารรับประทานเวลาไหนก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอ 15-30 นาที	19 (35.2)	35 (64.8)
4. ท่านเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตไม่จำเป็นต้องรับประทานทุกวัน หากท่านควบคุมอาหารได้	10 (18.5)	44 (81.5)
5. ท่านเชื่อว่าหากรับประทานยาเป็นเวลานานหรือปริมาณมากจะทำให้เป็นโรคไตได้	40 (74.1)	14 (25.9)

ในปัจจุบันด้านด้านการพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่มากที่สุด ร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 66.7 และน้อยที่สุดคือ ปรับขนาดยาด้วยตนเอง ร้อยละ 5.6 สำหรับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า มีการอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานยามากที่สุด ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือ ไม่อ่านฉลากยาเนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 35.2 และน้อยที่สุดคือ กินยาซ้ำเนื่องจากมีการเปลี่ยนแพคเกจยา ร้อยละ 3.7 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (N=54)

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1)		
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื่อ	32	59.3
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	14	25.9
3. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง	36	66.7
4. ท่านรับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่	39	72.2
5. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 2-3 ครั้ง/สัปดาห์	21	38.9
6. ท่านแบ่งยาตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน	6	11.1
7. ท่านรับประทานยาของผู้อื่น	6	11.1
8. ท่านปรับขนาดยาด้วยตนเอง	3	5.6
พฤติกรรมกาให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ตอบได้มากกว่า 1)		
1. ท่านไม่อ่านฉลากยา เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก	19	35.2
2. ท่านกินยาซ้ำเนื่องจากมีการเปลี่ยนแผนยา	2	3.7
3. ท่านรับประทานยาซ้ำกับโรงพยาบาลศูนย์	5	9.3
4. ท่านสามารถนำความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยามาใช้ในชีวิตประจำวันได้	9	16.7
5. ท่านไม่รับประทานยาหรือได้รับหลายขนานจึงปรับยาเอง	4	7.4
6. ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น	9	16.7
7. ท่านอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานยา	41	75.9

เมื่อพิจารณาระดับปริมาณยาเหลือใช้ โดยใช้เปอร์เซ็นต์ 25 ในการแบ่ง นั่นคือ ปริมาณยาเหลือใช้ระดับมากจำนวน ≥ 10 เม็ด และระดับน้อยจำนวน < 10 เม็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณยาเหลือใช้ระดับมาก ร้อยละ 87 และระดับน้อย ร้อยละ 13 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับปริมาณยาเหลือใช้ของผู้ป่วย (N=54)

ปริมาณยาเหลือใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	ó	Min	Max
ระดับมาก	47	87.0	23.61	21.814	5.0	135.0
ระดับน้อย	7	13.0				

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอบ้านลาด จังหวัดลพบุรีโดยใช้สถิติไคสแควร์และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ระดับมาก	ระดับน้อย		
เพศ			2.815	0.171
หญิง	33 (70.2)	7 (100.0)		
ชาย	14 (29.8)	0 (0.0)		
สถานภาพ			3.773	0.287
โสด	3 (6.4)	2 (28.6)		
สมรส	37 (78.7)	4 (57.1)		
หม้าย/หย่า/แยก	7 (14.9)	1 (14.3)		
ระดับการศึกษา			1.707	0.635
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (12.8)	2 (28.6)		
ประถมศึกษา	36 (76.6)	4 (57.1)		
มัธยมศึกษา	4 (8.5)	1 (14.3)		
ปริญญาตรี	1 (2.1)	0 (0.0)		
อาชีพ			6.788	0.148
เกษตรกร	27 (57.4)	2 (28.6)		

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ระดับมาก	ระดับน้อย		
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง	11 (23.4)	1 (14.2)	0.821	0.936
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7 (14.9)	2 (28.6)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2 (4.3)	2 (28.6)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				
สิทธิบัตรทอง	43 (91.5)	7 (100.0)		
สิทธิข้าราชการ (เบิกได้)	2 (4.3)	0 (0.0)		
สิทธิประกันสังคม	1 (2.1)	0 (0.0)		
ประกันเอกชน	1 (2.1)	0 (0.0)	1.394	0.403
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
ได้รับ	31 (66.0)	3 (42.9)		
ไม่ได้รับ	16 (34.0)	4 (57.1)	6.841	0.130
ระยะเวลานัดของแพทย์				
1 เดือน	47 (100.0)	6 (85.7)		
3 เดือน	0 (0.0)	1 (14.3)	2.298	0.317
การมาตรวจตามวันนัด				
มาตรงตามนัด	35 (74.5)	7 (100.0)	2.298	0.317
การมาตรวจตามวันนัด (ต่อ)				
มาไม่ตรงตามนัด	12 (25.5)	0 (0.0)	0.293	1.00
ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา				

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ระดับมาก	ระดับน้อย		
ไม่มี	36 (76.6)	6 (85.7)	4.731	0.030*
มี	11 (23.4)	1 (14.3)		
ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ				
ไม่มี	27 (57.4)	7 (100.0)		
มี	20 (42.6)	0 (0.0)		

*p-value < 0.05

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	0.017	0.904
รายได้โดยเฉลี่ย	0.180	0.192
ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	- 0.067	0.631
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	- 0.074	0.596
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา	- 0.068	0.626
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	- 0.119	0.392
ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา	- 0.107	0.443
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	0.298	0.029*
พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยา	0.101	0.468

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี อภิปรายผลการศึกษาดังนี้ คือ

1. ปริมาณยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณยา Amlodipine เหลือใช้ ร้อยละ 41.18 Enalapril ร้อยละ 34.90 และ HCTz ร้อยละ 0.39 ซึ่งมีปริมาณยาเหลือใช้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพักตร์วิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2554) ศึกษาหาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าชนิดของยาที่เหลือในครัวเรือนเป็นกลุ่มยาโรคเรื้อรัง คือ HCTz 50 mg. และ Enalapril 5 และสอดคล้องกับงานวิจัย ของธิดารัตน์ คำรณ (2552) ศึกษาการสำรวจยาเดิมที่เหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีจำนวนยาที่เหลือใช้คือ Amlodipine 10 mg.

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 62.81 ปี โดยมีอายุในช่วง 60 – 69 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ โดยประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,139.81 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.2 เกือบทั้งหมดใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรทอง รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ (เบิกได้) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.0 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.39 ปี โดยมีช่วงระยะเวลาการป่วยที่พบมากที่สุดคือ 1 - 10 ปี รองลงมาคือ 11 - 20 ปี ระยะเวลานัดของแพทย์มากที่สุดคือ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตรงตามวันนัดของแพทย์ ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเรื่องการ吃药 ร้อยละ 22.2 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 63.0 ซึ่งปัจจัยการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยกเว้นการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องรับยาเพิ่ม

สำหรับกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องเข้ารับการรักษาส่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคปวดเมื่อยตามร่างกายมากที่สุด

รองลงมาคือ เบาหวานและไขมัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ จะมีปริมาณยาเหลือใช้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตพล พสุทธิโกศลและเลิศชัยเจริญธัญรักษ์ (2556) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ประสาธน์โมสร อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่าการมีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ได้รับยาหลายชนิดในปริมาณมาก มีโอกาสเสี่ยงที่จะบริหารยาได้ไม่ครบถ้วน ควรปรับแบบแผนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยจ่ายยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่ที่สุด เลือดยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน พร้อมอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องระบบวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ กล้องหรือตลับบรรจุยา ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมสภาวะโรคและป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนตามมา

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.7 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ความเครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดภาวะความดันโลหิตสูงได้ สำหรับข้อคำถามเชิงลบซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือยาลดความดันโลหิตสามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดได้ และรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.3 และรองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันโลหิตแล้วมีอาการข้างเคียงรุนแรง ควรหยุดยาแล้วรีบมาพบแพทย์โดยด่วน รองลงมาคือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามขนาดและเวลาตามแพทย์สั่งสำหรับข้อคำถามเชิงลบซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันโลหิตแล้วมีอาการเวียนศีรษะสามารถเปลี่ยนมารับประทานยาเวลาก่อนนอนได้ โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ยาลดความดันโลหิตหลายชนิด เมื่ออาการดีขึ้นสามารถลดชนิดของยาเองได้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.5 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง

เป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ผู้ดูแลมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ เมื่อทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ และรองลงมาคือ ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารโดยไม่จำเป็นต้องควบคุมปริมาณของอาหาร

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดีร้อยละ 81.5 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเชื่อว่าหากรับประทานยาเป็นเวลานานหรือปริมาณมากจะทำให้เป็นโรคได้ สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเชื่อว่ายาสมุนไพรสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน รองลงมาคือ ผู้ป่วยเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตที่รับประทานหลังอาหารรับประทานเวลาไหนก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอ 15-30 นาที ซึ่งทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จะมีปริมาณยาเหลือใช้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่มากที่สุด ร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 66.7 และลำดับที่ 3 คือรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกครั้ง ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ รับประทานยาผิดเวลา ร้อยละ 42.6 และลำดับที่ 3 การได้รับยามากเกินไป ร้อยละ 35.2 สำหรับพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า มีการอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานยามากที่สุด รองลงมาคือ ไม่อ่านฉลากยา เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออกซึ่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปราณิศา นิมนงค์ (2554) ได้ทำการศึกษาสาเหตุของยาเหลือใช้ และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพานทอง ณ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ลำดับที่ 1 รับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่ ลำดับที่ 2 เก็บยาไว้ที่บ้านเฉยๆ และลำดับที่ 3 นำยามาคืนที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก ลำดับที่ 1 ได้รับยาจำนวนมากเกินจากวันแพทย์นัด ลำดับที่ 2 ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และลำดับที่ 3 หยุดรับประทานยาเนื่องจากแพทย์สั่งให้หยุด

ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี ซึ่งการศึกษารุ่นนี้พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับยาเพิ่ม และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย มีผลกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือ

ใช้ของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาข้างต้น จึงควรทำการส่งเสริมความรู้ เพื่อส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ดี และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมกาใช้ยาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาแหลม อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี ในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ดังนี้

1 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปริมาณยาเหลือใช้ จำนวน 54 คน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกวิธี และเป็นประจำสม่ำเสมอ จะลดการเกิดผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ส่วนการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยพัฒนาการป้องกันปัญหาเหลือใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

เนติมา คูณีย์. (2557). สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.

งามทรัพย์ เทศะบำรุง. (2548). ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในกรุงเทพมหานคร. วารสารสำนัก

อนามัย 2560, 4(1).

ชิตพล พิสุทธิโกศล, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดยาเหลือใช้ผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2. ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. [ม.ป.ท.]

ธนพงศ์ ภูผาลี ชิตชนก คุณสวัสดิ์ ธนิตา ภูราชพล ธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2560). คำอธิบายถึงการมี

เหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน

โลหิตสูง กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 10 เล่มที่ 1 ม.ค.-มิ.ย. 2561

ธัญญวรรณ เกิดสมบัติ. 2008. ความรู้ ทศนคติ แนวโน้มพฤติกรรมกาเข้าร่วมโครงการหยุดเพิ่ม

ความร้อนในกรุงเทพฯ ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารศาสตรมหาบัณฑิต

(การจัดการสื่อสารองค์กร), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- จิตรรัตน์ คำรจันทร์. (2552). การสำรวจยาเดิมที่เหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
- ปฐญาภรณ์ ลาภน. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ
บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศาสตร์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ. ปริญญาธิพนธ์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปราณิสรา นิมนองค์. (2557). สาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพานทอง.
- ปรารธนา ชามพูนท. (2554). ยาที่เหลือและพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่.
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่
- พงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. ปัจจัย. กรุงเทพฯ: [ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก
<http://www.royin.go.th/dictionary>.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. ผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: [ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก
<http://www.royin.go.th/dictionary>.
- พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ อินทรา กาญจนพิบูลย์. (2555). ผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรแก่แพทย์
พยาบาลและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เรื่องการใช้ยาและติดตามผลของยาที่ให้. วารสารเภสัช
กรรมโรงพยาบาล 2556, 23(1), 21-34.
- พักตร์วิภา สุวรรณพรหม และคณะ. (2554). ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน
ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มุกดา สอนประเทศ. (2555). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดตุ้ม อำเภอนนทบุรี
จังหวัดหนองบัวลำภู.
- วรรณพร เจริญโชคทวี, ทศพล เลิศวัฒน์ชัย, วินิตา รอดเหตุภัย และศิริกัญญา กอบวรรณะกุล.
(2555). การวิเคราะห์และจัดการปัญหาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี
2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.

สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2558). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขต สุขภาพ).

สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2559). จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558.

สิริมา ตั้งจิตธรรม. (2558) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ของมาตรการแก้ปัญหายาเหลือใช้ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ สถานีกาชาดที่ 5 จังหวัดสมุทรปราการ. ปริญญา เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อัจฉรา ภักดีพินิจ, ศกวรรณ แก้วกลีน และสุภาพร พรหมจีน./ (2559)./ประเด็นสารบรรณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2559.

แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

SOCIAL SUPPORT AND HEALTH PROMOTION BEHAVIOR AMONG OF PUBLIC
HEALTH FACULTY, VALAYA ALONGKRON RAJABHAT UNIVERSITY UNDER THE
ROYAL PATRONAGE

ธิดา เวียงปฏี ทศพร ชุศักดิ์ ดวงจันทร์ ถาวรกุล วิไลดา ต้นมาลี
สิริรัตน์ จุ้ยเจริญ รุ่งทิวา ไชยพลฤทธิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Tatita Wiangpati Thassaporn Chusak Duangjan Thawonkul Wisita Tonmalee

Sirirat Chuicharoen Rungtiwa Chaipolrith

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 186 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 – 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.898 และ 0.837 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ โดยมีค่าความสัมพันธ์ตามลำดับดังนี้ $r=0.226$, $r=0.235$, $r=0.268$ และ $r=0.231$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, นักศึกษา

บทนำ

ในปัจจุบันนี้สังคมไทยได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ มากมาย เช่น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งประกอบกับการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ที่มีความเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว แต่พบว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนกลับมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น ได้แก่ การบริโภคอาหาร จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 พบว่าในกลุ่มวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อในแต่ละวันมีสัดส่วนต่ำที่สุด ร้อยละ 87.7 และส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเผ็ดมากที่สุด ร้อยละ 34.0 นอกจากนี้วิธีการปรุงอาหารประจำจะใช้วิธีผัด ปิ้ง/ย่าง มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ร้อยละ 34.8 การออกกำลังกาย จากการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 57.7 ล้านคน โดยผู้ชายมีอัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 27.4 และ 25.0 ตามลำดับ) และพบว่าการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายลดลงประมาณร้อยละ 3 โดยกลุ่มวัยเยาวชน (15-24 ปี) มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 27.6 การดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่าจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) ผู้ชายดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง 4.5 เท่า (ร้อยละ 47.5 และ 10.6 ตามลำดับ) การสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่าจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แบ่งเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนาน ๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) และผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (ร้อยละ 37.3 และ 1.7 ตามลำดับ) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่คนเราต้องรู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ในยุทธศาสตร์ที่ว่า การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตแบบยั่งยืนที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีองค์รวม โดยจะเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และปัญหาสุขภาพ

การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยสำคัญมีผลต่อการแสดงออก พฤติกรรม บุคคลการศึกษาของ Rosenstock¹⁶ (1974) พบว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ โดยใช้กลุ่มเครือข่ายในแหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นจุดเชื่อมโยงวิธีการ (Method) ก่อให้เกิดแนวคิด

แรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ดังนั้น ระบบสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านกลยุทธวิธีการต่างๆที่จะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา และที่เห็นได้ชัดเจนนั่นคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ถึงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลง และในการดูแลสุขภาพตนเองนั้นก็ต้องให้ความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สังคม สติปัญญา ควบคู่ไป

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ คือแรงสนับสนุนทางอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมิน แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไร โดยผู้วิจัยคาดว่าจะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลนักศึกษาเข้ามาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของนักศึกษาหรือบุคคลในกลุ่มอื่นๆ ให้สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งดูแลบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ชั้นปีที่ 1-4 ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 467 คน

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ชั้นปีที่ 1-4
จำนวน 186 คน ที่ได้จากการคิดคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการใช้สูตร Daniel (2010) คำนวณได้ดังนี้
จากสูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐาน จากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

N = จำนวนประชากรในการศึกษา

P = 0.72 (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต
กำแพงแสน, อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมิ่งสา, 2556)

d = ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้ศึกษายอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{1.96^2 (467)(0.72)(1-0.72)}{1.96^2 (0.72)(1-0.72) + (467-1)0.05^2}$$
$$= 186 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง

การเลือกสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำแนกตามระดับชั้นการศึกษา

ระดับชั้นการศึกษา	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ปี 1	116	46
ปี 2	127	51
ปี 3	101	40
ปี 4	123	49
รวม	467	186

ที่มา : สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียนมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2561)

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ หรือการสุ่มแบบสะดวก (Accidental or Convenience Sampling)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีการศึกษา 2561 ภาคปกติ (จันทร์-ศุกร์) ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีการศึกษา 2561 ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์) ผู้ที่ไม่มาเรียนในวันเวลาที่เก็บแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบสำรวจที่จะให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนในภาคเรียนที่ผ่านมา รายได้ปัจจุบันของท่านที่ได้รับต่อเดือน สถานภาพครอบครัว การพักอาศัยของท่าน โดยลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ (House, 1985) และบางส่วนได้พัฒนามาจากกรัชณา สิงห์ทอง (2545) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1-23 มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับคือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ถ้า

เป็นข้อคำถามเชิงลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้
ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ สิ่งของ

การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66	มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00	มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และบางส่วนได้พัฒนามาจากอัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมหัสยา (2556) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาหลังจากที่ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ การควบคุมวิทยานิพนธ์นี้แล้ว จึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยทำการเลือกผู้เชี่ยวชาญทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำความคิดเห็น ข้อชี้แนะ จากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือจากนั้นตามสูตรในการคำนวณ ผลการพิจารณาความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าระหว่าง 0.67-1.00

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ได้จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.898 และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.837

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลก่อนทำการศึกษา ได้แก่ วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีวิจัย แนวทางในการรักษาความลับของข้อมูลและใช้ข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมขอความยินยอม ไม่บังคับและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการถอนตัวได้ทุกเมื่อ หากต้องการ โดยไม่มีผลเสียต่อกกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการทำวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกไป

2. การลงรหัส (Coding) นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว มาลงรหัสตามที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า

3. นำข้อมูลที่ลงรหัสแล้วไปบันทึกในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติสำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยใช้เกณฑ์ (Hinkle D.E. 1998)

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
0.90 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.70 – 0.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.50 – 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.30 – 0.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.00 – 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม

- แรงสนับสนุนด้านอารมณ์
- แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมิน
- แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(3อ2ส.)

- ด้านอารมณ์
- ด้านอาหาร
- ด้านออกกำลังกาย
- ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ.2561

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.9 มีอายุเฉลี่ย 20.05 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 23 ร้อยละ 23.1 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ศาสนาอิสลามร้อยละ 1.1 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.5 ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย 2.00–3.00 ร้อยละ 57.5 มีคะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 ร้อยละ 40.3 รายได้ที่ได้รับต่อเดือนเฉลี่ยเดือนละ 5,281.72 บาท มีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท โดยส่วนใหญ่ได้รับรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 67.2 สถานภาพครอบครัว พบว่า บิดามารดาอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 72.0 การพักอาศัย พบว่า พักบ้านเช่า/หอพัก ร้อยละ 79.6 พักบ้านตัวเอง ร้อยละ 19.9 และพักบ้านญาติ ร้อยละ 0.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะทั่วไปของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ (n = 186)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	15.1
หญิง	158	84.9
อายุ		
18 ปี	16	8.6
19 ปี	53	28.5
20 ปี	49	26.3
21 ปี	43	23.1
22 ปี	23	12.4
23 ปี	2	1.1
$\bar{X}$ = 20.05 ปี S.D. = 1.207 ปี Min = 18 ปี Max = 23 ปี		
ศาสนา		
พุทธ	183	98.4
คริสต์	1	0.5
อิสลาม	2	1.1
ระดับชั้นการศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	46	24.7
ชั้นปีที่ 2	51	27.4
ชั้นปีที่ 3	40	21.5
ชั้นปีที่ 4	49	26.4
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม		
คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00	4	2.2
คะแนนเฉลี่ย 2.00-3.00	107	57.5

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	75	40.3
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	125	67.2
5,001-10,000 บาท	59	31.7
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001 บาท	2	11
$\bar{X} = 5281.72$ บาท S.D. = 1982.406 บาท Min = 2,000 บาท Max = 15,000 บาท		
สถานภาพครอบครัว		
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	134	72.0
บิดามารดาแยกกันอยู่	37	19.9
บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต	16	8.1
การพักอาศัย		
พักบ้านตัวเอง	37	19.9
พักบ้านเช่า/หอพัก	148	79.6
พักบ้านญาติ	1	0.5

แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคคลใกล้ชิด/ครอบครัวของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ อบอุ่น เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกัน ($\bar{X}=4.60$) ท่านได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัว ($\bar{X}=4.58$) และพ่อแม่ผู้ปกครองคอยให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ ($\bar{X}=4.52$) ด้านการประเมินข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อท่านใส่ใจการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X}=4.11$) ด้านข้อมูลข่าวสารข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยเตือนให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ($\bar{X}=4.18$) ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ($\bar{X}=4.15$) และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขหรือบรรเทาความเจ็บป่วยนั้น ($\bar{X}=4.13$) ด้านเครื่องมือสิ่งของข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มหาวิทยาลัย/คณะของท่าน สนับสนุนสถานที่ในการออกกำลังกาย ($\bar{X}=4.02$) มหาวิทยาลัย/คณะ มีการจัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ($\bar{X}=3.96$) และครอบครัว/บุคคลใกล้ชิดของท่าน สนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.93$)

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 ด้านการประเมิน ระดับสูงร้อยละ 65.1 ด้านข้อมูลข่าวสาร ระดับสูง ร้อยละ 75.8 และด้านเครื่องมือสิ่งของ ระดับสูง ร้อยละ 64.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำแนกตามรายด้าน (n=186)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านอารมณ์	1	0.5	13	7.0	172	92.5
2. ด้านการประเมิน	2	1.1	63	33.9	121	65.1
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	2	1.1	43	23.1	141	75.8
4. ด้านเครื่องมือสิ่งของ	6	3.2	61	32.8	119	64.0

จากการศึกษาพบว่านักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.0 และไม่พบว่ามีนักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนโดยรวม (n=186)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0
ระดับปานกลาง	26	14.0
ระดับสูง	160	86.0
รวม	186	100

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านออกกำลังกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสามารถออกกำลังกายได้ทุกรูปแบบของการออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นการเดินแอโรบิค เดินเร็ว และการออกกำลังกายอื่น ๆ ($\bar{X}=2.41$) ท่านออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อมีโอกาสดังกล่าว ($\bar{X}=2.38$) และท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.37$) ด้านอาหาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ท่านจะเลือกรับประทานอาหารปลอดภัย ($\bar{X}=2.27$)

ด้านอารมณ์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ท่านลดความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือปลูกต้นไม้ ($\bar{X}=2.67$) ท่านพูดคุย/ปรึกษากับคนที่ไว้วางใจเมื่อเกิดความเครียด ($\bar{X}=2.58$) และท่านคิดในแง่บวก มองสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแง่ดีและยังสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{X}=2.34$)

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.4 ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.5 ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.2 พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาในระดับดี ร้อยละ 31.2 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำแนกตามรายด้าน (n=186)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ด้านอารมณ์	4	2.2	133	71.5	49	26.3
2. ด้านอาหาร	34	18.3	131	70.4	21	11.3
3. ด้านออกกำลังกาย	1	0.5	85	45.7	100	53.8
4. ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา	8	4.3	46	24.7	132	71.0

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก($r=0.226$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) แรงสนับสนุนด้านการประเมิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก($r=0.235$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก($r=0.268$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก($r=0.231$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก($r=0.310$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ (n=186)

ตัวแปร	R	P
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0.226	0.002*
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน	0.235	0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.268	0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	0.231	0.002*
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.310	0.001*

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.9 มีอายุเฉลี่ย 20.05 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 23 ร้อยละ 23.1 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ศาสนาอิสลามร้อยละ 1.1 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.5 ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย 2.00–3.00 ร้อยละ 57.5 มีคะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 ร้อยละ 40.3 รายได้ที่ได้รับต่อเดือนเฉลี่ยเดือนละ 5,281.72 บาท มีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 67.2 สถานภาพครอบครัว พบว่า บิดามารดาอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 72.0 พักอาศัยที่บ้านเช่า/หอพัก ร้อยละ 79.6 พักบ้านตัวเอง ร้อยละ 19.9 และพักบ้านญาติ

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่านักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.0 และไม่พบว่ามีนักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อศึกษาเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.5 ด้านการประเมิน ระดับสูงร้อยละ 65.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ด้านข้อมูลข่าวสาร ระดับสูง ร้อยละ 75.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 และด้านเครื่องมือสิ่งของ ระดับสูง ร้อยละ 64.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2

ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 31.2 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 ระดับดี ร้อยละ 26.3

และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.2 ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.4 ระดับไม่ดี ร้อยละ 18.3 และระดับดี ร้อยละ 11.3 ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.5 ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุราอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.3

ด้านแรงสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.226$) แรงสนับสนุนด้านการประเมิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.235$) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.268$) แรงสนับสนุน ด้านเครื่องมือสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.231$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือสิ่งของ ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์สิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี (2559) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2557 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า นักศึกษาได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว อาจารย์ และคนใกล้ชิด ในด้านอารมณ์ คือเมื่อนักศึกษามีความไม่สบายใจหรือมีปัญหาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียน ปัญหาส่วนตัว และอุปสรรคต่างๆ ก็จะได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการให้กำลังใจและได้รับความดูแลเอาใจใส่ ด้านการประเมิน คือ การได้รับคำชมเชยในเรื่องการแต่งกายถูกระเบียบ พุดจาไพเราะ รวมถึงมีการประกวดมารยาทและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และถูกสุขลักษณะ ได้รับคำตักเตือนในการดูแลสุขภาพตนเองจากเพื่อน ครอบครัว อาจารย์ และคนใกล้ชิด ด้านข้อมูลข่าวสาร การที่นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ คำตักเตือนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีจากครอบครัว แพทย์/พยาบาล บุคคลใกล้ชิด เช่น เมื่อนักศึกษาได้รับความเจ็บป่วยทางมหาวิทยาลัยจะมีห้องพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย และมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้านข้อมูลสิ่งของ นักศึกษาได้รับแรงสนับสนุนจากทางมหาวิทยาลัย/คณะ ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ในเรื่องสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น ทางมหาวิทยาลัยจะมี ฟิตเนส สระว่ายน้ำ สนามกีฬา และมีการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น โครงการราชภัฏวไลยอลงกรณ์รัน โครงการภาวะโภชนาการดี นำไปสู่การมีสุขภาพดี

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ใน

พระบรมราชูปถัมภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของอานนท์ สีดาเพ็ง (2556) ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้” ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ที่เหมาะสม โดยนักศึกษามีวิธีการลดความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปรึกษาพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ และการมองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแง่ดี สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ปลอดภัย ไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม และ ไม่รับประทานอาหารที่สุกๆ ดิบๆ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย นักศึกษา มีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ก่อนออกกำลังกาย แต่ครั้งมีการอบอุ่นร่างกายโดยการยืดกล้ามเนื้อหรือมีการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันในลักษณะการออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นลง รวมไปถึงการออกกำลังกายในแบบอื่น ๆ เช่น การเต้นแอโรบิค การเดินเร็ว และสำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ทางมหาวิทยาลัยและคณะมีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นหอพัก หรือ สถานที่ราชการ จากการที่นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพข้างต้นจึงทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (2554) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี” ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่าง ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การที่นักศึกษาได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์จาก เพื่อน ครอบครัว อาจารย์ที่คอยดูแลเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจ คอยถามเกี่ยวกับสุขภาพ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้รับจากแพทย์/พยาบาล ครอบครัว ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. จากการวิจัยพบว่า นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มีพฤติกรรมด้านอารมณ์และด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เพื่อให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า ควรมีการส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว/เพื่อน/อาจารย์ แนะนำให้คำปรึกษากับนักศึกษาในเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุราเพื่อให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น บุคลากรในมหาวิทยาลัย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อได้ข้อมูลเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

กัญญ์สิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3(2), 85

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. ผู้จัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทยจำกัด, 2556.

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การมีสุขภาพที่ดี ตามหลัก 6 อ.สร้างสุขภาพคนไทย [ออนไลน์] เข้าถึงจาก: <http://www.sorpsor.com/html> (2561,06 กันยายน).

เกษม ดันติผลาชีวะ; และกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์. บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

ประสาธน์ หลักศิล. (2514). ปัญหาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า

ปราณี อ่อนศรี. (2559). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก. 17(3), 158.

วันเพ็ญ อำนางจิตรและคณะ. (2553) ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พิทักษ์ สุริยใจ. (2550). การสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสาธารณสุขศาสตร์.

ภัทรพงศ์ ประกอบผล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

สุรวิรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม

- 2554.สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2561). สารสนเทศ ปีการศึกษา 2561. ปทุมธานี: ศูนย์การเรียนรู้การผลิตและจัดการธุรกิจสิ่งพิมพ์ดิจิทัล คีวาพร ทองสุข และคณะ. (2555). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ. **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 18(2), 178.
- ศุภกร หวานกระโทก และจุไรรัตน์ วัชรอาสน์. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 18 จังหวัดชลบุรี. **วารสารพยาบาลตำรวจ**. 10(1), 132.
- อดิศักดิ์ พลสาร และรุจิรา ดวงสงค์. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี พฤติกรรมตามแผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่ม แอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ตำบลห้วยชัยพัฒนา อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัย มข**. 11(1), 83.
- อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมหิงสา. (2556). **พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน. คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนาศาสตร์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.edu.kps.ku.ac.th/DBresearch/document/HealthPromoting.pdf>. (2 5 6 1 , 7 กันยายน).**
- อานนท์ สีดาเพ็ง. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย. **วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้**. 1(1), 59.
- Best, J.W. (1981). **Research in Education**. New Jersey: Prentice – Hall. Cobb, Sidney. (1976). **Social Support as a Moderate of life Stress**. Psychosomatic Medicine 38, 5 (September-o=October 1976). n.p. Daniel WW. Biostatics: Basis Concepts and Methodology for the Health; 2010 Grasha, A.F. (1995). Practical application of psychology. New York: Harper Collins. อ้างถึงใน พรพิมล วรภูมิพุทธ และสงคราม เชาว์ศิลป์, **การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มนุษยศาสตร์** 7(2). 2549, 34-35

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอด ในพนักงานโรงงานน้ำตาล

A study of factors associated with respiratory symptoms and pulmonary functions among sugar mill workers

นันทะพร จันทะโส¹, สุทธินันท์ ฉันทธนกุล², พรพิมล กองทิพย์³, สุนธรา สิริ⁴

^{1,2,3}ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ 10400

⁴ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรุงเทพฯ 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดในพนักงานโรงงานน้ำตาล ในโรงงานน้ำตาลแห่งหนึ่ง ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรี การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการระบบทางเดินหายใจ การทดสอบสมรรถภาพปอดและการเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square และสถิติการวิเคราะห์พหุตัวแปร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ พนักงานทั้งชายและหญิงอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 97 คน จากการศึกษาพบว่าพนักงานมีอาการไอ 22 คน มีเสมหะ 28 คน หายใจมีเสียงวี๊ด 20 คน หายใจลำบาก 24 คน พนักงานมีความผิดปกติของปอดชนิดอุดกั้น จำนวน 4 คน ชนิดจำกัดการขยายตัว จำนวน 42 คน ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ความเข้มข้นสูงสุดที่ตรวจวัดได้มีค่าเท่ากับ 1.0096 มก.ลบ ที่แผนกหม้อต้ม และต่ำสุดที่ 0.0309 มก.ลบ ที่แผนกไฟฟ้า และเมื่อนำปัจจัยต่างๆที่ศึกษามาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ไม่พบปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมสมรรถภาพปอด และพบว่า BMI, การสูบบุหรี่, ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีต, ประวัติการทำงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น ไอร์ร่ายและสารเคมีมีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ โดยเมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการวิเคราะห์พหุตัวแปร พบว่าอายุมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเสื่อมสมรรถภาพปอด(P-value < 0.05)และBMI(น้ำหนักเกินมาตรฐาน), การสูบบุหรี่ ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีดยังคงมีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)

คำสำคัญ : ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน, พนักงานโรงงานน้ำตาล,การเสื่อมสมรรถภาพปอดอาการระบบทางเดินหายใจ

บทนำ

ประเทศไทย คือ ประเทศผู้ส่งออกน้ำตาลทรายเป็นลำดับที่ 2 ของโลก (1) สามารถสร้างรายได้ให้ประเทศปีละ 180,000 ล้านบาทซึ่งอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลทรายนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศในด้านการสร้างงานภาคเกษตรกรรมอุตสาหกรรมและการส่งออก (2) โรงงานน้ำตาลมีช่วงการทำงานที่มีการเปิดรับอ้อยเพื่อทำการสกัดน้ำอ้อยผลิตเป็นน้ำตาลทรายประมาณ 4-5 เดือน ฤดูการเก็บเกี่ยวอ้อย จะเริ่มต้นตั้งแต่ในช่วงเดือนพฤศจิกายนและสิ้นสุดลงในเดือนเมษายนของทุกปี (3) อ้อยหลังการเก็บเกี่ยวจะถูกส่งเข้าสู่กระบวนการผลิตของโรงงานเพื่อผลิตออกมาเป็นน้ำตาลทรายซึ่งในฤดูเก็บเกี่ยวนี้พนักงานที่ปฏิบัติงานภายในโรงงานน้ำตาลจะมีการสัมผัสกับฝุ่นละอองที่มีความเข้มข้นสูงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิตตั้งแต่ในช่วงต้นจนถึงกระบวนการสุดท้ายของการผลิต โดยในช่วงนี้ระดับของฝุ่นในโรงงานน้ำตาลจะเพิ่มสูงขึ้น เช่น ในขั้นตอนของการเทอ้อยลงสะพาน ซึ่งมีฝุ่นละอองจากการวิ่งเข้า-ออกของรถบรรทุกอ้อย ฝุ่นที่เกิดจากการเทอ้อยจำนวนมากลงในสะพานลำเลียง ฝุ่นจากสะพานลำเลียงกากอ้อยเข้าสู่เตาหม้อน้ำ หรือฝุ่นจากการปั่นน้ำตาล เป็นต้น ซึ่งฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะฝุ่นที่มีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 10 ไมครอนที่มีความสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนปลายได้ โดยจะเข้าไปเกาะอยู่ตามแขนงและผนังของทางเดินหายใจ ส่งผลให้ระบบทางเดินหายใจเกิดการระคายเคืองและมีการอักเสบได้ โดยฝุ่นละอองเมื่อเข้าไปในปอดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(4, 5) และมีผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ฝุ่นละอองมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบสุขภาพ ทั้งการเพิ่มขึ้นของอัตราเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรกระบบทางเดินหายใจ, โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงส่งผลกระทบทำให้มีการตายก่อนวัยเพิ่มขึ้น และการสูญเสียอายุขัยนอกจากนี้ยังพบว่าการสัมผัสในระยะสั้นส่งผลให้สมรรถภาพปอดลดลง ทั้งในประชากรที่มีความเสี่ยง(เด็ก ผู้สูงอายุและผู้ป่วย)และในประชากรที่มีสุขภาพดี (6)รวมถึงการเพิ่มขึ้นของอาการระบบทางเดินหายใจ การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต(7)โดยองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ(IARC)ได้จัดให้ฝุ่นละอองจากมลพิษทางอากาศภายนอกอาคารเป็นสารที่สามารถก่อมะเร็งในมนุษย์ กลุ่มที่ 1 (6)

โดยโรคปอดจากการประกอบอาชีพจะเกิดขึ้นจากการหายใจเอาฝุ่น หินแร่ ควัน ไอ ก๊าซละออง ไอร์รเหย และฝุ่นจากสารอินทรีย์ ขณะทำงานเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดพยาธิสภาพเนื้อปอดในลักษณะต่างๆกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของฝุ่น(8) ฝุ่นละออง ควัน หรือสารพิษ เมื่อถูกสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ สามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพ โดยวิธีการต่างๆได้ เช่น ระคายเคืองทางเดินหายใจ เป็นพิษต่อทางเดินของลมหายใจ กระตุ้นให้เกิดเนื้อพังผืดในปอด เป็นต้น แต่ทั้งนี้ล้วนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้(9) ได้แก่ ความเข้มข้นของสารในอากาศที่หายใจเข้าไป(10) ระยะเวลาในการทำงานขนาดของฝุ่นละออง และภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล(9)

ซึ่งจากปัญหาของมลพิษทางอากาศ พบว่า ในทุกๆปีทั่วโลก มีประชากรเสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคน ซึ่งมีสาเหตุมาจากมลพิษทางอากาศ โดยประชากร 3.3 ล้านคนเสียชีวิตเนื่องจากมลพิษทางอากาศภายในอาคาร และกว่า 2.6 ล้านคนที่เสียชีวิตจากปัญหามลพิษทางอากาศภายนอกอาคาร (4) เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคปอดจากการประกอบอาชีพซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษทางอากาศจากการสัมผัสในสิ่งแวดล้อมการทำงาน พบผู้ป่วยทั้งโรคหืดหอบหืด วัณโรคปอด โรคฝุ่นฝ้าย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคฝุ่นหิน และโรคปอดที่ไม่สามารถระบุชนิดได้ โดยอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ในช่วง 10 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2545 – 2555 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี 2555 ที่พบผู้ป่วยมากกว่า ปี 2554 ประมาณ 3.2 เท่า (11)และในระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค ได้มีการกำหนดให้โรคปอดและทางเดินหายใจเป็น 1 ใน 10 ของกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพที่ต้องมีการเฝ้าระวัง(12)

อาการของระบบทางเดินหายใจในระยะสั้นและระยะยาวในช่วงฤดูกาลผลิตของโรงงานน้ำตาลที่อาจจะเกิดขึ้นคือ การหายใจเสียงดังวี๊ด การหายใจเร็ว และการพัฒนาของโรคหืด (13) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคก็เนื่องด้วยสภาพการทำงานของโรงงานน้ำตาลโดยทั่วไปที่ต้องอาศัยคนงานในทุกกระบวนการผลิตทำให้คนงานกลุ่มนี้ต้องสัมผัสกับปัจจัยอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ(14) ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม การขาดมาตรการในเรื่องของความปลอดภัยที่ดีและการจัดการด้านสวัสดิการของพนักงาน โดยสถานประกอบการบางแห่ง รวมถึงตัวพนักงาน ไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นจากการประกอบกิจการจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งที่มาของปัญหาสุขภาพมีความหลากหลายมาก ทั้งการสัมผัสฝุ่นการสูดดมควันก๊าซพิษและการสัมผัสสารเคมีเป็นต้น (15, 16)และคนงานในโรงงานน้ำตาลมักจะทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมงต่อวันโดยที่ไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (17)

ซึ่งจากสภาพปัญหาดังกล่าว ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน, ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านหน้าที่การงาน, พฤติกรรมการป้องกันตนเองกับอาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดในพนักงานโรงงานน้ำตาลที่เกิดขึ้นในโรงงานน้ำตาล ในช่วงฤดูกาลผลิต อันจะนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงหากปัจจัยที่ศึกษามีผลต่อสุขภาพของพนักงาน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและปอดที่จะส่งผลกระทบในด้านลบต่อการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตของพนักงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน้าที่การงาน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองกับผลกระทบต่ออาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดในพนักงานโรงงานน้ำตาลใน 15 แผนกของโรงงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ พนักงานประจำ เพศชายและหญิง จำนวน 97 คน คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากสูตรของแดเนียล และจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบการเลือกโดยมีการคืนที่ ในการคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้เข้าร่วมในการศึกษาเป็นพนักงานประจำ เพศชายและเพศหญิงที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงงานน้ำตาลแห่งนี้น้อยกว่า 1 ปี ในวันที่เก็บข้อมูล
2. มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
3. สมารถใจเข้าร่วมในการวิจัย
4. มีสัญชาติไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก

1. สตรีมีครรภ์
2. มีโรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องรักษาตัวอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ โรคหืด ภูมิแพ้ วัณโรค และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
3. ผู้ที่มีอาการกำเริบของโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมในการวิจัย
4. ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนและส่วนที่ 3 เครื่องมือตรวจวัดสมรรถภาพปอด

แบบสอบถามดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม AST-DLD-78A ของสมาคมโรคหัวใจและทรวงอกอเมริกา (เฉพาะในส่วนของการระบบทางเดินหายใจ) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยภายหลังจากการได้รับการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาทำการปรับปรุงแก้ไข ให้ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำ ซึ่งแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก ประวัติการศึกษา สถานภาพการสมรส และ

ประวัติการสูบบุหรี่ แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการทำงานได้แก่ ประวัติการทำงานในปัจจุบัน ประวัติการทำงานในอดีต การใช้สารเคมี และการทำงานเชื่อม แบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองได้แก่ พฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจและการออกกำลังกายแบบสอบถามส่วนที่ 4 ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดได้แก่ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดซึ่งถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการกินยาและการได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับทรวงอกและแบบสอบถามส่วนที่ 5 – 8 เป็นแบบสอบถามอาการระบบทางเดินหายใจโดยแบ่งอาการระบบทางเดินหายใจ ออกเป็น 4 อาการได้แก่ 1.อาการไอ 2.อาการมีเสมหะ 3.อาการหายใจเสียงดังวี้ดๆ 4.อาการหายใจลำบาก

การเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ประกอบด้วย ไชโคลน RESP 2.2 LPM กระดาษกรอง Polyvinyl chloride membrane วัสดุขนาด 5 ไมครอน และปั๊มชนิดอัตราการไหลของอากาศสูงทำการสอบเทียบปั๊มดูดอากาศกับชุดสอบเทียบอัตราการไหลโดยใช้ Primary calibrators โดยก่อนทำการติดอุปกรณ์ทำการชี้แจงให้พนักงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเก็บตัวอย่าง และทำการติดอุปกรณ์เก็บตัวอย่างระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน จากนั้นวิเคราะห์หอนุภาคโดยการชั่งน้ำหนัก และคำนวณหาความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนตามวิธีการของ NIOSH 0600

การทดสอบสมรรถภาพปอด ดำเนินการเก็บตัวอย่างโดยใช้เครื่อง SPIROMETER ทำการสอบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดสมรรถภาพปอด โดยใช้กระบอกสูบสำหรับสอบเทียบปริมาตร 3 ลิตร การตรวจสมรรถภาพปอดทำการตรวจวัดภายหลังจากพนักงานเปลี่ยนกะ โดยก่อนการทดสอบมีการอธิบายและสาธิตวิธีการตรวจวัดสมรรถภาพปอดให้พนักงานจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำการทดสอบซ้ำให้ได้กราฟที่เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 3 กราฟ โดยทำซ้ำได้ไม่เกิน 8 ครั้งโดยแบ่งผลการตรวจวัดออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมรรถภาพปอดปกติและกลุ่มที่มีสมรรถภาพปอดผิดปกติ โดยกลุ่มที่มีสมรรถภาพปอดผิดปกติแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ชนิดที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจในปอด (Obstructive abnormality) ชนิดปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (Restrictive abnormality) และชนิดที่มีความผิดปกติแบบผสม (Mixed abnormality)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2016-159 โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย รวมถึงตอบข้อซักถามเพื่อให้พนักงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย และให้พนักงานที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยลงนามในใบยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน้าที่การทำงาน พฤติกรรมการป้องกันตนเอง สมรรถภาพปอดและอาการระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านหน้าที่การงาน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองกับสมรรถภาพปอดและอาการระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติ Chi-square และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการวิเคราะห์หาค่าตัวแปร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 76.3 และเพศหญิงร้อยละ 23.7 มีอายุระหว่าง 23 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 33.8 ปี มีอายุน้อยกว่า 35 ปีมากที่สุด ร้อยละ 62.9 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 55.7 สถานะแต่งงานมากที่สุด ร้อยละ 56.7 ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 53.6 และออกกำลังกายหรือเล่นกีฬามากที่สุด ร้อยละ 52.6

อาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง มีเสมหะ ร้อยละ 28.9 การหายใจลำบากร้อยละ 24.7 อาการไอ ร้อยละ 22.7 และหายใจเสียงดังวี๊ดๆ ร้อยละ 20.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาการระบบทางเดินหายใจ (n = 97)

อาการระบบทางเดินหายใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อาการไอ		
มี	22	22.7
ไม่มี	75	77.3
มีเสมหะ		
มี	28	28.9
ไม่มี	69	71.1
หายใจเสียงวี๊ด		
มี	20	20.6
ไม่มี	77	79.4
หายใจลำบาก		
มี	24	24.7
ไม่มี	73	75.3

ผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอด พบกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพปอดปกติ ร้อยละ 52.58 และมีสมรรถภาพปอดผิดปกติร้อยละ 47.42 โดยพบความผิดปกติชนิดปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (Restrictive abnormality) จำนวน 42 ราย ความผิดปกติชนิดที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจในปอด (Obstructive abnormality) จำนวน 4 ราย โดยไม่พบความผิดปกติแบบผสม (Mixed abnormality) ในกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนของผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (n = 97)

แผนก	การตรวจวัดสมรรถภาพปอด				รวม
	Normal	Obstructive	Restrictive	Combine	
ลูกหีบ	4	1	2	0	7
หม้อไอน้ำ	8	1	5	0	14
ไฟฟ้าผลิต	0	0	2	0	2
ทำไส ต้ม รีไฟน์	1	0	5	0	6
หม้อเคี้ยว	1	0	6	0	7
หม้อป่น	2	0	3	0	5
ซ่อมบำรุง	8	1	3	0	12
ไฟฟ้า	3	0	1	0	4
บรรจุ	1	0	0	0	1
พัสดุ	1	0	0	0	1
ประกันคุณภาพ	2	0	2	0	4
สำนักงาน	20	1	13	0	34
รวม	51	4	42	0	97

ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน สูงสุดที่ตรวจวัดได้มีค่าเท่ากับ 1.0096 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตรที่แผนกทำไส ต้ม รีไฟน์ และต่ำสุดที่ 0.0309 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตรที่แผนกไฟฟ้า โดยเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามกฎหมายของประเทศไทย, OSHA (5 mg/m³) และ ACGIH (3 mg/m³) พบว่าไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (n = 97)

แผนก	ระดับความเข้มข้น (มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)			
	Min.	Max.	Mean	S.D.
พื้นที่กระบวนการผลิต				
ลูกหีบ(n= 7)	0.1888	0.9820	0.4681	0.2653
หม้อไอน้ำ(n= 14)	0.0315	0.3468	0.1456	0.0920
ไฟฟ้าผลิต(n= 2)	0.0958	0.2808	0.1883	0.1308
ทำไส้ ต้ม รีไฟน์(n= 6)	0.0935	1.0096	0.3360	0.3468
หม้อเคี้ยว(n= 7)	0.1240	0.6169	0.3124	0.1777
หม้อปั่น(n= 5)	0.0635	0.3596	0.1793	0.1087
ซ่อมบำรุง(n= 12)	0.0315	0.6614	0.2150	0.1619
ไฟฟ้า(n= 4)	0.0309	0.2210	0.0857	0.0911
พื้นที่สำนักงาน				
สำนักงาน (n=40)	0.0629	0.0982	0.0680	0.0124

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านหน้าที่การงาน และพฤติกรรมป้องกันตนเองกับการเสื่อมสมรรถภาพปอด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน(P-value > 0.05) สำหรับความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจพบว่าดัชนีมวลกาย, การสูบบุหรี่, ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีต, ประวัติการทำงานในอดีตที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น ไอร์เรเยและสารเคมี มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) (ตารางที่ 4) โดยเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี มีโอกาสที่จะมีการเสื่อมสมรรถภาพปอด 0.413 เท่า ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี(ตารางที่ 5) และ BMI(น้ำหนักเกินมาตรฐาน), การสูบบุหรี่ ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีตมีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ 3.33 เท่า ของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ 0.32 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการทำงานเชื่อมในอดีตมีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ 1.44 เท่า ของผู้ที่ไม่ประวัติดังกล่าว (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการระบบทางเดินหายใจ

ปัจจัยที่ศึกษา	อาการระบบทางเดินหายใจ		Chi-Square	Degree of freedom	P-value		
	ปกติ	ผิดปกติ					
ดัชนีมวลกาย							
น้อย	2(50%)	2(50%)			*0.020		
ปกติ	30(76.9%)	9(23.1%)					
น้ำหนักเกิน	27(50%)	27(50%)					
การสูบบุหรี่							
ไม่เคยสูบบุหรี่	38(73.1%)	14(26.9%)	7.062	1	0.012		
มีประวัติการสูบบุหรี่	21(46.7%)	24(53.3%)					
สูบบุหรี่/ปัจจุบัน							
ยังสูบบุหรี่อยู่							
ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีต							
เคย	1(11.1%)	8(88.9%)			*0.002		
ไม่เคย	58(65.9%)	30(34.1%)					
ประวัติการทำงานในอดีตเกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง ไอระเหยหรือสารเคมี							
เคย	1(16.7%)	5(83.3%)			*0.033		
ไม่เคย	58(63.7%)	33(36.3%)					

* fisher's exact test

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเสื่อมสภาพปอด

Multivariate Analysis			
ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95% CI	P-value
อายุ(ปี)			
<35	1.000		
≥35	0.413	1.041-5.636	0.040

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์พหุตัวแปรระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการระบบทางเดินหายใจ

ปัจจัยที่ศึกษา	Multivariate Analysis		
	OR	95% CI	P-value
ดัชนีมวลกาย			0.034
-ปกติ	1.000		
-น้อย	3.333	0.410-27.132	0.260
-น้ำหนักเกิน	3.333	1.333-8.333	0.010
การสูบบุหรี่			
สูบบุหรี่	0.322	0.138-0.752	0.009
ไม่สูบบุหรี่	1.00		
ประวัติการทำงานในอดีต			
งานเชื่อม			
เคยทำ	0.065	0.008-0.541	0.012
ไม่เคยทำ	1.00		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานโรงงานน้ำตาล พบได้ทั้ง 4 อาการ ได้แก่ อาการไอ มีเสมหะ หายใจมีเสียงวี๊ดและ อาการหายใจลำบาก โดยพบว่าอาการมีเสมหะมีความชุกมากที่สุด(ร้อยละ 28.9) ซึ่งอาการระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมการทำงาน เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับประวัติการทำงานเชื่อมในอดีตและประวัติการทำงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น ไอระเหยและสารเคมีซึ่งอาการระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khan AR และคณะที่ทำการศึกษาศาณคัมซึ่งอาการระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khan AR และคณะที่ทำการศึกษาความชุกของโรคระบบทางเดินหายใจในโรงงานน้ำตาลและเตาเผาอิฐในปากีสถาน พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน อาการไอ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืดในกลุ่มตัวอย่างทั้งในโรงงานน้ำตาลและเตาเผาอิฐ

สำหรับผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดพบพนักงานโรงงานน้ำตาล ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพปอดปกติ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถภาพปอดผิดปกติ พบความผิดปกติชนิดปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (Restrictive abnormality)และความผิดปกติชนิดที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจในปอด (Obstructive abnormality) โดยไม่พบความผิดปกติแบบผสม(Mixed abnormality) ซึ่งพบว่าความผิดปกติชนิดปอดขยายตัวไม่เต็มที่ (Restrictive abnormality)มีความชุกมากที่สุด(ร้อยละ 43.29)ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาวรีย์ คมพยัคฆ์, 2555 ซึ่งพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีสมรรถภาพปอดปกติ สำหรับในกลุ่มที่พบความผิดปกติ พบสมรรถภาพปอดชนิดปอด

ขยายตัวไม่เต็มที (Restrictive abnormality) มีความชุกมากที่สุด และไม่พบความผิดปกติแบบผสม (Mixed abnormality) ในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ Nitin S Nikhade and Panchsheel Sharma, 2012 ที่ทำการศึกษาในกลุ่มคนงานที่สัมผัสกับขานอ้อยพบว่าความชุกของความผิดปกติของสมรรถภาพปอดชนิดที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจในปอด (Obstructive abnormality) พบมากที่สุด (ร้อยละ 21.43) รองลงมาได้แก่ความผิดปกติชนิดปอดขยายตัวไม่เต็มที (Restrictive abnormality) และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของสมรรถภาพปอดแบบผสม (Mixed abnormality) อีกด้วย ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยความแตกต่างของปัจจัยหลายประการ ทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการรับสัมผัส ความแตกต่างของวิธีการตรวจวัดสมรรถภาพปอด เช่น เครื่องมือ หรือวิธีการเก็บตัวอย่างและการแปลผล เป็นต้น

สำหรับปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนที่ตรวจวัดได้พบว่ามีค่าไม่เกินที่กฎหมายกำหนดทั้งกฎหมายของประเทศไทย, OSHA (5 mg/m³) และ ACGIH (3 mg/m³) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาวรีย์ คมพยัคฆ์, 2555 ที่ทำการศึกษาปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนในโรงงานน้ำตาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่าระดับความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนไม่เกินค่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนดในทุกพื้นที่การทำงาน

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเสื่อมสมรรถภาพปอด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (P-value > 0.05) และความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจพบว่าดัชนีมวลกาย, การสูบบุหรี่, ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีต, ประวัติการทำงานในอดีตที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น ไอร์เรเยและสารเคมี มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่าอายุมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเสื่อมสมรรถภาพปอดและ BMI (น้ำหนักเกินมาตรฐาน), การสูบบุหรี่ ประวัติการทำงานเชื่อมในอดีตมีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนในโรงงานน้ำตาลของพนักงาน ทั้งในด้านของการควบคุมทางด้านวิศวกรรมเพื่อไม่ให้ฝุ่นละอองจากแหล่งกำเนิดออกมาสู่บรรยากาศการทำงาน เช่น การจัดระบบการระบายอากาศเฉพาะที่และการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับพนักงาน ได้แก่ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงงานน้ำตาล แห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ที่ท่านให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณพนักงานโรงงานน้ำตาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ท่านสละเวลามาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.สรุปสถานการณ์ตลาดน้ำตาลโลก เดือนมีนาคม 2556.[อินเทอร์เน็ต].2556[เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2558].เข้าถึงได้จาก<http://www.ocsb.go.th/th>
- 2.บทสรุปสำหรับผู้บริหารยุทธศาสตร์การวิจัยประเด็นด้านอ้อยและน้ำตาลทราย (พ.ศ. 2556-2559). [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kmutt.ac.th/rippc/nrct59/44s20.pdf>
- 3.นิตยา กานต์ กันตร์พีเกสร.สถานภาพการผลิตพลังงานไฟฟ้าในโรงงานอุตสาหกรรม [Internet].2015[cited 2015 May 11].Available from : <http://webkc.dede.go.th>
- 4.Khan AR, IqbalU, ParveenN, Ahmad F, KhanAM,HussainS.Brick Kilns And Sugar Mill: Severe Environmental Health Hazards Cause Respiratory Diseases in Tehsil Darya Khan, District Bhakkar,Punjab, Pakistan. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences.2015;5(3):31-38.
- 5.ณรงค์พันธ์ อนุธรมย์.มลพิษทางอากาศและองค์ประกอบทางเคมีของอนุภาคฝุ่นขนาดเล็กในอากาศ.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่;2557.
- 6.ZhangY,etal.Short-Term Effects of Fine Particulate Matter and temperature on Lung Functionamong Healthy College Students in Wuhan, China. International Journal of Environmental Research and Public Health.2015;12:7777-7793.
- 7.LugoMC,AguilarMR,PadillaRP,MartínezRS,VenegasAR,VillarrealAB.effect of personal exposure to PM2.5 on respiratory health in a Mexican panel of patients with COPD. International journal of environmental research and public health. 2015;12:10635-10647.
- 8.สุปราณี ผลชีวิน.โรคปอดจากงานอาชีพ.กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2536.
- 9.ประพาฬ ยงใจยุทธและคณะ.โรคระบบการหายใจ.กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
- 10.สัมมน โฉมฉาย.การเจ็บป่วยจากการสูดดมสารพิษ.Srinagarind Med J 2011;26:80-4.

- 11.กัญฐิกา ถิ่นทิพย์,สุชาดา มีศรี, แสงโถม ศิริพานิช.โรคปอดจากการประกอบอาชีพ(Occupational lung diseases).สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2555. นนทบุรี : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม;2555.
- 12.แสงโถม ศิริพานิช, พรณนภา เหมือนผึ้ง, สมาน สยมภูจินันท์.สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมพ.ศ. 2546-2552ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแบบเชิงรับ. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ 2554;14:209-10
- 13.GasconM, Kromhout H, Heederik D, Eduard W,JoodeBvWd. Respiratory allergy and eye problems inbagasse-exposed sugar cane workers in Costa Rica.Occup Environ Med 2012;1-8
- 14.สุภาพร ธารเปี่ยม, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์,วันเพ็ญ ทรงคำ.สมรรถภาพการได้ยินและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงในคนงานโรงงานผลิตน้ำตาลทราย.พยาบาลสาร 2550;4 :70-81.
- 15.Nayakawadi SA. Effect of occupational hazards on haematologicalparameters of canesugarmanufacturingemployees.Indian journal of applied research 2014; 4 :537-39
- 16.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข,คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2551.
- 17.AsadR,JubeenS,Iqbal S. Effect of industrial environment on health status of worker. A Case of noon sugar mill bhalwal. Academic Research International Social Sciences and Humanities Part-I 2013;4 :215-22.
- 18.NikhadeNS,SharmaP. A study of pulmonary function test in workers of sugar factory Pravaranagar, Maharashtra. International Journal of Medical Research and Health Sciences 2013;4:52-58
- 19.ปาวรีย์ คมพยัคฆ์.การศึกษาเปรียบเทียบความเข้มข้นฝุ่นกับการเสื่อมสมรรถภาพปอดในกลุ่มคนงานโรงงานน้ำตาล[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555
- 20.ภัทธีรา ม้วนจั่น, อิศรทัต พึ่งอ้น, สิริพร จักรวาลพิทักษ์,นิตยา บุญปริตร.รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่องผลกระทบของควั่นละอองโลหะจากการเชื่อมต่อระบบทางเดินหายใจของช่างเชื่อม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี;2554.