



รายงานสืบเนื่อง PROCEEDINGS

การประชุมวิชาการระดับชาติ
คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ครั้งที่ 3

“นวัตกรรมสุขภาพ การสร้างสุขภาวะและความปลอดภัยอย่างยั่งยืน”
Health Innovation Pathway: Establishing Sustainable Wellbeing and Safety

วันที่ 1 มิถุนายน 2568

รายงานสืบเนื่อง
การประชุมวิชาการระดับชาติ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ครั้งที่ 3
“นวัตกรรมสุขภาพ การสร้างสุขภาวะและความปลอดภัยอย่างยั่งยืน”

วันที่ 1 มิถุนายน 2568
รูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom Meeting

จัดโดย
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายร่วมกับสภาการสาธารณสุขชุมชน
และภาคีเครือข่าย

สารจากคณะกรรมการจัดงาน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย มุ่งพัฒนาการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งงานวิจัยถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการเรียนการสอน และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่สามารถบูรณาการไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในด้านต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เราค้นพบนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอนาคต โดยเฉพาะงานวิจัยที่มาจากความตั้งใจจริงจะสามารถเป็นแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กรหรือประเทศได้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานการวิจัยรวมถึงองค์ความรู้ ถือเป็นอีกหนึ่งภารกิจสำคัญที่จะช่วยให้องค์ความรู้ใหม่ๆ ได้รับการต่อยอดจนสามารถตอบโจทย์การพัฒนาประเทศอย่างเหมาะสม

การประชุมวิชาการระดับชาติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมสุขภาพ การสร้างสุขภาวะและความปลอดภัยอย่างยั่งยืน” จัดขึ้นในวันที่ 1 มิถุนายน 2568 ในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM มีวัตถุประสงค์คือเป็นเวทีแลกเปลี่ยนผลงานวิจัย นวัตกรรม ความรู้ และประสบการณ์ ของคณาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน โดยในการประชุมครั้งนี้มีประเด็นการนำเสนอบทความวิจัย คือ ด้านสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การให้บริการทางการแพทย์ โภชนาการ ระบาดวิทยา การพัฒนานามัย ชุมชน ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น อาชีวเวชศาสตร์ สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและสิ่งแวดล้อม การยศาสตร์ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การนำเสนอผลงานในครั้งนี้เป็นการนำเสนอภาคบรรยาย (Oral Presentation) รวมทั้งสิ้น 33 ผลงาน

ทางคณะกรรมการจัดงานประชุมวิชาการในครั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมประชุมและผู้สนใจทุกท่าน โดยการนำเอาองค์ความรู้และประสบการณ์จากการประชุมครั้งนี้ไปต่อยอด และพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม หรือบูรณาการกับการเรียนการสอนในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเอง องค์กร และประเทศชาติต่อไป

คณะกรรมการผู้จัดงานประชุมวิชาการ



คณะกรรมการดำเนินงาน

คณะกรรมการอำนวยการ

1. อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย	ประธานกรรมการ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์ ตัวนนคร	กรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จำรัส กลิ่นหนู	กรรมการ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวัน พรหมใจสา	กรรมการ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทัศน์ คล้ายสุวรรณ	กรรมการ
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลีตระกูล	กรรมการ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยิ่งศักดิ์ เพชรนิล	กรรมการ
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลนภา จุลสุทธิ	กรรมการ
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูริพัฒน์ แก้วศรี	กรรมการ
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนันต์ แก้วตาดีบ	กรรมการ
11. อาจารย์ ดร.ณัฐพล สันธิ	กรรมการ
12. คณบดีทุกคณะ/วิทยาลัย	กรรมการ
13. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	กรรมการ
14. คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	กรรมการและเลขานุการ
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุสรรา บุญจิตร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสวรรณอินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	ประธานกรรมการ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล	รองประธานกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิณภูมิณีย์ จิตคำ	รองประธานกรรมการ
4. อาจารย์วิพรรดิ พูลลาภ	รองประธานกรรมการ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ	กรรมการ
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรดา สมกำลัง	กรรมการ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เมืองมูล	กรรมการ
8. อาจารย์วราวุธ พันธวงศ์	กรรมการ
9. อาจารย์พัทธนิษฐ์ คำธาร	กรรมการ
10. อาจารย์อารีย์ จอแย	กรรมการ
11. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์	กรรมการ
12. อาจารย์วรัญญา มณีรัตน์	กรรมการ
13. อาจารย์ธนพนธ์ คำเที่ยง	กรรมการ
14. อาจารย์สันห์พิชญ์ พิมูลชาติ	กรรมการ



15. อาจารย์วิมลฉณี เมฆคำ	กรรมการ
16. อาจารย์นุชกานต์ สว่าง	กรรมการ
17. นางสาวนพพรณ วงศ์คำมูล	กรรมการ
18. นางสาวไพรินทร์ ตามสมัย	กรรมการ
19. นางสาวอรทัย กองหล้า	กรรมการ
20. นางสาวยุวลักษณ์ ภาษิตวิไลธรรม	กรรมการ
21. นางสาวปิยะภรณ์ เตมีศักดิ์	กรรมการ
22. นางสาววิภา ภูคำ	กรรมการ
23. นายวสันต์ ยารังษี	กรรมการ
24. นายกฤษดา ไทรงามสุข	กรรมการ
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุสรุ บุญจิต	กรรมการและเลขานุการ
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสุวรรณอินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
27. อาจารย์มณีนรัตน์ สนวนม่วง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
28. อาจารย์วารุณี พันธวงศ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
29. อาจารย์สายฝน สุภาศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการจัดทำเอกสารและรับลงทะเบียน

1. อาจารย์พัทธนิษฐ์ คำธาร	ประธานกรรมการ
2. อาจารย์มณีนรัตน์ สนวนม่วง	รองประธานกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เมืองมูล	กรรมการ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสุวรรณอินทร์	กรรมการ
5. นางสาวยุวลักษณ์ ภาษิตวิไลธรรม	กรรมการและเลขานุการ
6. นางสาวปิยะภรณ์ เตมีศักดิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
7. นายกฤษดา ไทรงามสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการฝ่ายการเงิน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสุวรรณอินทร์	ประธานกรรมการ
2. นางสาวนพพรณ วงศ์คำมูล	รองประธานกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุสรุ บุญจิต	กรรมการ
4. อาจารย์วารุณี พันธวงศ์	กรรมการ
5. อาจารย์มณีนรัตน์ สนวนม่วง	กรรมการ
6. นางสาวไพรินทร์ ตามสมัย	กรรมการและเลขานุการ
7. นางสาวอรทัย กองหล้า	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



คณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์และลงทะเบียน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรา สมกำลัง	ประธานกรรมการ
2. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์	รองประธานกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิณฐิณี จิตคำ	กรรมการ
4. อาจารย์อารีย์ จอแฉะ	กรรมการ
5. อาจารย์สันทิพิชญ์ พิมลชาติ	กรรมการ
6. นางสาวยุวลักษณ์ ภาษิตวิไลธรรม	กรรมการ
7. นายกฤษดา ไทรงามสุข	กรรมการและเลขานุการ
8. อาจารย์วรัญญา มณีรัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการฝ่ายพิธีการ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล	ประธานกรรมการ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุสรุ บุญจิตร	รองประธานกรรมการ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิณฐิณี จิตคำ	กรรมการ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ	กรรมการ
5. อาจารย์พัทธนิษฐ์ คำธาร	กรรมการ
6. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์	กรรมการ
7. อาจารย์ธณพนธ์ คำเที่ยง	กรรมการ
8. อาจารย์วิมลฉวี เมฆขำ	กรรมการ
9. อาจารย์นุชกานต์ สว่าง	กรรมการ
10. นางสาววรัญญา ปูกำ	กรรมการ
11. นางสาวอรทัย กองหล้า	กรรมการ
12. นายเกรียงไกร กันทะนะ	กรรมการ
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์	กรรมการและเลขานุการ
14. อาจารย์สายฝน สุภาศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการฝ่ายอาคารสถานที่/โสตทัศนูปกรณ์

1. อาจารย์วิพรดิ พูลลาภ	ประธานกรรมการ
2. อาจารย์อารีย์ จอแฉะ	รองประธานกรรมการ
3. อาจารย์สันทิพิชญ์ พิมลชาติ	กรรมการ
4. นายวสันต์ ยารังษี	กรรมการ
5. นายธีรณัย ตันติเกียรติเจริญ	กรรมการ
6. นายพรพจน์ ศรีพรหม	กรรมการ
7. นายเอกนรินทร์ สุรินทอง	กรรมการ
8. นายรังสี ทองดีสุนทร	กรรมการ



9. นายมवलชน เตวียะ	กรรมการ
10. นายธนา แปงคำ	กรรมการ
11. นายเรวัฒน์ รอดเอียด	กรรมการ
12. นางสาวอรทัย กองหล้า	กรรมการและเลขานุการ
13. นายกฤษดา ไทรงามสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการฝ่ายประเมินผล

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เมืองมูล	ประธานกรรมการ
2. อาจารย์สันห์พิชญ์ พิมูลชาติ	รองประธานกรรมการ
3. อาจารย์วารุณี พันธวงศ์	กรรมการ
4. นางสาววรัฏฐา ปูก่า	กรรมการ
5. นางสาวยุวลักษณ์ ภาษิตวิไลธรรม	กรรมการ
6. นางสาวไพรินทร์ ตามสมัย	กรรมการ
7. นายกฤษดา ไทรงามสุข	กรรมการและเลขานุการ



คณะกรรมการพิจารณาบทความ

1. ศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจเตี้ย	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
5. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
6. รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
7. รองศาสตราจารย์ ดร.โสเมศิริ เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา ศรีเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. ดร.กิงแก้ว สำรวรเนิน	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกภพ จันทร์สุคนธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทัย ปานเพชร	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุดา มาทา	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัจฉริยา คำยัง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิรณัฐ วรโธสง	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ จำปาจันทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนภูมิณี จิตคำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรดา สมกำลัง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิธร สุขจิตต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชิสัพพัชร์ ชูทอง	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิณัฐ อินทร์แป้น	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชชฎาภร พิศมร	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยกฤต ยกพลชนชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเลี้ยง สุพิมพ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุสรรา บุญจิตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
37. อาจารย์ ดร.สุวิสา ปั่นแห้ง	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
38. อาจารย์ ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
39. อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
40. อาจารย์ ดร.รุ่งกานต์ อินทวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
41. อาจารย์ ดร.จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
42. อาจารย์ ดร.ภัทรกร เจริญบุตร	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
43. อาจารย์ ดร.ดวงดาว สุดาทิพย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
44. อาจารย์ ดร.กรวิกา ทหาระสาร	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
45. อาจารย์ ดร.ฉัตรศิริ วิภาวิน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
46. อาจารย์ ดร.มูจลินท์ แปงศิริ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
47. อาจารย์ ดร.วิทญา ตันอารีย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
48. อาจารย์ ดร.สุภาพร เมฆสวี่	มหาวิทยาลัยทักษิณ
49. อาจารย์ ดร.ธนาวัฒน์ รักกมล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
50. อาจารย์ ดร.ปทุมพร ประสาททอง	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
51. อาจารย์สุชา นุ่มเกลี้ยง	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
52. อาจารย์อนันต์ สุนิราช	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
53. อาจารย์กนกพิชญ์ ศรีนอก	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
54. อาจารย์วิพรดี พูลลาภ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
55. อาจารย์พัทธนิษฐ์ คำธาร	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
56. อาจารย์อารีย์ จอแย	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
57. อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
58. อาจารย์วรัญญา มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
59. อาจารย์วารุณี พันธวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
60. อาจารย์ธนพนธ์ คำเที่ยง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
61. อาจารย์มณีรัตน์ สอนม่วง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
62. อาจารย์สายฝน สุภาศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
63. อาจารย์นุชกานต์ สว่าง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
64. อาจารย์วิมลมณี เมฆขำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
65. อาจารย์สันทพิชญ์ พิมูลชาติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
66. อาจารย์ภัทรนัย ไชยพรม	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
67. ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
68. คุณรัชณี มณีจันทร์	สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเชียงราย
69. คุณจิตเจียรไน สุชัยรัตน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
70. คุณอุไรวรรณ ชัยมินทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
71. คุณวิสูตร เสน่หา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย



- 72. คุณรัชนก คำอ้ายอาจ
- 73. คุณทวีวัฒน์ วุฒิสาร
- 74. คุณอนุพงศ์ พูลพร

สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเชียงราย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย



กำหนดการงานประชุมวิชาการ

เวลา 08.30 – 09.00 น.	ลงทะเบียน โดยการเข้าระบบออนไลน์
เวลา 09.00 – 09.45 น.	พิธีเปิด กล่าวรายงานโดย รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย กล่าวเปิด โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัชัย มุ่งไธสง อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เปิดวีดิทัศน์ แนะนำมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และแนะนำคณะสาธารณสุขศาสตร์
เวลา 09.45 – 10.45 น.	ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “นวัตกรรมสุขภาพ เพื่อการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน
เวลา 10.45 – 12.00 น.	ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “นวัตกรรมสุขภาพ เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน” โดย ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เวลา 12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00 – 16.00 น.	นำเสนอผลงานวิจัยภาคบรรยาย
เวลา 16.00 – 17.00 น.	ประกาศผลผู้นำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยม และปิดการประชุมวิชาการวิจัยระดับชาติคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ครั้งที่ 3



กำหนดการการนำเสนองานวิจัย

ห้องนำเสนอด้านสาธารณสุขศาสตร์ การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

พิธีกร อาจารย์นุชกานต์ สว่าง
ประธานกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล
กรรมการ รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี
กรรมการ รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์

ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
1	OHS_001 13.00–13.20น.	การเปรียบเทียบความสบาย และความพึงพอใจระหว่าง หมอนที่ออกแบบตามหลักการยศาสตร์เฉพาะบุคคล และ หมอนมาตรฐาน ในบุคคลสุขภาพดี THE COMPARISON OF COMFORT AND PREFERENCES BETWEEN USING ERGONOMIC CUSTOMIZED PILLOWS AND STANDARD PILLOWS IN HEALTHY INDIVIDUALS	ศลิษา มุขศรี เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์ Katsuhiko Furukawa
2	OHS_002 13.20-13.40 น.	การประเมินสิ่งคุกคามทางสุขภาพและปัญหาด้านอาชีว อนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานเกษตรกรรมของ แรงงานสูงอายุ ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย AN ASSESSMENT OF HEALTH HAZARDS AND OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PROBLEM FROM AGRICULTURAL WORK AMONG ELDERLY WORKERS IN MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	มนีรัตน์ สนวนม่ง พัทธนิษฐ์ คำธาร อารีย์ จอแย
3	OHS_003 13.40-14.00 น.	การพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของ บุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนา เด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE DEVELOPMENT OF OPERATIONAL SAFETY CAPABILITIES OF PERSONNEL AND SAFETY MANAGEMENT SYSTEMS OF CHILD DEVELOPMENT CENTERS UNDER OF LOCAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS IN THE MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI	สัณห์พิชญ์ พิมูลชาติ ธนพนธ์ คำเที่ยง กาญจนา ปินตาคำ วุฒิชัย ทาลำ วารุณี พันธวงศ์



ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
4	OHS_004 14.00-14.20 น.	รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยอาชีวนามัย ในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย MODELS OF HEALTH CARE AND OCCUPATIONAL SAFETY AMONG INFORMAL WORKERS IN AGRICULTURAL OCCUPATIONS IN SPECIAL ECONOMIC ZONES CHIANG RAI PROVINCE	วารุณี พันธวงศ์ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ กาญจนา ปินตาคำ ธนพนธ์ คำเที่ยง สัณห์พิชญ์ พิมูลชาติ
5	EHM_001 14.20-14.40 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย ในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา อำเภอ เมือง จังหวัดอุดรธานี FACTORS ASSOCIATED WITH FALLS IN OLDER ADULTS WITH MILD KNEE OSTEOARTHRITIS IN BAN CHAI KHAO SUB-DISTRICT HOSPITAL MUEANG DISTRICT, UTTARADIT PROVINCE, THAILAND	ชนากร ธนวัฒน์ จงรัก ดวงทอง เกตนันสิรี ชันธุ์คุปต์ เบญจมาศ เสาเกิด ปรเมศวร์ เพชรมาศ สุภัทร คำมิ่ง



ห้องนำเสนอนักศึกษาห้องที่ 1

พิธีกร	อาจารย์พัทธนิษฐ์ คำธาร
ประธานกรรมการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ
กรรมการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิรณัฐ วรโสง
กรรมการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชฎาภกร พิศมร

ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
1	STU_001 13.00-13.20 น.	พฤติกรรมกำบังโรครัดเลือดออกของคณวัยทำงาน ช่วงอายุ 15-59 ปี หมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอ พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ Dengue Fever Preventive Behavior Among Working-Age Individuals Aged 15–59 Years in Village No. 2, Noen Makok Subdistrict, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province	กนกวรรณ พรหมภา กุสุมา ยงค์เกตุกิจ พรพพชา วาริสุทธิ อารีญา เก่งเขตวิทย์ เจนจิรา เล็กอุทัย อรุณวดี ทองบุญ และนริศรา ชาญณรงค์
2	STU_008 13.20-13.40 น.	การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัยของประชาชน ในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE STUDY OF FACTORS RELATED TO PHYSICAL HEALTH AND MENTAL HEALTH CONDITIONS FOLLOWING FLOODING IN THE POPULATION OF MOO 2, BAN RUAM MIT, MAE YAO SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	กลมวรรณ ราชเมืองแก้ว ภาวิกา อีระพิจิตร อารีรัตน์ วิรัตน์เกษม พัชรินทร์ วินยางค์กุล เนตรา สมกำลัง วิมลณิ เมฆขำ
3	STU_012 13.40-14.00 น.	การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัย กลางคนในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE PREPARATION FOR ENTERING THE ELDERLY AGE OF MIDDLE-AGED ADULTS IN NANG LAE SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	อริศรา อุดมพันธ์ สายฝน สุภาศรี รวีพรดี พูลลาภ วรัญญา มณีรัตน์
4	STU_014 14.00-14.20 น.	ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนใน เขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE GENERAL HEALTH STATUS OF OLDER ADULTS WHO USE SMARTPHONES LIVING IN MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	ธัญชนก ปันแก้ว สุพธิตา ปาละภา อนัญญา อยู่สวัสดิ์ รวีพรดี พูลลาภ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์



ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
5	STU_017 14.20-14.40 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนาในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย Factors Associated with Rice Farmers' Attitudes Toward Chemical Use in Rice Farming in Mae O Subdistrict, Phan District, Chiang Rai Province	ศรัณยา คำน้อย วารุณี พันธวงศ์ พัทธนิษฐ์ คำธาร มณีนรัตน์ สานม่วง อารีย์ จอแย
6	STU_018 14.40-15.00 น.	ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวนาลำไย ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย THE RELATIONSHIP BETWEEN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY RISKS AND SELF-PROTECTION BEHAVIOR OF LONGAN FARMERS IN MAE TAM SUBDISTRICT, PHAYA MENGRAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ณัฐริกา ศรีอำคา อารีย์ จอแย ธนพนธ์ คำเที่ยง กาญจนา ปินตาคำ วารุณี พันธวงศ์
7	STU_023 15.00-15.20 น.	การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ HEALTH RISK ASSESSMENT OF EXPOSURE TO RESPIRABLE DUST AMONG GARMENT FACTORY WORKERS IN NAKHON SAWAN PROVINCE	มลศิกานต์ ฉุยฉาย จุฬาลักษณ์ สิทธิกรรม เพชรรัตน์ ภรรยาทอง กนกวรรณ อาจแก้ว



ห้องนำเสนอนักศึกษาห้องที่ 2

พิธีกร อาจารย์สายฝน สุภาศรี
ประธานกรรมการ อาจารย์รวีพรดิ พูลลาภ
กรรมการ อาจารย์ ดร.กรวิภา ทหาระสาร
กรรมการ อาจารย์ ดร.ฉัตรศิริ วิภาวิน

ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
1	STU_002 13.00 - 13.20น.	พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุบ้านวงศ์ มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ RISK BEHAVIORS OF CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG THE ELDERLY IN BAN WONGMAHAPHROM, PHUYUHA SUBDISTRICT, PHUYUHA KHIRI DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE	วรรณวิษา เทียงธรรม จิรารัตน์ อินทร์งาม นภัสชา คล้ายโต ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ พิมพ์รา ทองแสง นริศรา ชาญณรงค์
2	STU_011 13.20 - 13.40น.	ความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย ของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงราย KNOWLEDGE ATTITUDES AND WASTE SEPARATION BEHAVIOR OF RESIDENTS IN BAN DONG CHAROEN COMMUNITY, MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	พิชชาพร ขระเชื่อน ปทุมทิพย์ เทิดพุทธคุณ พรทิพา ยานะสุทธิ เมธาวี แสนขัติ พินัญญิณีย์ จิตคำ พัชรินทร์ วินยางค์กุล อนุสรรา บุญจิตร
3	STU_015 13.40 - 14.00น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูล ฝอยในครัวเรือนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอ เมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย FACTORS RELATED TO HOUSEHOLD WASTE MANAGEMENT BEHAVIOR IN BAN PA OR, VILLAGE NO. 5, MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG CHIANG RAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ศุภิสรา เมืองอินทร์ จันทร์นภา ปิยพัทธ์อุดม ดวงวิภา ผาณิตนิภา เมธาวี บุตรพรม พินัญญิณีย์ จิตคำ เนตรรา สมกำลัง จุฑามาศ เมืองมูล



ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
4	STU_016 14.00-14.20 น.	ภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย HEALTH STATUS AND SOCIAL PARTICIPATION OF OLDER ADULTS IN NANG LAE SUBDISTRICT MUNICIPALITY, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	จิรศิรินทร์ กำไรสิน สุพธิกานต์ สมทะนะ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ สายฝน สุภาศรี รวิพรรณ พิุลลาภ อนัญญา อยู่สวัสดิ์
5	STU_019 14.20-14.40 น.	ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้าน ความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ในเขตพื้นที่ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย PERSONAL FACTORS RELATED TO SAFETY IMPACTS IN THE CONSTRUCTION OF DOUBLE- TRACK RAILWAYS IN PA DAET DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	นลินรัตน์ มะโนรัตน์ วารุณี พันธวงศ์ สัณห์พิชญ์ พิมูลชาติ ธนพนธ์ คำเที่ยง
6	STU_020 15.00-15.20 น.	ความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานใน เกษตรกรรมกรีดยางพารา ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียง เชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย THE PREVALENCE OF WORK-RELATED MUSCLE INJURIES AMONG RUBBER TAPPER FARMERS IN DONG MAHA WAN SUBDISTRICT, WIANG CHIANG RUNG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ชาวลินี นัยติบ มณีนรัตน์ สานม่วง กาญจนา ปินตาคำ สัณห์พิชญ์ พิมูลชาติ
7	STU_025 15.20-15.40 น.	การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานและความเสี่ยง ทางการยศาสตร์ ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้า แห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี ASSESSMENT OF WORKPLACE HAZARDS AND ERGONOMIC RISKS AMONG SHOE SEWING FACTORY WORKERS IN UTHAI THANI PROVINCE	ณัฐนันท์ สนพะเดิม พรรณธิวา แสงดานุช ศศิณิกา ทองเสริฐ ภรณ์นิภา ไตคุ กนกวรรณ อาจแก้ว



ห้องนำเสนอนักศึกษาห้องที่ 3

พิธีกร อาจารย์วิมลฉณี เมฆคำ
ประธานกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินิจภูมิณีย์ จิตคำ
กรรมการ รองศาสตราจารย์ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์
กรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์

ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
1	STU_003 13.00-13.20 น.	ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ใน ผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ FACTORS AFFECTING INFLUENZA PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY IN LAT YAO SUBDISTRICT, LAT YAO DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE	กวิณทรา ยอดสุทธิ คุณัญญา แร่ถ่าย ปิยนันท์ สีสังชุม ภัทรพร พุ่มทอง ปทุมพร ประสาททอง นริศรา ชาญณรงค์
2	STU_021 13.20-13.40 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแสงสว่าง ภายในห้องเรียน ของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย FACTORS ASSOCIATED WITH THE LEVEL OF LIGHT INTENSITY IN THE CLASSROOMS OF SCHOOLS IN THE CHIANG RAI PRIMARY EDUCATIONAL SERVICE AREA OFFICE 2, PA DAET DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ชศิรินทร์ พุทธา พัทธนิษฐ์ คำธาร กาญจนา ปินตาคำ อารีย์ จอแย มณีนรัตน์ สานม่วง
3	STU_022 13.40-14.00 น.	บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงราย THE ROLE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHVS) IN PROMOTING THE HEALTH OF THE ELDERLY, NANG LAE SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT CHIANG RAI PROVINCE	วริษา บุญมา ภูเมธ ภูธนาเรืองกิจ วรวิญญา มณีนรัตน์ รวีพรดิ พูลลาภ
4	STU_024 14.00-14.20 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการ ทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืน อ. เมือง จ.เชียงราย FACTORS ASSOCIATED WITH JOB STRESS AMONG NIGHTLIFE ESTABLISHMENTS SERVICE EMPLOYEES IN MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	กุลลณัฐ พันธ์ไธสงค์ ธนพนธ์ คำเที่ยง สัณห์พิชญ์ พิมูลชาติ พัทธนิษฐ์ คำธาร



ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
5	STU_026 14.20-14.40 น.	พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย RELATIONSHIP BETWEEN PESTICIDE USE BEHAVIOR AND HEALTH EFFECTS AMONG FARMERS IN MAE YAO, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI	ชุดารัก คำคำ สุปริญญา สีเทียวไทย ศิริประภา หินเมืองเก่า จุฑามาศ เมืองมูล พินัญฉิณย์ จิตคำ นุชกานต์ สว่าง
6	STU_027 14.40-15.00 น.	การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE STUDY OF FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE IN MAE YAO SUBDISTRICT MUNICIPALITY, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ทานตะวัน ทานแก้ว จิราภา จันทรา พัชริดา ยศวงค์ จุฑามาศ เมืองมูล อนุสรณ์ บุญจิตร พัชรินทร์ วินยางค์กุล
7	STU_028 15.00-15.20 น.	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE RELATIONSHIP BETWEEN PUBLIC PERCEPTION AND EXPECTATIONS OF THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM IN MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	ภาณรินทร์ ทองคำ อรณิชา ลือไธสง ปิยะธิดา เข้มราช จุฑามาศ เมืองมูล พินัญฉิณย์ จิตคำ นุชกานต์ สว่าง



ห้องนำเสนอนักศึกษาห้องที่ 4

พิธีกร อาจารย์ธณพนธ์ คำเที่ยง
ประธานกรรมการ อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์
กรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยพงษ์ ชุมศรี
กรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย

ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
1	STU_004 13.00-13.20 น.	การจำลองการแพร่กระจายและผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียด้วยโปรแกรม ALOHA ในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่ม SIMULATION OF DIFFUSION AND LEAKAGE EFFECTS OF AMMONIA GAS WITH ALOHA PROGRAM IN THE BEVERAGE PRODUCTION INDUSTRY	วาสนา ปิ่นทอง อนุสรณ์ สืบสาย
2	STU_005 13.20-13.40 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน FACTORS RELATED TO THE PREVENTION AND MONITORING OF DENGUE FEVER OF BAN PHA BONG, BAN PHA BONG SUB-DISTRICT, MUANG DISTRICT, MAE HONG SON PROVINCE	ธัญวรัตน์ ธนะขว้าง ศิวาพร มหาทำนุโชค
3	STU_006 13.40-14.00 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก FACTORS RELATED TO STRESS AMONG FIRST-YEAR STUDENTS AT PIBULSONGKRAM RAJABHAT UNIVERSITY, PHITSANULOK PROVINCE	กิงแก้ว สำรวรรัตน์ เอกภพ จันทร์สุคนธ์ วิภาดา ศรีเจริญ หฤทัย ทับจัน ศิริรัตน์ พุกเนียม นิธิกรณ เพ็งอัน



ลำดับ	รหัส	ชื่อเรื่อง	รายชื่อ
4	STU_007 14.00-14.20 น.	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL PERCEPTION AND NUTRITIONAL CARE BEHAVIORS OF PARENTS FOR PRESCHOOL CHILDREN IN EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTERS, MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.	สายฝน แซ่ลี พงษ์นภา ช่างคำ โชติกา แซ่ย่าง สุญาดา แซ่หาญ วิมลฉวี เมฆคำ จุฑามาศ เมืองมูล เนตรรา สมกำลัง
5	STU_009 14.20-14.40 น.	การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย A STUDY OF FACTORS RELATED TO THE BEHAVIOR OF CONSUMING SWEET, FATTY, AND SALTY FOODS ACCORDING TO THE NUTRITIONAL PRINCIPLES OF THE PEOPLE, VILLAGE NO. 3, BAN HUAI SAI KHAO, MAE YAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	เจนจิรา อยู่ลี กัญญารัตน์ ลุงทุน กัญญาณัฐ ทำของดี เนตรรา สมกำลัง พัชรินทร์ วินยางค์กุล วิมลฉวี เมฆคำ
6	STU_010 14.40-15.00 น.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย FACTORS ASSOCIATED WITH BASIC VACCINATION UPTAKE FOR CHILDREN AGED 0 TO 5 YEARS AT MAE YAO SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	วิรพงศ์ สมคำ ศิรินทิพย์ เชาวนเกษม เอื้ออารีย์ ไชยชนะ จุฑามาศ เมืองมูล วิมลฉวี เมฆคำ อนุสรรา บุญจิตร
7	STU_013 15.00-15.20 น.	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE IN NANG LAE SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE	รวีพรดี พูลลาภ สายฝน สุภาศรี วรวิญญา มณีรัตน์ ฉัตรกัญญา ชัยสนธิ ขวัญชนก นันทาแสง



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารจากคณะกรรมการจัดงาน	i
คณะกรรมการดำเนินงาน	ii
คณะกรรมการพิจารณาบทความวิจัย	vi
กำหนดการงานประชุม	ix
กำหนดการการนำเสนองานวิจัย	x
สารบัญ	xx
OHS_001 การเปรียบเทียบความสบาย และความพึงพอใจระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์ เฉพาะบุคคล และหมอนมาตรฐาน ในบุคคลสุขภาพดี <i>ศลิษา มุขศรี, เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์, Katsuhiko Furukawa</i>	1
OHS_002 การประเมินสิ่งคุกคามทางสุขภาพและปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงาน เกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>มณีนรัตน์ สอนม่วง, พัทธนิษฐ์ คำธาร , อารีย์ จอแย, สมพร ทองดี</i>	13
OHS_003 การพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>สัณห์พิชญ์ ทุมลชาติ, ธนพนธ์ คำเที่ยง, กาญจนา ปินตาคำ, วุฒิชัย ตาลำ, วารุณี พันธวงศ์</i>	23
OHS_004 รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพ เกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย <i>วารุณี พันธวงศ์, ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, กาญจนา ปินตาคำ, ธนพนธ์ คำเที่ยง, สัณห์พิชญ์ ทุมลชาติ</i>	34
EHM_001 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหลั่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย ในเขตความ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี <i>ธนากร ธนวัฒน์, จงรัก ดวงทอง, เกตนัสรี ชันธุ์คุปต์, เบญจมาศ เส้าเกิด, ประเมศวร์ เพชรมาศ, สุภัทร คำมิ่ง</i>	44
STU_001 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี หมู่ที่ 2 ตำบลเนิน มะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ <i>กนกวรรณ พรหมภา, กุลมา ยงค์เกตุกิจ, พรรษา วาริสุทธิ, อารีญา เก่งเขตวิทย์, เจนจิรา เล็กอุทัย, อรุณวดี ทองบุญ, นริศรา ชาญณรงค์</i>	55
STU_002 พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ <i>วรรณวิษา เทียงธรรม, ธิรัตน์ อินทร์งาม, นภัสชา คล้ายโต, ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, พิมรา ทองแสง, นริศรา ชาญณรงค์</i>	69
STU_003 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ <i>กวิษฐา ยอดสุทธิ, คุณัญญา แร่ถ่าย, ปิยนันท์ สีสั่งชุม, ภัทรพร พุ่มทอง, ปทุมพร ประสาททอง, นริศรา ชาญณรงค์</i>	83
STU_004 การจำลองการแพร่กระจายและผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียด้วยโปรแกรม ALOHA ในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่ม <i>วาสนา ปันทอง, อนุสรณ์ สืบสาย</i>	95



เรื่อง	หน้า
STU_005 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ธัญวรรณ์ ธนะขำ, ศิวาพร มหาทำนุโชค	106
STU_006 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก กิ่งแก้ว สำรวรรณ, เอกภพ จันทร์สุนทร, วิภาดา ศรีเจริญ, หฤทัย ทับจัน, ศิริรัตน์ พุกเนียม, นิธิกรณ เพ็งอ้น	118
STU_007 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครอง ในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สายฝน แซ่ลี, พงษ์นภา ช่างคำ, โชติกา แซ่ย่าง, สุญาดา แซ่หาญ, วิมลฉวี เมฆคำ, จุฑามาศ เมืองมูล, เนตรา สมกำลัง	131
STU_008 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัย ของประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลมวรรณ ราชเมืองแก้ว, ภาวิกา อีระพิจิตร, อาริรัตน์ วิรัตน์เกษม, พชรินทร์ วินยางค์กุล, เนตรา สมกำลัง, วิมลฉวี เมฆคำ	144
STU_009 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลัก โภชนาการของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เจนจิรา อยู่ลี, กัญญารัตน์ ลุงทุน, กัญญาณัฐ ทำของดี, เนตรา สมกำลัง, พชรินทร์ วินยางค์กุล, วิมลฉวี เมฆคำ	153
STU_010 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย วีรพงศ์ สมคำ, ศรินทิพย์ เขาวนเกษม, เอื้ออารีย์ ไชยชนะ, จุฑามาศ เมืองมูล, วิมลฉวี เมฆคำ, อนุสรรา บุญจิตร	163
STU_011 ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พิชชาพร ชระเชื่อน, ปทุมทิพย์ เทิดพุทธคุณ, พรทิพา ยานะสุทธิ, เมธาวี แสนชาติ, พิณัญญิณี จิตคำ	173
STU_012 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อริศรา อุดมพันธ์, สายฝน สุภาศรี, รวิพรดิ พูลลาภ, วรัญญา มณีรัตน์	182
STU_013 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ฉาภัญญิณี ชัยสนิท, ขวัญชนก นันตาแสง, รวิพรดิ พูลลาภ, สายฝน สุภาศรี, วรัญญา มณีรัตน์	193
STU_014 ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ธัญชนก ปันแก้ว, สุทธิดา ปาละกา, อนุญญา อยู่สวัสดิ์, รวิพรดิ พูลลาภ, ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์	203
STU_015 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ศุภิสรา เมืองอินทร์, จันทรรณ ปิยพัทธ์อุดม, ดวงวิภา ผาณินนิภา, เมธาวี บุตรพรหม, พิณัญญิณี จิตคำ, เนตรา สมกำลัง, จุฑามาศ เมืองมูล	215
STU_016 ภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ธีรกรินทร์ กำไรสิน, สุทธิกานต์ สมทะนะ, สายฝน สุภาศรี, รวิพรดิ พูลลาภ, อนุญญา อยู่สวัสดิ์, ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์	224



เรื่อง	หน้า
STU_017 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ่อ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย <i>ศรัณยา คำน้อย, วารุณี พันธวงศ์, พัทธนิษฐ์ คำธาร, มณีนีรัตน์ สอนม่วง, อารีย์ จอแยะ</i>	232
STU_018 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวนาลำไย ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย <i>ณัฐริกา ศรีอำคา, อารีย์ จอแยะ, ธนพนธ์ คำเที่ยง, กาญจนา ปินตาคำ, วารุณี พันธวงศ์</i>	243
STU_019 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย <i>นลินรัตน์ มะโนรัตน์, วารุณี พันธวงศ์, สัมพันธ์พิชญ์ พิมูลชาติ, ธนพนธ์ คำเที่ยง</i>	253
STU_020 ความสุขของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานในเกษตรกรกรีดยางพารา ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย <i>ชวลินี นัยดี, มณีนีรัตน์ สอนม่วง, กาญจนา ปินตาคำ, สัมพันธ์พิชญ์ พิมูลชาติ</i>	263
STU_021 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแสงสว่างภายในห้องเรียน ของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย <i>ชศิรินทร์ พุทธา, พัทธนิษฐ์ คำธาร, กาญจนา ปินตาคำ, อารีย์ จอแยะ, มณีนีรัตน์ สอนม่วง</i>	272
STU_022 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>ภูเมธ ภูธนาเรืองกิจ, วิชา บัญมา, วรัญญา มณีนีรัตน์, รวิพรดิ พูลลาภ</i>	284
STU_023 การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ <i>มลศิกานต์ ญอยฉาย, จุฬาลักษณ์ ลิทธิกรรม, เพชรรัตน์ ภรรยาทอง, กนกวรรณ อาจแก้ว</i>	296
STU_024 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>กุลลณัฐ พันโธสงศ์, ธนพนธ์ คำเที่ยง, สัมพันธ์พิชญ์ พิมูลชาติ, พัทธนิษฐ์ คำธาร</i>	308
STU_025 การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานและความเสี่ยงทางกายศาสตร์ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี <i>ณัฐนันท์ สนพะเดิม, พรรณิฉา แสงดาบุษ, ศศิณิกา ทองเสริฐ, ภรณ์นิภา ไตรู, กนกวรรณ อาจแก้ว</i>	316
STU_026 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>ชุตารัก กำคำ, สุปรียญา สีเขียวไทย, ศิริประภา หินเมืองเก่า, จุฑามาศ เมืองมูล, พิณภูจิณีย์ จิตคำ, นุชกานต์ สว่าง</i>	329
STU_027 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>ทานตะวัน ทานแก้ว, จิราภา จันทรา, พัชรिता ยศวงศ์, จุฑามาศ เมืองมูล, อนุสรณ์ บุญจิตร, พัชรินทร์ วินยาศกุล</i>	346
STU_028 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <i>ภาณรินทร์ ทองคำ, อรณิชา ลือไธสง, ปิยะธิดา เข้มราช, จุฑามาศ เมืองมูล, พิณภูจิณีย์ จิตคำ, นุชกานต์ สว่าง</i>	354



การเปรียบเทียบความสบาย และความพึงพอใจระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลัก
การยศาสตร์เฉพาะบุคคล และหมอนมาตรฐาน ในบุคคลสุขภาพดี
THE COMPARISON OF COMFORT AND PREFERENCES BETWEEN USING
ERGONOMIC CUSTOMIZED PILLOWS AND STANDARD PILLOWS IN HEALTHY
INDIVIDUALS

ศลิษา มุขศรี¹, เพชรรัตน์ ภูนันทานนท์^{1*} และ Katsuhiro Furukawa²
Salisa Mooksri¹, Petcharatana Bhuanantanondh^{1*} and Katsuhiro Furukawa²

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนส่งผลต่อสุขภาพ โดยหมอนมีบทบาทในการรองรับศีรษะให้อยู่ในแนวที่เหมาะสม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสบายและความพึงพอใจระหว่างหมอนตามหลักการยศาสตร์เฉพาะบุคคลกับหมอนมาตรฐานในคนสุขภาพดี เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีผู้เข้าร่วม 10 คน (ชาย 4 หญิง 6) อายุ 20–29 ปี ผู้เข้าร่วมสุ่มลำดับการทดลองหมอนทั้งสองแบบ และนอนในท่านอนหงายและตะแคง ประเมินความสบายด้วย Visual Analog Scale และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test และ Wilcoxon Signed Rank Test.

ผลการศึกษาพบว่า หมอนการยศาสตร์เฉพาะบุคคลให้คะแนนความสบายสูงกว่าหมอนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านวัสดุ รูปทรง และความสบายในท่านอนหงาย ($p < 0.05$) ผู้เข้าร่วมยังให้คะแนนความพึงพอใจสูงกว่าหมอนมาตรฐานในด้านการรองรับในท่านอนหงาย (การรองรับศีรษะและคอ, ความสูงที่เหมาะสม) และความรู้สึกผ่อนคลาย อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของการรองรับในท่านอนตะแคง ความนุ่ม และแรงต้าน สรุปได้ว่า หมอนตามหลักยศาสตร์เฉพาะบุคคลให้ความสบายและความพึงพอใจมากกว่าหมอนมาตรฐาน โดยเฉพาะในท่านอนหงาย แนะนำให้ศึกษาต่อในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาทดลองที่ยาวขึ้น เพื่อพัฒนาการออกแบบหมอนให้ตอบโจทย์เฉพาะบุคคลมากขึ้น

คำสำคัญ: หมอนการยศาสตร์, ความสบายในการนอน, คุณภาพการนอน, การรองรับศีรษะและคอ, ท่านอน, หมอนมาตรฐาน, ความพึงพอใจ

Abstract

Sleep quality is an important factor for health, and pillows play a significant role in maintaining proper head alignment for comfort during sleep. This study aimed to compare comfort and satisfaction between ergonomic customized pillows and standard pillows in healthy individuals. A cross-sectional study was conducted with 10 participants (4 males and 6 females) aged 20–29 years. Participants randomly drew lots to determine the order in which they used the pillows and tested both types in supine and side-lying positions. Comfort was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) and a satisfaction questionnaire. Statistical analyses were performed using the Paired t-test and the Wilcoxon Signed Rank Test.

The results showed that ergonomic customized pillows received significantly higher comfort scores than standard pillows in terms of material, shape, and comfort in the supine position ($p < 0.05$). Additionally, satisfaction with head and neck support in the supine position, appropriate height for supine sleeping, and feelings of relaxation were significantly greater with ergonomic customized pillows. However, no significant differences were observed between the two pillow types regarding comfort in the side-lying

position, softness level, head and neck support in the side-lying position, and resistance. In conclusion, ergonomic customized pillows provide greater comfort and satisfaction than standard pillows, particularly in the supine position. Further studies involving a more diverse population and longer testing periods are recommended to improve pillow designs for better individual suitability.

Keywords: Ergonomic pillow, Comfort assessment, Sleep quality, Head and neck support, Sleep posture, Standard pillow, Satisfaction

¹คณะกายภาพบำบัด, มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Faculty of Physical Therapy, Mahidol University.

²Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Iryo Sosei University.

*corresponding author e-mail: petcharatana.bhu@mahidol.ac.th

บทนำ

คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม มีส่วนช่วยในการฟื้นฟูร่างกาย พัฒนาการด้านการรับรู้ และสุขภาพจิต (Cai & Chen, 2016) อย่างไรก็ตาม ผู้ใหญ่อจำนวนมากที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีการประมาณการว่าปัญหานี้สามารถพบได้สูงถึง 40% ในบางกลุ่มประชากร (Andreucci et al., 2020) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์ อีกทั้งยังส่งผลให้การทำงานของสมองลดลงในด้านต่าง ๆ เช่น ความตั้งใจ ความจำ และการตัดสินใจ และยังส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพในการเรียนและการทำงานอีกด้วย (Alvaro et al., 2013), (Killgore, 2010) ปัญหาความผิดปกติในการนอนหลับพบได้บ่อยในประเทศไทยเช่นกัน งานวิจัยหนึ่งระบุว่าประมาณ 43% ของประชากรไทยประสบปัญหานอนไม่หลับ (Leewongcharoen & Sithinamsuwan, 2024) อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่จะทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเพิ่มขึ้นถึง 2.288 เท่า (Siripanich et al., 2018) ขณะเดียวกัน มีงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดเมืองลำปางพบว่า การใช้ที่นอนนุ่ม อาจทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายถึงคุณภาพการนอนที่แย่ลง นอกจากนี้ การศึกษายังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรองรับแนวศีรษะและลำคอให้เหมาะสมขณะนอนหลับ เนื่องจากส่งผลต่อคุณภาพของการนอนเช่นกัน (Jamwong et al., 2024)

จะเห็นได้ว่า หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพการนอน คือ หมอน ซึ่งหมอนมีบทบาทสำคัญในการรองรับศีรษะท่าทางการนอนให้เหมาะสม (กัลยา et al., 2017) หากหมอนไม่สามารถรองรับแนวกระดูกคอได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดอาการปวดคอ ปวดศีรษะ และรู้สึกไม่สบายระหว่างนอนหลับ (Lei et al., 2021) งานวิจัยของ Gao et al. (2023) พบว่าการใช้หมอนที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้หมอนรูปทรงหรือความสูงไม่เหมาะสมกับศีรษะ อาจทำให้เกิดอาการปวดคอในนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดอาการปวดคอจากการใช้หมอนที่ไม่เหมาะสมมีอัตราส่วนความเสี่ยงอยู่ที่ 2.20 (Gao et al., 2023) การใช้หมอนที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความไม่สบายตัว ส่งผลให้ตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง และทำให้คุณภาพการนอนแย่ลง (Son et al., 2020) ดังนั้นการหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรองรับแนวศีรษะและคอให้เหมาะสมขณะนอนหลับจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งวิธีหนึ่งที่ได้รับการแนะนำคือการใช้หมอนตามหลักกายศาสตร์ (F. Fazli et al., 2019) หน้าที่หลักของหมอนประเภทนี้ คือ การทำให้แนวกระดูกสันหลังส่วนคออยู่ในแนวที่ปกติ และสามารถรองรับศีรษะและคอได้อย่างเพียงพอขณะนอนในท่าต่าง ๆ ซึ่งอาจช่วยลดความเจ็บปวดและความไม่สบายตัวได้ (Cai & Chen, 2016), (F. Fazli et al., 2019) การใช้หมอนตามหลักกายศาสตร์ยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของอาการปวด และส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายให้ดีขึ้น (Fateme Fazli et al., 2019)

หลายงานวิจัยพบว่าท่านอนหงายและตะแคงเป็นท่านอนส่วนใหญ่ที่พบบ่อยในคนทั่วไป (Lei et al., 2021) ดังนั้นหมอนตามหลักกายศาสตร์ต้องสามารถรองรับกระดูกสันหลังส่วนคอและศีรษะให้อยู่ในแนวโค้งธรรมชาติของกระดูกสันหลังในท่านอนต่าง ๆ ได้ (Haex, 2005) ขณะนอนหงายและนอนตะแคง กระดูกสันหลังควรมีความโค้งตามธรรมชาติ โกล้เคียงกับแนวกระดูกสันหลังในท่านอนตะแคง (Haex, 2005) จากการศึกษาของ Cai and Chen (2016) กล่าวว่าค่าทางกายวิภาคที่สำคัญในการเลือกความสูงของหมอนในท่านอนหงาย ได้แก่ ระยะห่างจากคอถึงพื้นและระยะห่างจากศีรษะส่วนหลังถึงพื้น ส่วนค่าที่สำคัญสำหรับความสูงหมอนในท่านอนตะแคงคือระยะห่างจากหูถึงไหล่ แสดงให้เห็นว่าความสูงของหมอนในท่านอนหงายและ

ตะแคงมีความแตกต่างกัน (Cai & Chen, 2016) ดังนั้น การวัดสัดส่วนร่างกายเหล่านี้เป็นเกณฑ์พื้นฐานที่สำคัญในการออกแบบหมอนตามหลักกายศาสตร์ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะทางกายวิภาคของแต่ละบุคคล ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงของปัญหากล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากท่านอนที่ไม่เหมาะสม (Cai & Chen, 2016)

นอกจากนั้น วัสดุและรูปทรงของหมอนยังมีความสัมพันธ์กับความสบายขณะนอนเช่นกัน หลายการศึกษาพบว่าหมอนตามหลักกายศาสตร์ เช่น หมอนยางพาราที่มีโครงสร้างรองรับกระดูกคอ สามารถช่วยเพิ่มความสบายและลดอาการปวดคอในผู้ใช้ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Radwan et al., 2021) การศึกษาของ Persson (2006) ระบุว่าหมอนที่มีการออกแบบเป็นพิเศษ เช่น หมอนที่มีส่วนเว้ารองรับต้นคอ สามารถช่วยให้กล้ามเนื้อคอทำงานน้อยลงและเพิ่มความสบายของผู้ใช้ (Persson, 2006) หมอนที่มีรูปทรงต่าง ๆ เช่น หมอนรูปตัว U (U-shaped) และหมอนทรงกระบอก (roll-shaped) สามารถส่งผลต่อคุณภาพการนอน อาการปวดคอ และแนวกระดูกสันหลังได้อย่างแตกต่างกันได้ แต่เลือกรูปทรงหมอนออกมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความชอบเฉพาะบุคคล ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพการนอนโดยรวมให้ดีขึ้น (Pang et al., 2021) ตัวอย่างเช่น หมอนรูปตัว U อาจออกแบบให้ตรงกลางต่ำกว่าส่วนอื่นเพื่อรองรับท่านอนหงาย และมีขอบด้านข้างที่สูงขึ้นเพื่อรองรับท่านอนตะแคง (Cai & Chen, 2016)

หมอนตามหลักกายศาสตร์บางรุ่นมีคุณสมบัติที่สามารถปรับได้ เช่น มีแผ่นเสริมที่สามารถถอดออกได้ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถปรับความสูงและความแน่นของหมอนให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะตัวได้ (Cai & Chen, 2016) ความสามารถในการปรับได้ของหมอนนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยรองรับความต้องการเฉพาะบุคคลและสามารถปรับเปลี่ยนตามพฤติกรรม การนอนได้ (Cai & Chen, 2016), (Sun et al., 2021) หมอนที่ปรับได้สามารถรองรับท่านอนที่หลากหลาย ทั้งการนอนตะแคงและนอนหงาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ใช้งานปรับหมอนให้สามารถรองรับแนวกระดูกสันหลังให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อต้นคอ (Pang et al., 2021) ความสามารถในการปรับได้ของหมอนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเสื่อมของกระดูกสันหลัง และส่งเสริมแนวกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวที่เหมาะสม ซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพของต้นคอในระยะยาวและความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม (Pang et al., 2021)

แม้ว่างานวิจัยสนับสนุนแนวคิดที่ว่าหมอนการยศาสตร์สามารถช่วยเพิ่มความสบายขณะนอนหลับได้ แต่ยังคงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการประเมินผลในแง่ของการออกแบบหมอนที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล (Lei et al., 2021) ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินผลความสบายของหมอนการยศาสตร์แบบปรับความสูงและความแน่นได้ในท่านอนหงายและตะแคง โดยเปรียบเทียบกับการใช้หมอนมาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหมอนที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความสบายและระดับความพึงพอใจของหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลกับหมอนมาตรฐาน ในบุคคลสุขภาพดี

สมมุติฐานงานวิจัย

หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลจะให้ความสบายและความพึงพอใจสูงกว่าหมอนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot study) จึงกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 10 คนที่มีสุขภาพดี มีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการที่ไม่มีอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อายุระหว่าง 20–29 ปี และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วงปกติ คือ 18.5–24.9 กก./ม² ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดความเสี่ยงของกระดูกคอ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการปวดคอเรื้อรังหรือมีประวัติการบาดเจ็บที่คอ โรคเกี่ยวกับกระดูกคอ เช่น หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทหรือกระดูกคอเสื่อม เคยได้รับการผ่าตัดที่กระดูกคอ มีภาวะทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับส่วนคอ ผู้ที่กำลังอยู่ในช่วงการรับประทานยาบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และผู้ที่ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

หมอนที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้นอนหมอน 2 ประเภท ได้แก่ หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคล และหมอนมาตรฐาน

1. หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคล ดังภาพที่ 1

ทำจากวัสดุยางพาราและมีรูปทรงให้เลือก 2 รูปทรง แต่ละรูปทรงจะมีความหนาแน่น 2 ระดับ ได้แก่ แบบนุ่มพิเศษ (XS) และแบบนุ่ม (S) นอกจากนี้ ยังมีแผ่นรองหมอนเพื่อเพิ่มความสูง ซึ่งมีขนาด 1 เซนติเมตร และ 2.5 เซนติเมตร รูปทรงของหมอนแต่ละแบบมีขนาดและความสูงดังนี้

- หมอนรูปทรงที่ 1 (หมอน A) ออกแบบมาให้มีส่วนเว้าตรงกลางเพื่อรองรับความโค้งนูนของศีรษะและด้านข้างมีส่วนโค้งเพื่อรองรับต้นคอ โดยมีความสูงเท่ากันสองด้าน หมอนมีความสูง 10 เซนติเมตร และขนาด 40 x 60 เซนติเมตร
- หมอนรูปทรงที่ 2 (หมอน B) ออกแบบมาให้ช่วงกลางหมอนมีฐานยื่นออกมาเพื่อช่วยรองรับตั้งแต่ช่วงคอจนถึงบ่าในท่านอนหงาย ส่วนด้านซ้ายและขวามีความนูนสูงขึ้นเพื่อรองรับคอและศีรษะในท่านอนตะแคง โดยความสูงบริเวณตรงกลางคือ 9 เซนติเมตร และบริเวณด้านข้างทั้งสองข้างคือ 11 เซนติเมตร ขนาดของหมอนคือ 33 x 59 เซนติเมตร



ภาพที่ 1 หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลทั้ง 2 รูปทรง

ผู้วิจัยจะเลือกหมอนที่เหมาะสมสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการวัดสรีระขณะนอนหงายและนอนตะแคง เพื่อให้มั่นใจว่าหมอนช่วยรองรับแนวกระดูกสันหลังอยู่ในแนวที่เหมาะสม

ในท่านอนหงาย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะนอนบนหมอน โดยจัดท่านอนให้สายตามองตรงไปยังเพดานห้องและวางแขนทั้งสองข้างข้างลำตัว ผู้ประเมินจะทำเครื่องหมายที่กระดูกมาสตอยด์ (mastoid process) และส่วนด้านข้างของกระดูกอะโครเมียน (acromion process) จากนั้นใช้เครื่องวัดระดับเลเซอร์เพื่อตรวจสอบแนวระดับของทั้งสองจุด หากจุดกระดูกทั้งสองอยู่ในระดับเดียวกัน ถือว่าสรีระอยู่ในแนวที่เหมาะสม

ในท่านอนตะแคง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะนอนตะแคงทับข้างที่ตนเองถนัด โดยให้หลังเหยียดตรง งอเข่าและสะโพกทั้งสองข้าง และจัดวางแขนด้านล่างไปด้านหลังของลำตัวโดยให้งอข้อศอกเพื่อการรองรับที่สมบูรณ์ ศีรษะควรอยู่ในแนวตรง ไม่เอียงขึ้นหรือเอียงลง จากนั้นใช้เครื่องวัดระดับเลเซอร์เพื่อตรวจสอบว่าศีรษะไม่เอียงไปทางใดทางหนึ่ง โดยที่เส้นของเลเซอร์จะต้องอยู่กึ่งกลางหน้าพอดิ เพื่อให้แน่ใจว่าสรีระอยู่ในแนวที่เหมาะสม

2. หมอนมาตรฐาน ดังภาพที่ 2

หมอนมาตรฐาน (ขนาด 47 x 73 x 16 ซม.) มีรูปทรงสี่เหลี่ยมผืนผ้า และถูกออกแบบมาเพื่อให้การรองรับศีรษะและคอในระดับพื้นฐานขณะนอนหลับ วัสดุคือเส้นใยสังเคราะห์



ภาพที่ 2 หมอนมาตรฐาน

ขั้นตอนการวิจัย

หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำชี้แจง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะต้องทดลองนอนหมอนทั้งสองแบบ โดยลำดับหมอนจะถูกสุ่มผ่านการจับฉลาก หมายเลขที่จับได้ถูกกำหนดดังนี้ คือ หมายเลข 1 หมายถึง หมอนมาตรฐาน และ หมายเลข 2 หมายถึง หมอนที่ถูกออกแบบตามหลักการยศาสตร์ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะเริ่มการทดลองด้วยหมอนที่ตรงกับหมายเลขที่จับฉลากได้

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะนอนในห้องที่ปิดไฟมืดสนิท ไม่มีเสียงรบกวน อุณหภูมิภายในห้องจะอยู่ที่ประมาณ 24-25 องศาเซลเซียส และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถห่มผ้าได้หากต้องการ ในช่วงเริ่มต้นของการนอนหงาย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องหายใจเข้าออกอย่างผ่อนคลายเป็นเวลา 5 รอบ จึงนอนหงายเป็นเวลา 5 นาที และเปลี่ยนเป็นท่านอนตะแคงเป็นเวลาอีก 5 นาทีบนหมอนใบแรก รวมทั้งหมดเป็น 10 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เพียงพอสำหรับการรับรู้ความรู้สึกขณะนอน สำหรับท่านอนหงายนั้น จะมีการวางหมอนรองขาไว้ใต้เข่าเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และในท่านอนตะแคง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะนอนตะแคงทับข้างที่ตนเองถนัด โดยย่อเข่าและสะโพกเล็กน้อยเพื่อคงแนวกระดูกสันหลังให้อยู่ในตำแหน่งที่เป็นธรรมชาติ โดยหลังจากนอนหมอนใบแรกแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องทำแบบประเมินความสบายผ่านเครื่องมือมาตรวัดความสบายแบบแสดงภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของหมอนใบแรกทันที จากนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำการทดลองแบบเดียวกันซ้ำอีกรอบ โดยทดลองกับหมอนใบที่สอง

เครื่องมือที่วัด

1. มาตรวัดความสบายแบบแสดงภาพ

เป็นเส้นตรงความยาว 100 มิลลิเมตร โดยมีการกำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่สบายเลย) ถึง 10 (สบายมากที่สุด) มาตรวัดแบบแสดงภาพมีความเชื่อถือในการทดสอบซ้ำที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความสามารถในการอ่านเขียน โดยมีค่าสหสัมพันธ์สูงถึง 0.94 และมีความสอดคล้องกับเครื่องมือวัดอาการปวดอื่น ๆ เช่น 5-point verbal descriptive scale และ Numeric rating scale โดยมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.71 ถึง 0.78 และ 0.62 ถึง 0.91 ตามลำดับ (Phadke et al., 2016) การแปลผลจะมีการกำหนดค่าไว้ ได้แก่ 0 – 0.49 = ไม่สบายเลย, 0.5 to 4.49 cm = ไม่สบายเล็กน้อย, 5 - 7.49 cm = สบายเล็กน้อย และ 7.5 - 10.0 cm, สบายมากที่สุด

คะแนนความสบายจะถูกใช้ในการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ วัสดุ รูปทรง ความนุ่ม ความสบายขณะนอนหงาย และตะแคง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องประเมินความสบายทันทีหลังจากการทดสอบหมอนแต่ละใบ (Sacco et al., 2015) ซึ่งข้อคำถามเป็นดังนี้

- 1) คุณรู้สึกวัสดุของหมอนให้ความสบายขณะนอนหรือไม่
- 2) คุณรู้สึกว่ารูปร่างของหมอนให้ความสบายขณะนอนหรือไม่
- 3) คุณรู้สึกว่าการนุ่มของหมอนให้ความสบายขณะนอนหรือไม่
- 4) คุณรู้สึกสบายขณะนอนหงายหรือไม่
- 5) คุณรู้สึกสบายขณะนอนตะแคงหรือไม่

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อหมอน

แบบสอบถาม (ดังแสดงในตารางที่ 1) ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรองรับคอและศีรษะในท่านอนหงายและท่านอนตะแคง รวมถึงแรงดันที่กระทำต่อศีรษะและคอ ความรู้สึกผ่อนคลาย และความพึงพอใจต่อหมอนแต่ละประเภท แบบสอบถามฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยของ Son et al. (2020) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการนอนหลับและอาการที่เกี่ยวข้องกับความสบายและการรองรับของหมอนในประชากรชาวเกาหลีใต้ โดยต่อยอดมาจากแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย (PSQI-K) (Son et al., 2020)

สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน และใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert scale) ระดับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 หมายถึง แย่ที่สุด และ 5 หมายถึง ดีที่สุด) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นผู้ประเมินหลังจากการทดลองใช้หมอนแต่ละใบ

ตารางที่ 1 ข้อคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจต่อหมอน

คำถาม	ตัวแปร	คะแนน 5 – points Likert scale
1. หมอนรองรับศีรษะ/คอของคุณได้ดีเพียงใดในท่านอนหงาย	การรองรับในท่านอนหงาย	1 = แย่มาก, 2 = ค่อนข้างแย่, 3 = พอใช้, 4 = ค่อนข้างดี, 5 = ดีมาก
2. ความสูงของหมอนเหมาะสมกับศีรษะ/คอของคุณเพียงใดในท่านอนหงาย	ความสูงหมอนในท่านอนหงาย	1 = ไม่เหมาะสมเลย, 2 = เหมาะสมน้อย, 3 = เหมาะสมปานกลาง, 4 = เหมาะสมมาก, 5 = เหมาะสมอย่างยิ่ง
3. หมอนทำให้เกิดแรงดันที่ศีรษะ/คอเพียงใดในท่านอนหงาย	แรงดันจากหมอนในท่านอนหงาย	1 = มีแรงดันอย่างยิ่ง, 2 = มีแรงดันมาก, 3 = มีแรงดันปานกลาง, 4 = มีแรงดันน้อย, 5 = ไม่มีแรงดันเลย
4. หมอนรองรับศีรษะ/คอของคุณได้ดีเพียงใดในท่านอนตะแคง	การรองรับในท่านอนตะแคง	1 = แย่มาก, 2 = ค่อนข้างแย่, 3 = พอใช้, 4 = ค่อนข้างดี, 5 = ดีมาก
5. ความสูงของหมอนเหมาะสมกับศีรษะ/คอของคุณเพียงใดในท่านอนตะแคง	ความสูงหมอนในท่านอนตะแคง	1 = ไม่เหมาะสมเลย, 2 = เหมาะสมน้อย, 3 = เหมาะสมปานกลาง, 4 = เหมาะสมมาก, 5 = เหมาะสมอย่างยิ่ง
6. หมอนทำให้เกิดแรงดันที่ศีรษะ/คอเพียงใดในท่านอนตะแคง	แรงดันจากหมอนในท่านอนตะแคง	1 = มีแรงดันอย่างยิ่ง, 2 = มีแรงดันมาก, 3 = มีแรงดันปานกลาง, 4 = มีแรงดันน้อย, 5 = ไม่มีแรงดันเลย
7. ความรู้สึกผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อคอ บ่าของคุณเป็นอย่างไร ทันทีหลังจากใช้หมอน	ความรู้สึกผ่อนคลาย	1 = แย่มาก, 2 = แย่เล็กน้อย, 3 = เหมือนเดิม, 4 = ดีขึ้นเล็กน้อย, 5 = ดีขึ้นมาก
8. คุณรู้สึกพึงพอใจกับหมอนที่ใช้เพียงใด	ความพึงพอใจ	1 = ไม่พอใจมาก, 2 = ไม่ค่อยพอใจ, 3 = เฉยๆ, 4 = ค่อนข้างพอใจ, 5 = พอใจมาก

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลจากการทดลองนั้นถูกวิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 23 และทดสอบการแจกแจงปกติ (Normal Distribution Test) โดยใช้ Shapiro-Wilk's test ซึ่งกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ไว้ที่ $P < 0.05$ สถิติที่ใช้



เปรียบเทียบความสบายระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์และหมอนมาตรฐาน คือ สถิติ paired t-test และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อหมอนทั้งสองแบบ คือ สถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-CIRB 2025/006.0301)

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 10 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 4 คน และเพศหญิงจำนวน 6 คน อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ 24.90 ± 2.28 ปี (เพศชาย = 24.25 ± 1.70 ปี, เพศหญิง = 25.33 ± 0.55 ปี) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ 22.17 ± 1.68 กก./ม² (เพศชาย = 22.39 ± 0.80 ปี, เพศหญิง = 22.02 ± 0.76 กก./ม²) โดยข้อมูลการออกแบบหมอนตามหลักกายศาสตร์ของแต่ละบุคคลสรุป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปการออกแบบหมอนตามหลักกายศาสตร์ของแต่ละบุคคล

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย	เพศ	หมอนสำหรับท่านอนหงาย	หมอนสำหรับท่านอนตะแคง
1	ชาย	B-XS	B-XS เสริมแผ่น 2.5 ซม.
2	หญิง	B-XS	B-XS
3	หญิง	A-S	A-S
4	หญิง	A-XS เสริมแผ่น 1 ซม.	A-XS เสริมแผ่น 2.5 ซม.
5	หญิง	A-XS	A-XS เสริมแผ่น 1 ซม.
6	ชาย	B-S	B-S เสริมแผ่น 2.5 ซม.
7	หญิง	B-XS	B-XS
8	ชาย	A-S	A-S เสริมแผ่น 2.5 ซม.
9	หญิง	A-XS	A-XS เสริมแผ่น 1 ซม.
10	ชาย	B-S	B-S เสริมแผ่น 1 ซม.

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสบายระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลและหมอนมาตรฐาน (n = 10)

	หมอนมาตรฐาน		หมอนกายศาสตร์		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ความสบายของวัสดุ	5.38	2.30	7.25	1.54	0.004*
2. ความสบายของรูปทรง	5.51	2.35	7.13	1.71	0.038*
3. ความสบายของความนุ่ม	5.54	2.76	7.26	1.79	0.112
4. ความสบายขณะนอนหงาย	5.11	2.02	8.06	1.37	<0.001*
5. ความสบายขณะนอนตะแคง	6.31	2.52	7.16	2.22	0.291

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดัง ตารางที่ 3 จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสบายของหมอนที่ออกแบบตามหลักการยศาสตร์มากกว่าหมอนมาตรฐานในทุกหัวข้อ โดยเฉพาะในส่วนของวัสดุ (คะแนน 7.25 = สบายเล็กน้อย) รูปทรง (คะแนน 7.13 = สบายเล็กน้อย) และความสบายขณะนอนหงาย (คะแนน 8.06 = สบายมากที่สุด) มีคะแนนมากกว่าหมอนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$, $p = 0.038$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความสบายของรูปทรง ความนุ่ม และความสบายขณะนอนตะแคง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลักการยศาสตร์เฉพาะบุคคลและหมอนมาตรฐาน ($n = 10$)

ตัวแปร		หมอนมาตรฐาน		หมอนการยศาสตร์		p-value
		Median	IQR	Median	IQR	
การรองรับ	ศีรษะ	3	2.75, 4	4	4, 4.25	0.015*
	คอ	3	2.75, 3	4	3.75, 5	0.010*
ท่านอนหงาย	ศีรษะ	3	2, 3	4	4, 5	0.011*
	คอ	2	2, 3	4	4, 5	0.014*
แรงดัน	ศีรษะ	4	3, 4	4	3, 5	0.417
	คอ	3.5	3, 4	4	3.75, 4.25	0.194
การรองรับ	ศีรษะ	3	2.75, 4	4	2.75, 5	0.279
	คอ	3	2.75, 4	4	2.75, 5	0.238
ท่านอนตะแคง	ศีรษะ	3	2.75, 4	4	3, 5	0.083
	คอ	3	2, 3.25	4	2, 4.25	0.207
แรงดัน	ศีรษะ	4	3, 4	4	3, 4.25	0.655
	คอ	4	3, 4.25	4	3, 5	0.705
ความรู้สึกผ่อนคลาย		3	2, 3	3.5	3, 4.25	0.020*
ความพึงพอใจ		3	2.75, 4	4	4, 5	0.012*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

IQR = พิสัยระหว่างควอร์ไทล์

ดัง ตารางที่ 4 จากการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อหมอนที่ออกแบบตามหลักการยศาสตร์มากกว่าหมอนมาตรฐานในทุกหัวข้อ โดยหัวข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าหมอนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรองรับศีรษะและคอในท่านอนหงาย (คะแนน 4 = รองรับค่อนข้างดี) ความสูงที่เหมาะสมต่อศีรษะและคอในท่านอนหงาย (คะแนน 4 = เหมาะสมมาก) ความรู้สึกผ่อนคลาย (คะแนน 3.5 = เหมือนเดิม) และความพึงพอใจ (คะแนน 4 = ค่อนข้างพอใจ) ($p = 0.015$, $p = 0.010$, $p = 0.011$, $p = 0.014$, $p = 0.020$ และ $p = 0.012$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อแรงดันต่อศีรษะและคอในท่านอนหงาย การรองรับศีรษะและคอในท่านอนตะแคง ความสูงหมอนที่เหมาะสมต่อศีรษะและคอในท่านอนตะแคง และแรงดันต่อศีรษะและคอในท่านอนตะแคง

สรุป อภิปรายผล

ผลของวัสดุต่อความสบาย

ความสบายของหมอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและความเป็นอยู่ที่ดี หลายงานวิจัยพบว่าความสบายของหมอนแต่ละประเภทอาจแตกต่างกัน โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลคือวัสดุที่ใช้ในการผลิตหมอน (Son et al., 2020), (Yu Li, 2021) จากงานวิจัยนี้พบว่า หมอนที่ออกแบบตามหลักการยศาสตร์เฉพาะบุคคล ซึ่งวัสดุเป็นยางพาราให้ความสบายมากกว่าหมอนมาตรฐาน ซึ่งวัสดุคือ โยสังเคราะห์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของคุณ Gordon และคณะ (2010) ที่ได้วิเคราะห์วัสดุของหมอน 5 ประเภท ได้แก่ โพลีเอสเตอร์, โฟมปกติ, โฟมทรงข้าวรูป, ขนเป็ด และยางพารา โดยทำการประเมินหมอนแต่ละประเภทผ่านแบบสอบถามด้วยตนเองหลังจากใช้งานเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาสรุปว่า หมอนยางพารามี

ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในการลดอาการปวดศีรษะเมื่อตื่นนอน และช่วยลดอาการปวดบริเวณสะบักและแขน (Gordon SJ et al., 2010) นอกจากนั้น งานวิจัยของคุณ Son และคณะ (2020) ได้สำรวจปัจจัยต่าง ๆ ของหมอนที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของประชากรชาวเกาหลีใต้ และพบว่า หมอนยางพาราสามารถลดอาการปวดศีรษะและปวดไหล่ ซึ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพในการเพิ่มความสบายในการนอน (Son et al., 2020) เหตุผลที่วัสดุยางพาราให้ความสบายกว่าใยสังเคราะห์ เป็นเพราะความยืดหยุ่นของยางพาราสามารถปรับเข้ากับศีรษะและลำคอได้ดี เกิดการรองรับที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถช่วยลดจุดกดทับและบรรเทาความไม่สบายตัวได้ (Radwan et al., 2021)

ผลของรูปทรงต่อความสบาย

รูปทรงของหมอนก็เป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อความสบายขณะนอนเช่นกัน คุณ Yu และคณะ (2021) กล่าวว่าหมอนทรงเข้ารูป เช่น หมอนที่มีลักษณะโค้งเว้า จะมีประสิทธิภาพในการลดแรงต้านและช่วยรักษาแนวกระดูกต้นคอให้อยู่ในแนวที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้รู้สึกสบายมากขึ้น เนื่องจากหมอนประเภทนี้สามารถกระจายแรงกดทับได้อย่างสม่ำเสมอทั่วทั้งศีรษะและลำคอ ลดความตึงเครียดในบริเวณเฉพาะจุด (Yu Li, 2021) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยพบว่าหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลให้ความสบายในแง่ของรูปทรงมากกว่าหมอนมาตรฐาน เนื่องจากหมอนที่ใช้ในการศึกษานี้มีลักษณะโค้งเว้า ช่วยรองรับศีรษะและคอขณะนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่หมอนมาตรฐานมีรูปทรงสี่เหลี่ยมธรรมดา ซึ่งอาจไม่สามารถรองรับศีรษะของคอและศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสบายในท่านอนหงาย

งานวิจัยนี้พบว่า หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลให้ความสบายขณะนอนหงายมากกว่าหมอนมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนความพึงพอใจในส่วนของการรองรับและความสูงที่เหมาะสมต่อศีรษะและคอในท่านอนหงาย โดยได้รับคะแนนเท่ากับ 4 ซึ่งสูงกว่าคะแนนของหมอนมาตรฐาน ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้จากกระบวนการวัดศีรษะเพื่อเลือกหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคล เนื่องจากการวัดหมอนการยศาสตร์นั้น จะต้องคำนึงถึงความโค้งของกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวปกติ ซึ่งส่งผลต่อการรองรับและความสบายขณะนอนหลับ สำหรับท่านอนหงาย ต้องให้กระดูกสันหลังคงรูปเป็นตัว S ในระนาบข้าง (Sagittal plane) เพื่อลดการกดทับของกระดูกและรักษาสมดุลของกล้ามเนื้อคอ (Lei et al., 2021) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของคุณ Fazli และคณะ (2019) ที่พบว่าหมอนการยศาสตร์ยางพาราสามารถลดอาการปวดคอในผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับหมอนทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการคงความโค้งตามธรรมชาติของกระดูกต้นคอ (cervical lordosis) และช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อคอขณะนอน (Fateme Fazli et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบแนวศีรษะและการทำงานของกล้ามเนื้อคอขณะนอนหงายระหว่างหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลและหมอนมาตรฐาน จึงไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ในเชิงรูปธรรมและความสอดคล้องกับการประเมินความสบายและความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน

ผลของความนุ่มต่อความสบาย

ผลการวิจัยนี้พบว่า หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลให้ความสบายในด้านความนุ่ม รวมถึงความพึงพอใจต่อแรงต้านที่รองรับศีรษะและคอ ไม่แตกต่างจากหมอนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุหนึ่งอาจมาจากระดับความนุ่มของหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์ ซึ่งอยู่ในช่วง "นุ่ม" ถึง "นุ่มมาก" ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถรับรู้ถึงความแตกต่างได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับหมอนมาตรฐานที่ใช้วัสดุใยสังเคราะห์

ความสบายในท่านอนตะแคง

งานวิจัยนี้ไม่พบความแตกต่างของความสบายขณะนอนตะแคง รวมถึงความพึงพอใจในความสูงที่เหมาะสม และการรองรับศีรษะและคอขณะนอนตะแคง ระหว่างหมอนทั้งสองแบบอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะท่านอนตะแคงไม่ได้ต้องการรูปทรงโค้งเว้าที่รองรับกระดูกสันหลังส่วนคอมากเท่ากับท่านอนหงาย ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปรับท่าทางให้เข้ากับหมอนได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ พื้นที่สัมผัสระหว่างศีรษะกับหมอนในท่านอนตะแคงอาจน้อยกว่าท่านอนหงาย ส่งผลให้ความแตกต่างด้านความสบายไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ในอนาคตควรมีการเปรียบเทียบแนวศีรษะและคอขณะนอนบนหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลและหมอนมาตรฐานขณะนอนตะแคง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป หมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลนั้นให้ความผ่อนคลายและความพึงพอใจมากกว่าหมอนมาตรฐาน และมีแนวโน้มที่จะให้ความสบายและความพึงพอใจต่อผู้เข้าร่วมวิจัยสุขภาพดี อายุ 20 – 29 ปี ในทุกปัจจัยของการประเมิน โดยเฉพาะในด้านวัสดุ รูปทรง และการรองรับคอขณะนอนหงาย อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชี้ให้เห็นข้อจำกัดบางประการ เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กเกินไป ซึ่งทำให้มี Statistical Power ต่ำ

ระยะเวลาการทดลองสั้นเกินไป อาจไม่สะท้อนการใช้งานที่เป็นจริง และการประเมินส่วนบุคคลที่อาจมีอคติเนื่องจากขาดการวัดเชิงปริมาณ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาผลกระทบของหมอนในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ที่มีอาการปวดคอเรื้อรัง ซึ่งอาจมีความต้องการด้านการรองรับศีรษะและคอที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ควรนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการวัดผลเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น เช่น การตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อ (EMG) เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณคอว่า จะช่วยทำให้เห็นความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อคอขณะนอนได้ชัดเจนขึ้น และควรมีการทดลองที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น หากมีการทดลองระยะยาวที่ครอบคลุมช่วงเวลาหลายสัปดาห์ จะทำให้สามารถประเมินผลกระทบของหมอนต่อสุขภาพของผู้ใช้ในระยะยาวได้ดีขึ้น เช่น ผลต่ออาการปวดคอเรื้อรังหรือคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้ การทดลองระยะยาวจะช่วยให้เห็นถึงความทนทานของหมอนและประสิทธิภาพของหมอนภายใต้การใช้งานอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหมอนที่ออกแบบตามหลักกายศาสตร์เฉพาะบุคคลนั้นให้ความสบายและความพึงพอใจมากกว่าหมอนแบบมาตรฐาน ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของหมอนที่มีผลต่อคุณภาพการนอน ควรส่งเสริมให้ประชาชนเลือกใช้หมอนที่สามารถปรับความสูงและความแน่นได้ตามสรีระของแต่ละบุคคล มีความรู้เกี่ยวกับท่านอนที่เหมาะสมและทราบดีวิธีเลือกหมอนที่สอดคล้องกับท่าทางการนอนของตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดการรองรับกระดูกคอให้อยู่ในแนวธรรมชาติขณะนอน และลดโอกาสการเกิดอาการปวดคอเรื้อรังในระยะยาว

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ 60 ปี ครองราชสมบัติ ประจำปีการศึกษา 2566 และทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงาน โดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- Andreucci, A., Madrid-Valero, J. J., Ferreira, P. H., & Ordoñana, J. R. (2020). Sleep quality and chronic neck pain: a cotwin study. *J Clin Sleep Med*, 16(5), 679-687. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8316>
- Cai, D., & Chen, H.-L. (2016). Ergonomic approach for pillow concept design. *Appl. Ergon.*, 52, 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.07.004>
- Fazli, F., Farahmand, B., Azadinia, F., & Amiri, A. (2019). The effect of ergonomic latex pillow on head and neck posture and muscle endurance in patients with Cervical spondylosis: a randomized controlled trial. *J Chiropr Med*, 18(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2019.02.003>
- Fazli, F., Farahmand, B., Azadinia, F., & Amiri, A. (2019). Ergonomic latex pillows as a part of a multimodal intervention or as an adjunct to rehabilitation programs in Cervical spondylosis: are they useful? *Am. J Phys. Med. Rehabil.*, 98, 600-607.
- Gao, Y., Chen, Z., Chen, S., Wang, S., & Lin, J. (2023). Risk factors for neck pain in college students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 23(1), 1502. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16212-7>

- Gordon SJ, K, G.-S., & PH., T. (2010). Pillow use: the behavior of cervical stiffness, headache and scapular/arm pain. *J Pain Res*, 3, 137-145.
- Haex, B. (2005). *Back and bed : ergonomic aspects of sleeping* (3 ed., Vol. 2005). Boca Raton : CRC Press. <http://archive.org/details/backbedergonomic0000haex>
- Jamwong, P., Borisuth, P., Chaiwoot, K., Wattanasoei, S., Vittaporn, S., Changkwanyeeun, R., Poosesod, K., Khamnaun, P., Pongpan, S., & Saita, S. (2024). Prevalence and predictive factors of poor sleep quality among the elderly in the urban areas of Lampang province, northern Thailand. *J. Health Res.*, 28(4), 311-321.
- Killgore, W. D. (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res*, 185, 105-129. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-53702-7.00007-5>
- Leewongcharoen, N., & Sithinamsuwan, P. (2024). Utilization of the Athens Insomnia Scale-Thai Version (AIS-Thai) among Thai People. *Thai Journal of Neurology*, 40(1), 52-58.
- Lei, J.-X., Yang, P.-F., Yang, A.-L., Gong, Y.-F., Shang, P., & Yuan, X.-C. (2021). Ergonomic consideration in pillow height determinants and evaluation. *Healthcare*, 9.
- Pang, J. C. Y., Tsang, S. M. H., & Fu, A. C. L. (2021). The effects of pillow designs on neck pain, waking symptoms, neck disability, sleep quality and spinal alignment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Clin Biomech*, 85.
- Persson, L. (2006). Neck pain and pillows – A blinded study of the effect of pillows on non-specific neck pain, headache and sleep. *Adv. Physiother.*, 8 (3) , 1 2 2 - 1 2 7 . <https://doi.org/10.1080/14038190600780239>
- Phadke, A., Bedekar, N., Shyam, A., & Sancheti, P. (2016). Effect of muscle energy technique and static stretching on pain and functional disability in patients with mechanical neck pain: a randomized controlled trial. *Hong Kong Physiother J*, 35, 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.hkjpj.2015.12.002>
- Radwan, A., Ashton, N., Gates, T., Kilmer, A., & VanFleet, M. (2021). Effect of different pillow designs on promoting sleep comfort, quality, & spinal alignment: A systematic review. *Eur. J. Integr. Med.*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101269>
- Sacco, I. C. N., Pereira, I. L. R., Dinato, R. C., Silva, V. C., Friso, B., & Samires F. Viterbo. (2015). The effect of pillow height on muscle activity of the neck and mid-upper back and patient perception of comfort. *J Manipulative Physiol Ther*, 38, 375-381.
- Siripanich, C., Somrongthong, R., & Kanthawee, P. (2018). Health status and behavior influencing sleep quality among community-dwelling elderly in Chanthaburi province, Thailand. *Journal of Health Research*, 32(Suppl.2), S151-S158. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/168417>
- Son, J., Jung, S., Song, H., Kim, J., Bang, S., & Bahn, S. (2020). A Survey of Koreans on Sleep Habits and Sleeping Symptoms Relating to Pillow Comfort and Support. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(302).
- Sun, Y., Luh, D.-B., & Zhao, Y.-L. (2021). The Design of Sleep Pillow Based on Human Physiological Curvature. In *Advances in Ergonomics in Design* (Vol. 261). https://doi.org/10.1007/978-3-030-79760-7_81



Yu Li, J. W., Chunfu Lu, Zhichuan Tang and Chengmin Li. (2021). Pillow Support Model with Partitioned Matching Based on Body Pressure Distribution Matrix. *Healthcare*, 9, 571.

กัลกั, ป., ชวนนท์, พ., ณัฐพงษ์, เ., ทานตะวัน, อ., ทายาท, ด., อีรเดช, ค., นฤชา, จ., นัยพินิจ, ค., ประพันธ์, ก., ประสิทธิ์, ม., เปรมทิพย์, ช., พลพร, อ., มณฑิตา, ว., มนุญ, ล., โยธิน, ช., สลิลยา, ธ., วัฒนชัย, โ., วิชญ์, บ., วิสาข์สิริ, ต., . . . อรุณวรรณ, พ. (2017). เวชศาสตร์การนอนหลับขั้นพื้นฐาน สำหรับแพทย์ พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ =: *Basic sleep medicine*. สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย.

การประเมินสิ่งคุกคามทางสุขภาพและปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
จากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
An Assessment of Health Hazards and Occupational Health and Safety
Problem from Agricultural Work Among Elderly Workers in Mueang District,
Chiang Rai Province

มนิรัตน์ สวนม่วง^{1*}, พัทธนิษฐ์ คำธาร¹, อารีย์ จอแย¹ และสมพร ทองดี²
Maneerat Suanmuang^{1*}, Phatanit Khamthan¹, Aree Choyae¹ and Somporn Tongdee²

บทคัดย่อ

แรงงานสูงอายุ ในภาคเกษตรกรรมต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามด้านสุขภาพในหลายมิติ เช่น ด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพฯ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ และศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ ในเขต อ.เมือง จ.เชียงราย จำนวน 360 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สิ่งคุกคามสุขภาพและปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า แรงงานสูงอายุในภาคเกษตรกรรมมีการสัมผัสกับสิ่งคุกคามโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.021$, $SD=0.743$) เมื่อจำแนกตามประเภทของการสัมผัสสิ่งคุกคาม พบว่า สิ่งคุกคามด้านเคมีมีระดับความเสี่ยงสูงที่สุด สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{x}= 2.209$, $SD=0.745$) รองลงมาคือ สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.131$, $SD=0.876$) และน้อยที่สุด คือสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ สัมผัสในระดับเล็กน้อย ($\bar{x}=1.779$, $SD=0.668$). ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ประเด็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน พบว่า แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องอาการปวดหลัง ไหล่ หรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 2.517$, $SD=0.505$), รองลงมาคือ อาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด ($\bar{x}= 2.286$, $SD=0.452$). ส่วนประเด็นอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่า แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่ ถูกของมีคมบาด/ตัด/เฉือน/ทิ่มแทง ระดับปานกลาง ($\bar{x}= 2.019$, $SD= 0.491$), รองลงมาคือ ถูกสัตว์ที่มีความแหลมคมทิ่มตำ/บาดเฉือน เช่น หอย ปู ปลา ($\bar{x}= 1.880$, $SD= 0.695$) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินการมาตรการเฉพาะเพื่อจัดการกับสิ่งคุกคาม โดยเฉพาะสิ่งคุกคามด้านเคมีและการยศาสตร์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานสูงอายุในภาคเกษตรกรรม

คำสำคัญ: สิ่งคุกคามทางสุขภาพ, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย, งานเกษตรกรรม, แรงงานสูงอายุ

Abstract

Elderly agricultural workers are exposed to various physical, chemical, and biological occupational health hazards that may adversely impact their health and safety. This cross-sectional study aimed to assess occupational health hazards from agricultural work among elderly workers and to examine occupational health and safety issues among elderly workers in Mueang District, Chiang Rai Province, with a total of 360 individuals participating in the study. Data were collected using a questionnaire comprising general information, health hazards, and occupational health and safety issues. Descriptive statistics were used for data analysis, including percentages, means, and standard deviations.

The research findings indicate that elderly workers in agricultural work experienced an overall moderate level of occupational hazard exposure ($\bar{x} = 2.021$, $SD = 0.743$). When classified by type of hazard, chemical hazards posed the highest level of risk, with a moderate level of exposure ($\bar{x} = 2.209$, $SD = 0.745$), followed by ergonomic hazards, also at a moderate level ($\bar{x} = 2.131$, $SD = 0.876$). The lowest level of exposure was found in biological hazards, at a mild level ($\bar{x} = 1.779$, $SD = 0.668$). Regarding occupational health and safety issues, the most frequently reported work-related health problems were musculoskeletal symptoms such as back, shoulder, or other body pain, reported at a high level ($\bar{x} = 2.517$, $SD = 0.505$), followed by dizziness or fainting ($\bar{x} = 2.286$, $SD = 0.452$). Concerning work-related accidents, the most common incidents involved cuts, lacerations, or puncture wounds from sharp objects, at a moderate level ($\bar{x} = 2.019$, $SD = 0.491$), followed by injuries caused by sharp aquatic animals such as shells, crabs, or fish ($\bar{x} = 1.880$, $SD = 0.695$). Based on these findings suggest the need for targeted interventions, particularly in managing chemical and ergonomic hazards, to improve occupational health and safety among elderly agricultural workers.

Keywords: Health hazards, Occupational health and safety, Agricultural work, Elderly worker

¹สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

¹Major of Occupational health and safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

²Chiang Rai Provincial Health Office

*corresponding author e-mail: maneerat.sua@crru.ac.th

บทนำ

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2566 และเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ในอีก 10 ปีข้างหน้า (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) จากสถิติแรงงานครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2566 พบการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย (60 ปี ขึ้นไป) มีจำนวนมากถึง 13.14 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคการเกษตร จำนวน 2.81 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมแรงงาน, 2566) ทั้งนี้ การทำงานของผู้สูงอายุทั้งในระบบและนอกระบบ ต้องทำงานกับสภาพแวดล้อมที่ยังคงมีความเสี่ยงหรือต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ทำให้แรงงานกลุ่มนี้ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน (International Labour Organization ; ILO, 2019; Khan et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัญหาจากการทำงานที่สำคัญของกลุ่มแรงงานนอกระบบ คือ สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ เช่น เสียงดัง ความร้อน ปัจจัยด้านเคมี เช่น ฝุ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น สารก่อการระคายเคือง เชื้อโรคและปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่เกิดจากอิริยาบถหรือท่าทางในการทำงานไม่เหมาะสม (Occupational Safety and Health Administration, 2019) ทำให้แรงงานสูงวัยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ต้องเผชิญกับความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างจากแรงงานในช่วงวัยอื่น ซึ่งการจัดการซึ่งปัจจัยคุกคามสุขภาพ จึงถือว่ามีความจำเป็นอย่างมากในกลุ่มแรงงานสูงวัย ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน จึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยคุกคามสุขภาพของแรงงานสูงวัย เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

สถิติแรงงานผู้สูงอายุในภาคเหนือ ปี 2566 พบว่า มีจำนวน 1.2 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 58% จาก 0.7 ล้านคน ในปี 2556 เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า จำนวนแรงงานสูงวัยเพิ่มขึ้นในทุกจังหวัด โดย 3 จังหวัดแรกที่มีจำนวนแรงงานสูงวัยมากที่สุด คือ เชียงใหม่ (1.9 แสนคน) เชียงราย (1.2 แสนคน) และพิษณุโลก (1.0 แสนคน) ตามลำดับ (ศิริรัตดา ปรีชา และคณะ, 2566) จังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรในปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 21.4 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย, 2566) ในบริบทของอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงพึ่งพาเศรษฐกิจฐานรากที่เกี่ยวข้องกับเกษตรกรรมเป็นหลัก ปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานสูงวัยจึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากแรงงานผู้สูงอายุอาจจะไม่มีสวัสดิการใด ๆ รองรับกำลังที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น กลุ่มอาชีพนี้จึงเป็นกลุ่มจำเป็นที่จังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องติดตามประเมินสถานการณ์และให้การช่วยเหลือ ในการส่งเสริมการประกอบอาชีพและการส่งเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดเชียงราย, 2564)

ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพและปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงวัย ในเขต อ.เมือง จ.เชียงราย เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงวัย ผลการวิจัยนี้ นำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพ การเสนอแนะแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยให้กับแรงงานสูงวัย การจัดทำแผน หรือนโยบายที่ช่วยส่งเสริมเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย เพื่อให้แรงงานสูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในสถานที่ทำงานที่สามารถช่วยเพิ่มความพึงพอใจของแรงงานสูงวัย เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีการเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานสูงวัยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงวัย ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงวัย ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.เชียงราย จำนวน 47,446 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2566) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรไม่ทราบค่าประชากรของ Wayne W.D. (1995) ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 322 คน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 360 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากพื้นที่ตำบล เลือกมาเขตละ 3 ตำบล (เขตการปกครองแบ่งเป็น 2 เขต ได้แก่ เทศบาลตำบลบ้านดู่ แม่ยาวและป่าอ้อตอนชัย และองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ข้าวต้ม แม่กรณ์ และริมกกเฉพาะนอกเขตเทศบาล) จากพื้นที่ 6 ตำบล ที่ได้จากการจับสลาก ผู้วิจัยแบ่งสัดส่วนให้แต่ละพื้นที่ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่าๆ กัน ได้พื้นที่ละ 60 คน ทำการสุ่มเลือกจากฐานข้อมูลที่มีอยู่จากผู้นำชุมชน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากกว่า 1 ปี มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและให้ข้อมูลได้ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือในงานวิจัย แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร งานวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงจากเครื่องมืองานวิจัยของ จันจิราภรณ์ จันดี, 2562. เพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จังหวัดเชียงราย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ
2. แบบสอบถามสิ่งคุกคามสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 22 ข้อ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ สัมผัสเป็นประจำ (4 คะแนน) สัมผัสบ่อยครั้ง (3 คะแนน) สัมผัสสนาๆครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยสัมผัส (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผล คือ 1.00 - 2.00 หมายถึง มีการสัมผัสสิ่งคุกคามในระดับน้อย, 2.01 - 3 คะแนน คือ สัมผัสสิ่งคุกคามระดับปานกลางและ 3.01 - 4 คะแนน คือ สัมผัสสิ่งคุกคามระดับมาก
3. แบบสอบถามปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เป็นประจำ (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผล คือ 1.00 - 1.66 หมายถึง มีปัญหาด้านอาชีวอนามัยฯ ระดับเล็กน้อย, 1.67 - 2.33 คะแนน คือ มีปัญหาด้านอาชีวอนามัยฯ ระดับปานกลาง และ 2.34 - 3 คะแนน คือ มีปัญหาด้านอาชีวอนามัยฯ ระดับมาก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำไปหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC = 1 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ (Cronbach's Alpha) ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่า Reliability Test = 0.91 และส่วนที่ 3 ได้ค่า Reliability Test = 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยประชุมวางแผนการดำเนินงานวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประเมินคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหา
2. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่ รวมถึงนัดหมายก่อนลงพื้นที่
4. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลแบบสอบถามตามกำหนดวัน โดยมีตัวแทนชุมชนและตัวแทน อสม. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนักศึกษาช่วยงานในการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากการทำงานและปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการ 104/2567 หมายเลขรับรอง CRPPHO 94/257 วันที่ 9 ตุลาคม 2567- 8 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า แรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.72 และเพศหญิง 40.28 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 43.33 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่ทำการเกษตรโดยการทำนา ร้อยละ 72.22 และมีระยะเวลาทำการเกษตรอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 43.33

ผลการวิเคราะห์สิ่งคุกคามทางสุขภาพ 5 ด้าน จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ พบว่า แรงงานสูงอายุ มีการสัมผัสสิ่งคุกคาม ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.021$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ 1 สิ่งคุกคามด้านกายภาพ มีการสัมผัสอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}= 1.977$) การสัมผัสที่พบมากที่สุด คือ การทำงานในสภาพอากาศที่ร้อนจัด ร้อนอบอ้าว แดดจัด จนมีเหงื่อไหลตลอดเวลาในที่ทำงาน สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.656$) ด้านที่ 2 สิ่งคุกคามด้านเคมี มีการสัมผัสอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 2.209$) การสัมผัสมากที่สุด คือ สัมผัสกับฝุ่นจากดินหรือละอองพืช มีการสัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.247$) ด้านที่ 3 สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ มีการสัมผัสอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=1.779$) การสัมผัสมากที่สุด คือ สัมผัสกับเชื้อราหรือแบคทีเรียจากพืชหรือดิน ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=1.903$) ด้านที่ 4 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ มีการสัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.131$) การสัมผัสมากที่สุด คือ ต้องทำงานซ้ำๆ เดิม ๆ เป็นเวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.306$) และด้านที่ 5 สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.007$) การสัมผัสมากที่สุด คือ กังวลเรื่องผลผลิต หรือราคาต้นทุนที่สูงขึ้น สัมผัสในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.317$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ ในเขต อ.เมือง จ.เชียงราย

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
สิ่งคุกคามด้านกายภาพ			
1. ทำงานในที่ที่มีเสียงดังรบกวน เช่น เสียงเครื่องพ่นยา เครื่องตัดหญ้า หรือเครื่องมืออื่นๆ	2.047	0.646	ปานกลาง
2. ทำงานในสภาพอากาศที่ร้อนจัด ร้อนอบอ้าว แดดจัด จนมีเหงื่อไหลตลอดเวลาในที่ทำงาน	2.656	0.795	ปานกลาง
3. ทำงานกับเครื่องมือที่ความสั่นสะเทือนตลอดเวลา เช่น เครื่องตัดหญ้า	2.003	0.702	ปานกลาง
4. ทำงานในที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ เช่น โรงเก็บเมล็ดพืช โรงเรือน	1.203	0.472	เล็กน้อย
ภาพรวมรายด้าน	1.977	0.653	เล็ก



ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
สิ่งคุกคามด้านเคมี			
5. ท่านใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า	2.217	0.933	ปานกลาง
6. ท่านสัมผัสกับปุ๋ยเคมีหรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ	2.197	0.713	ปานกลาง
7. ท่านสัมผัสกับฝุ่นจากดินหรือละอองพืช	2.247	0.682	ปานกลาง
8. ท่านสัมผัสกับควันหรือไอระเหยจากการเผา เช่น น้ำมันเครื่อง การเผาเศษพืช	2.175	0.654	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้าน	2.209	0.745	ปานกลาง
สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ			
9. ท่านสัมผัสกับน้ำลาย มูลสัตว์หรือหรือสารคัดหลั่งอื่นๆ ของสัตว์ในพื้นที่ทำงาน	1.511	0.532	เล็กน้อย
10. ท่านสัมผัสกับน้ำที่อาจมีเชื้อโรค หรือทำงานในบริเวณที่มีน้ำขัง	1.847	0.747	เล็กน้อย
11. ท่านสัมผัสกับเชื้อราหรือแบคทีเรียจากพืชหรือดิน	1.903	0.711	เล็กน้อย
12. ท่านถูกแมลงหรือสัตว์มีพิษกัดต่อยขณะทำงาน	1.856	0.685	เล็กน้อย
ภาพรวมรายด้าน	1.779	0.668	เล็กน้อย
สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์			
13. ท่านต้องยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักขณะทำงาน	1.938	0.681	เล็กน้อย
14. ท่านต้องทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง เช่น เอี้ยวตัว ยกไหล่ ท่าเดิม ๆ ซ้ำๆ	2.081	0.959	ปานกลาง
15. ท่านต้องทำงานซ้ำๆ เดิม ๆ เป็นเวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง	2.306	0.905	ปานกลาง
16. ท่านต้องใช้แรงมากในการทำงาน	2.200	0.961	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้าน	2.131	0.876	ปานกลาง
สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม			
17. ท่านรู้สึกเครียดจากภาระงานที่มาก	1.900	0.718	เล็กน้อย
18. ท่านกังวลเรื่องรายได้ไม่เพียงพอ	2.181	0.785	ปานกลาง
19. ท่านกังวลเรื่องผลผลิต หรือราคาต้นทุนที่สูงขึ้น	2.317	0.789	ปานกลาง
20. ท่านรู้สึกขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน	1.839	0.801	เล็กน้อย
21. ท่านทำงานด้วยความเร่งรีบเพื่อให้ทันเวลา	2.003	0.721	ปานกลาง
22. ทำทำงานโดยไม่มีเวลาพัก หรือไม่มีวันหยุด	1.806	0.831	เล็กน้อย
ภาพรวมรายด้าน	2.007	0.774	ปานกลาง
ภาพรวม 5 ด้าน	2.021	0.743	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 2 ประเด็น คือ 1. ประเด็นโรคและการเจ็บป่วย 2. ประเด็นอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่า ในประเด็นที่ 1 โรคและการเจ็บป่วยจากการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ พบว่า แรงงานสูงอายุมีปัญหาด้านโรคและการเจ็บป่วยจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.965$) และปัญหาที่พบเจอมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดหลัง ไหล่ หรือส่วนต่างๆ ของร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.517$) รองลงมา คือ อาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด ระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.286$) ส่วนโรคและการเจ็บป่วยที่น้อยที่สุด คือ อาการซึมเศร้า/วิตกกังวล ระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=1.297$) ในประเด็นที่ 2 เป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เรื่องของอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่าแรงงานสูงอายุมีปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=1.481$) และอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ ถูกของมีคมบาด/ตัด/เฉือน/ทิ่มแทง ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.019$) รองลงมา คือ ถูกสัตว์ที่มีความแหลมคมทิ่มตำ/บาดเฉือน เช่น หอย ปู ปลา ระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.880$) และอุบัติเหตุจากการทำงานที่พบน้อยที่สุด คือ การบาดเจ็บจากการทะเลาะวิวาท ระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=0.061$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ ในเขต อ.เมือง จ.เชียงราย

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
โรคและการเจ็บป่วย			
1. อาการปวดหลัง ไหล่ หรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย	2.517	0.505	มาก
2. อาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ	2.256	0.473	ปานกลาง
3. อาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด	2.286	0.452	ปานกลาง
4. อาการปวดศีรษะ	2.061	0.508	ปานกลาง
5. อาการระคายเคืองตาหรือมีปัญหาทางสายตา	2.211	0.606	ปานกลาง
6. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย	1.692	0.697	ปานกลาง
7. อาการหอบหืด/หายใจลำบาก/แน่นหน้าอก	1.428	0.558	เล็กน้อย
8. อาการผื่นคันหรือระคายเคืองผิวหนัง	2.200	0.521	ปานกลาง
9. อาการมือลอก เท้าเปื่อย ติดเชื้อราที่เล็บ	1.703	0.509	ปานกลาง
10. อาการซึมเศร้า/วิตกกังวล	1.297	0.475	เล็กน้อย
อุบัติเหตุจากการทำงาน			
11. ลื่นล้มหรือหกล้ม เสียการทรงตัวขณะทำงาน	1.761	0.499	ปานกลาง
12. พลัดตกจากที่สูง คับหนา ต้นไม้	1.400	0.528	เล็กน้อย
13. ถูกของมีคมบาด/ตัด/เฉือน/ทิ่มแทง	2.019	0.491	ปานกลาง
14. ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือหรืออุปกรณ์การเกษตรหล่น ทับ ตกหล่นใส่หรือกระแทก	1.283	0.458	เล็กน้อย
15. อุบัติเหตุจากการขนส่งหรือเคลื่อนย้ายผลผลิต	1.597	0.616	เล็กน้อย
16. ถูกสัตว์ที่มีความแหลมคมทิ่มตำ/บาดเฉือน เช่น หอย ปู ปลา	1.880	0.695	ปานกลาง
17. ถูกสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์มีพิษทำร้าย	1.153	0.375	เล็กน้อย
18. สารเคมีหกั่วไหล รดตัวหรือเสื้อผ้า	1.133	0.348	เล็กน้อย
19. สารเคมีกระเด็นเข้าดวงตาหรือเข้าปากโดยไม่ตั้งใจ	1.522	0.587	เล็กน้อย
20. การบาดเจ็บจากการทะเลาะวิวาท	1.061	0.262	เล็กน้อย

สรุป อภิปรายผล

แรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมต้องเผชิญกับปัจจัยคุกคามทางสุขภาพที่หลากหลาย จากผลการวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบมากที่สุดคือ สภาพอากาศที่ร้อนจัดและแดดแรง ซึ่งเป็นลักษณะของสิ่งคุกคามด้านกายภาพที่พบได้ทั่วไปในภาคการเกษตรของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือที่มีภูมิอากาศร้อนและมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากกิจกรรมของมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันจิราภรณ์ จันตะ (2562) ที่ทำการประเมินสิ่งคุกคามทางสุขภาพกับปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายของผู้สูงอายุในชุมชนสะลอง-ซีเหล็ก อ.แมริม จ.เชียงใหม่ พบว่า แรงงานสูงอายุทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูงตลอดเวลา ส่งผลให้มีเหงื่อออกมาก และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระดับสูง ($X = 2.46$) ทั้งนี้ แรงงานสูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมมักมีกิจกรรมที่ต้องเผชิญกับอุณหภูมิที่สูงเป็นเวลานาน เช่น การปลูก การดูแล หรือการเก็บเกี่ยวพืชผลทางการเกษตร อีกทั้ง ภาคเหนือของประเทศไทยมีลักษณะภูมิประเทศที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสภาพอากาศร้อนเพิ่มขึ้น ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ การลดลงของพื้นที่ป่า การเผาพื้นที่เกษตรกรรม และภาวะความแห้งแล้ง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้แรงงานภาคเกษตร โดยเฉพาะแรงงานสูงอายุ ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจากข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization [ILO], 2019) พบว่าการทำงานในสภาพอากาศที่ร้อนส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเครียดจากความร้อน (heat stress) จึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพร้ายแรง เช่น โรคลมแดด (heat stroke) ได้ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีความสามารถในการปรับตัวต่อความร้อนได้ลดลง (World Health Organization [WHO], 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพร ศุทธาภรณ์และคณะ (2561) ที่ศึกษาสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มผู้ปลูกลำไย จังหวัดลำพูน สิ่งคุกคามที่สำคัญที่สุด คือ การทำงานภายใต้สภาพอากาศร้อนและแดดจัด รองลงมาคือ การสัมผัสฝุ่นดิน และการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพแล้ว แรงงานสูงอายุในภาคเกษตรกรรมยังต้องเผชิญกับ ปัจจัยคุกคามทางจิตสังคม เช่น ความเครียดจากปริมาณและคุณภาพของผลผลิต ต้นทุนที่สูงขึ้น และความไม่แน่นอนของราคาผลผลิต ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ นอกจากสิ่งคุกคามด้านกายภาพที่แรงงานสูงอายุมีการสัมผัสมากที่สุดแล้ว ยังพบว่า แรงงานสูงอายุมีความกังวลเรื่องผลผลิต หรือราคาต้นทุนที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามทางจิตสังคมที่สำคัญรองลงมาจากสิ่งคุกคามด้านกายภาพ ความเครียดทางเศรษฐกิจนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงการทำงานในท่าทางเดิม ๆ ซ้ำๆ หรือการสัมผัสกับฝุ่นดิน ที่แรงงานสูงอายุพบเจอเช่นเดียวกัน

ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานเกษตรกรรมของแรงงานสูงอายุ มี 2 ประเด็นคือ โรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน พบว่า โรคและการเจ็บป่วยที่แรงงานสูงอายุ พบปัญหามากที่สุด คือ อาการปวดหลัง ไหล่ หรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ชายเกลี้ยงและคณะ (2564) ที่ศึกษาความชุกของการปวดหลังจากการทำงานและสภาพแวดล้อมทางกายภาพของเกษตรกรสวนยางพารา อ.น้ำยืน จ.อุบลราชธานี ที่พบว่า เกษตรกรถูกวินิจฉัยด้วยโรคปวดหลังจากการทำงาน จำนวน 185 คน จากข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรคปวดหลังจากการทำงานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เป็นผู้ประกอบอาชีพผู้ปลูกพืชไร่และพืชผัก ทำไร่ ขวานาปลูกข้าว ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องใช้ร่างกายอย่างหนัก ทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน การก้มปลูกพืช การนั่งยองถอนวัชพืช และการแบกหามผลผลิต ซึ่งทำให้เกิดแรงกดทับที่กระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อส่วนหลังอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ สิริโชค ปะทิ (2560) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปวดหลังของเกษตรกรผู้ปลูกลำไย คือ ท่าทางการนั่งทำงานที่ต้องเอนตัวไปข้างหน้า มีผลต่อการปวดหลังมากกว่าตัวตรง 12.80 เท่า หากแรงงานสูงอายุมีท่าทางการทำงานเกษตรที่ไม่เหมาะสมและขาดการพักพื้นที่เพียงพอ จึงทำให้เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มแรงงานเกษตรกรรมสูงอายุ อีกทั้ง เมื่ออายุมากขึ้น มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) และมวลกระดูก (Bone Mass) จะลดลง ส่งผลให้แรงงานสูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยลง และเสี่ยงต่อการปวดเรื้อรังมากขึ้น (Keith Palmer and Nicola Goodson, 2016) และจากผลการวิจัยนี้ พบว่า แรงงานสูงอายุ มีปัญหาเรื่องโรคและการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้วยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกาย สรีรวิทยา รวมไปถึงจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและความปลอดภัยในการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การพลัดตกหกล้ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การเดินที่ช้าลง ประสาทสัมผัสเสื่อมลง วิดกกังวล หรือความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้ (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2567) และปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในประเด็น อุบัติเหตุจากการทำงาน

พบว่า แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องถูกของมีคมบาด/ตัด/เฉือน/ทิ่มแทง จากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทชัย เพชรเลียบ (2564) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของเกษตรกรสูงอายุ ต.พุดซา อ.เมือง จ. นครราชสีมา พบว่า อุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งของตัด บาด ทิ่มแทง (ร้อยละ 51.6) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องใช้เครื่องมือทางการเกษตร เช่น มีด จอบ เสียม กรรไกรตัดกิ่ง และอุปกรณ์เก็บเกี่ยวที่มีความคม รวมถึงปัจจัยทางกายภาพและสรีรวิทยาที่ทำให้แรงงานสูงอายุมีความสามารถในการควบคุมและตอบสนองต่ออันตรายลดลง (น้ำเงิน จันทรมณี, 2560) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแรงงานสูงอายุส่งผลให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาท การมองเห็น และการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการควบคุมเครื่องมือ และตอบสนองต่ออันตรายลดลง แรงงานสูงอายุอาจไม่สามารถมองเห็นขอบมีดหรือเครื่องมือตัดได้อย่างชัดเจน (Cleo Varianou - Mikellidou et al, 2019) จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการถูกของมีคมบาด ตัด เฉือน ทิ่มแทงได้ง่ายกว่าแรงงานกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนามาตรการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ออกแบบมาตรการป้องกัน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากความร้อน ฝุ่นสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและท่าทางการทำงานที่เหมาะสม ส่งเสริมการตรวจสุขภาพแรงงานสูงอายุและตรวจติดตามผลกระทบของการทำงาน และการจัดกิจกรรมรับฟัง แลกเปลี่ยนวิธีแก้ไขปัญหามา เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานให้เกิดความปลอดภัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีและลดอันตรายจากการทำงาน

สำหรับการวิจัยในครั้งถัดไป อาจขยายขอบเขตการศึกษาที่หลากหลายขึ้น เช่น แรงงานเกษตรกรรมสูงอายุในพื้นที่ชนบทหรือจังหวัดอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ วิเคราะห์ว่าแรงงานมีพฤติกรรมการทำงานดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร และพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพหรือไม่ หรือทดลองใช้มาตรการหรือแนวทางลดความเสี่ยงโดยอาจมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับวิธีการลดปัญหาสุขภาพ เช่น การใช้เทคโนโลยีช่วยลดแรงงาน หรือการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติที่ดีขึ้น สำหรับการทำงานเกษตรกรรมในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดเชียงราย. (2564). *แผนพัฒนาจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2566-2570*. http://123.242.164.131/cpwp/wpcontent/uploads/2021/10/planyear66_70_resize.pdf
- จันจิราภรณ์ จัน๊ะ. (2562). การประเมินสิ่งคุกคามทางสุขภาพกับปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายของผู้สูงอายุในชุมชนสะลง-ซีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2562
- น้ำเงิน จันทรมณี. (2560). ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของอาชีพแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 112-123.
- วิทชัย เพชรเลียบ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของเกษตรกรสูงอายุ ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 14(2), 114-127.
- วีระพร ศุทธาภรณ์, ธาณี แก้วธรรมานุกูล และกัลยาณี ตันตรานนท์. 2561. สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มผู้ปลูกลำไย. *พยาบาลสาร*, 45(2), 134-147.
- ศิรินิตดา ปรีชา, อธิพัฒน์ เชื้อนปัญญา และปราณี จิระกิตติเจริญ. (2566). *แรงงานสูงวัยปรับตัวอย่างไร...ให้ทันเทรนด์*. <https://www.bot.or.th/th/research-and-publications/articles-and-publications/articles/regional-articles/reg-article-2024-02.html>
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน). (2567). เพราะผู้สูงอายุมีความเสี่ยง ความปลอดภัยในการทำงานจึงต้องคำนึงถึง. <https://www.tosh.or.th/index.php/blog/item/1519-2024-10-11-07-48-17>



- สิริโชค ปะทิ .2560 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่เข้ารับการรักษาศรีวิชัยวิทยาลักษณ์บำบัด
โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1526/1/F433001.pdf>
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, กวิสทรารินทร์ คณะพันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2564). ความชุกของการปวดหลังจากการทำงาน
และสภาพแวดล้อมทางการเกษตรกรรมของเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสาร
วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(1), 101-111.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย. (2566). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัด
เชียงราย ประจำปี 2566*. <https://chiangrai.msociety.go.th/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2566). *การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP)
จังหวัดเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย ปีงบประมาณ 2566*. [https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
report.php?source=pformatted/formatAgephp&cat_id=966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&ld=aa
86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151#](https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatAgephp&cat_id=966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&ld=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151#)
- Cleo Varianou-Mikellidou, Georgios Boustras, Christos Dimopoulos, Jean-Luc Wybo, Frank W. Guldenmund
, Olga Nicolaidou and Ioannis Anyfantis . (2019). Occupational health and safety management
in the context of an ageing workforce. *Safety Science*,116,231–24 [https://www.sciencedirect.
com/science/article/abs/pii/S0925753518304570](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753518304570)
- International Labour Organization. (2019). *Informal economy*. [https://www.ilo.org/projects-and-
partnerships/projects/partnership-improving-prospects-for-civily-displaced-personsandhost/themes
/informal-economy](https://www.ilo.org/projects-and-partnerships/projects/partnership-improving-prospects-for-civily-displaced-personsandhost/themes/informal-economy)
- International Labour Organization. (2019). *Working on a warmer planet: The impact of heat stress on
labour productivity and decent work*. Geneva: ILO. [https://www.ilo.org/sites/default/files/
wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_711919.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_711919.pdf)
- Khan, N. R., Dipti, T. R., Ferdousi, S. K., Hossain, M. Z., Ferdousi, S., Sony, S. A., Islam, M. S. (2015). *Occupational health hazards among workers of garment factors in Dhaka city, Bangladesh*. *Journal of Dhaka Medical College*, 24(1),36-43.
- Keith Palmer and Nicola Goodson. (22 February 2016). *Ageing, musculoskeletal health and work*. [https://
pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4762198/](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4762198/)
- Occupational Safety and Health Administration. (2019). *Occupational noise exposure*. [https://www.osha.
gov/noise/health-effects](https://www.osha.gov/noise/health-effects)
- Wayne W.D. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley &
Sons, Inc; 1995.
- World Health Organization. (2021). *Heat and health*. [https://www.who.int/news-room/fact-
sheets/detail/climate-change-heat-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-heat-and-health)



การพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The development of operational safety capabilities of personnel and safety management systems of child development centers under of local administrative organizations in the Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai

สันต์พิชญ์ พิมูลชาติ¹, ธนพนธ์ คำเที่ยง¹, ผศ.ดร.กาญจนา ปินตาคำ¹, วุฒิยุทธ ตาล้า² และวารุณี พันธวงศ์^{1*}

Sunphich Phimoolchat¹, Thanaphon Khamthiang², Asst. Prof. Dr.Kanjanar Pintakham³, Wuttiyut Talam⁴, Warunee phanwong^{5*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังการเสริมสร้างศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 25 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยของเด็กนักเรียน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 กระบวนการ คือ การสำรวจสภาพปัจจุบันของบุคลากร การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการความปลอดภัยให้กับบุคลากร และการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อความปลอดภัย แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย แบบสอบถามสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัย และแบบทดสอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (T-Test) ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกอาคารอยู่ในระดับดีมาก คือ ร้อยละ 91.89, $\pm$ 10.17 และร้อยละ 87.11, $\pm$ 5.93 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร พบว่า ประเด็นที่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางที่ต้องเสริมสร้างศักยภาพ คือ ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น การระบุจุดเสี่ยงด้านความปลอดภัย และการจัดการภาวะฉุกเฉิน และผลการประเมินความรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการจัดการระบบความปลอดภัยอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กเล็ก

คำสำคัญ: ความปลอดภัย, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ศักยภาพบุคลากร, การจัดการความปลอดภัย, เชียงราย



Abstract

This study aimed to examine the current state of safety capabilities among personnel and to compare safety knowledge before and after the enhancement of operational safety capacities among staff at child development centers in Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. A mixed-method research design was employed. The study population consisted of 25 purposively selected staff members based on their roles in managing children's safety. The research comprised three processes: (1) surveying the current status of personnel; (2) organizing safety management training workshops for the staff; and (3) evaluating the effectiveness of the personnel capacity development program. Research tools included assessment forms for internal and external building safety, questionnaires regarding the current safety capability of personnel and safety management systems, and tests assessing the operational safety knowledge of staff at child development centers. Data were analyzed using descriptive statistics including means, percentages, standard deviations, and the paired t-test. The findings revealed that the evaluations of internal and external environmental safety were at very good levels ($91.89\% \pm 10.17$ and $87.11\% \pm 5.93$, respectively). The analysis of personnel safety capabilities indicated that skills requiring improvement at low to moderate levels included basic first aid, identification of safety hazards, and emergency management. Additionally, significant differences were found in safety knowledge before and after the training program at the 0.05 statistical significance level. This research underscores the critical importance of systematically developing personnel capacities and safety management systems to effectively prevent accidents and promote the well-being of young children.

Keywords: Safety, Child Development Centers, Personnel Capacity, Safety Management, Chiang Rai

¹ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Ratchabhat University.

² โรงพยาบาลแม่ลาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

² Maelao Hospital, Chiang Rai Provincial Health Office.

*Corresponding author e-mail: warunee.pha@crru.ac.th



บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นรากฐานที่สำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และความปลอดภัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน โดยเฉพาะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อย่างไรก็ตาม สภาพแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปัจจุบันยังคงเผชิญกับปัญหาความปลอดภัยในหลายด้าน ทั้งในส่วนของอุปกรณ์ เครื่องเล่น สนามเด็กเล่น สภาพแวดล้อมโดยรวม รวมไปถึงระบบการจัดการที่อาจยังขาดความเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของโสมศิริ เดชารัตน์ และธนวรรณ บัวเจริญ (2565) ที่รายงานว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนมากยังขาดมาตรการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากกิจกรรมการเล่นของเด็กในอัตราที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดระบบบันทึกข้อมูลและตรวจสอบการบาดเจ็บของเด็ก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้สามารถดูแลความปลอดภัยของเด็กอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ ผลงานวิจัยของ Al-Hajj และคณะ (2020) ยังสนับสนุนประเด็นดังกล่าวด้วยข้อมูลจากโรงเรียนเอกชนในประเทศเลบานอนที่พบอัตราการบาดเจ็บของนักเรียนสูงถึง 419.1 ราย ต่อเด็ก 1,000 คนต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบบริหารจัดการความปลอดภัยในสถานศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงราย (2566) รายงานว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 66 แห่ง มักประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านความปลอดภัย รวมทั้งขาดระบบบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐาน

จากข้อมูลข้างต้นจึงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในด้านความปลอดภัยอย่างเร่งด่วน งานวิจัยฉบับนี้จึงมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการของบุคลากร ควบคู่ไปกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการความปลอดภัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการดูแลเด็กเล็ก และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งมีกระบวนการดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 9 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความปลอดภัยของเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 25 คน

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูล

2.1.2 ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความขอออกหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

2.1.3 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่รวบรวมข้อมูลโครงการวิจัย



2.2 การศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพปัญหาด้านการจัดการความปลอดภัย

2.2.1 สํารวจสภาพแวดล้อมและมาตรฐานความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.2.2 ดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.2.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปลอดภัย โดยจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.3.1 ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการทดสอบความรู้ของผู้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพก่อนและหลังการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

2.4 การประเมินผล

2.4.1 วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลเพื่อนำเสนอแนวทางพัฒนาในอนาคต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 4 รายการ ได้แก่

3.1.1 แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อความปลอดภัย เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562 ประกอบด้วย หัวข้อประเมินจำนวน 35 หัวข้อ โดยการสรุปผลการประเมินเป็น 4 ระดับคุณภาพ คือ ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป = ดีมาก, ร้อยละ 60.00-79.99 = ดี, ร้อยละ 40.00-59.99 = ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ และต่ำกว่าร้อยละ 40.00 = ต้องปรับปรุง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2562)

3.1.2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562 ประกอบด้วย หัวข้อประเมิน 25 ข้อ โดยการสรุปผลการประเมินเป็น 4 ระดับคุณภาพ คือ ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป = ดีมาก, ร้อยละ 60.00-79.99 = ดี, ร้อยละ 40.00-59.99 = ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ และต่ำกว่าร้อยละ 40.00 = ต้องปรับปรุง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2562)

3.1.3 แบบสอบถามสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรและระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่อยู่ จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำนวนเด็กที่ดูแล ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล และตำแหน่ง ส่วนที่ 2 แบบสำรวจศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร โดยกำหนดรูปแบบการเก็บข้อมูล 5 ระดับตามมาตรวัดเจตคติแบบลิเกิร์ต (Likert scale) คือ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, และ 1 = น้อยที่สุด (รณกฤต ผลแมน และมาลีรัตน์ ขจิตเนติธรรม, 2567) ส่วนที่ 3 แบบสำรวจระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดรูปแบบการเก็บข้อมูลมี และไม่มี และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3.1.4 แบบทดสอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ-สกุลผู้เข้ารับการฝึกอบรม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำแหน่งปัจจุบัน และวัน/เดือน/ปีที่ทำแบบทดสอบ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย แบบทดสอบแบบถูกผิดจำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็นแบบทดสอบความรู้ทางการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยชีวิต (CPR) จำนวน 10 ข้อ แบบทดสอบการตรวจประเมินการตรวจสอบอันตราย และจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ และแบบทดสอบการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จำนวน 10 ข้อ

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในกระบวนการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยดำเนินการหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาข้อคำถามการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งมีค่า IOC เท่ากับ 0.96



4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบที (T-Test)

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ถนนเชียงราย-เทิง จ.เชียงราย 57000 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 ใบรับรองหมายเลขโครงการ CRPPHO 123/2567 โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาด้านความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในอาคาร เพื่อประเมินความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะและการป้องกันอันตรายของเด็กปฐมวัย (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2562)

1.1 ผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อความปลอดภัย

การจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารที่ปลอดภัยและเหมาะสมมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เด็กใช้เวลาอยู่เป็นเวลานาน เช่น ห้องเรียน ห้องนอน ห้องน้ำ และพื้นที่กิจกรรม จำเป็นต้องมีระบบที่ปลอดภัย สะอาด มีการจัดการที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารจึงมีเป้าหมายเพื่อระบุจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาให้สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัยสำหรับเด็กอย่างยั่งยืน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อความปลอดภัย

ลำดับที่	หมายเลขศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	หัวข้อประเมิน	หัวข้อที่ผ่าน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
1	3057503801	35	33	94.00	ดีมาก
2	3057503802	35	32	91.00	ดีมาก
3	3057503803	35	25	71.00	ดี
4	3057503804	35	35	100.00	ดีมาก
5	3057503805	35	33	94.00	ดีมาก
6	3057503806	35	35	100.00	ดีมาก
7	3057503807	35	35	100.00	ดีมาก
8	3057503808	35	27	77.00	ดี
9	3057503809	35	35	100.00	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			32.22 (3.52)	91.89 (10.17)	

จากตารางที่ 1 การประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 9 แห่ง พบว่าศูนย์ส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนรวมเต็ม 35 คะแนน ซึ่งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง ได้แก่ ศพด.3057503804 ศพด.3057503806 ศพด.3057503807 และ ศพด.3057503809 ได้คะแนนเต็ม 35 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยไม่มีข้อที่ไม่ผ่านเลย ในขณะที่ ศพด.3057503803 ได้คะแนน 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71 ซึ่งเป็นคะแนนต่ำที่สุด และจัดอยู่ในระดับดี



เมื่อวิเคราะห์ข้อที่ไม่ผ่าน พบว่า ปัญหาหลักที่พบในบางศูนย์ ได้แก่ ระบบห้องน้ำเด็ก อุปกรณ์ไฟฟ้า ความปลอดภัยของบันได พื้นลื่น พื้นต่างระดับ รวมถึงแสงสว่างในพื้นที่ใช้งานภายในตัวอาคาร ตามลักษณะการใช้งานของพื้นที่

1.2 การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย

สภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเป็นพื้นที่สำคัญที่เด็กปฐมวัยใช้ในการเล่นและทำกิจกรรมกลางแจ้ง ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการด้านร่างกายและสังคมโดยตรง พื้นที่ดังกล่าวจึงต้องมีความปลอดภัยทั้งด้านโครงสร้าง ความสะอาด การจัดการสนามเด็กเล่น การจัดทางเดิน และการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารจึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินความพร้อมและมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่มีต่อเด็กปฐมวัย ทั้งในแง่กายภาพและการจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนทางพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้นในระยะยาว รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย

ลำดับที่	หมายเลขศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	หัวข้อประเมิน	หัวข้อที่ผ่าน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
1	3057503801	25	21	84	ดีมาก
2	3057503802	25	20	80	ดีมาก
3	3057503803	25	21	84	ดีมาก
4	3057503804	25	21	84	ดีมาก
5	3057503805	25	23	92	ดีมาก
6	3057503806	25	24	96	ดีมาก
7	3057503807	25	23	92	ดีมาก
8	3057503808	25	20	80	ดีมาก
9	3057503809	25	23	92	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			21.78 (1.48)	87.11 (5.93)	

จากตารางที่ 2 อธิบายผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 9 แห่ง พบว่า ทุกศูนย์มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก โดยใช้เกณฑ์การประเมินรวม 25 คะแนน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ 3057503806 ซึ่งได้คะแนน 24 คะแนน (ร้อยละ 96) มีเพียง 1 ข้อที่ไม่ผ่าน ส่วนศูนย์อื่น ๆ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 23 คะแนน (ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 92)

เมื่อพิจารณาร้อยละของข้อที่ไม่ผ่าน พบว่า ประเด็นที่มักพบ ได้แก่ พื้นที่รอบรั้วที่ยังไม่แข็งแรงเพียงพอ การจัดการสนามเด็กเล่นที่ยังขาดวัสดุป้องกันการกระแทก หรือการใช้สีที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของการจัดการภายนอกอาคารถือว่าอยู่ในระดับที่ดีมาก มีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้หากมีการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการ

1.3 ดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยสำหรับบุคลากรมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่จริง การศึกษาสภาพปัจจุบันของศักยภาพบุคลากรจึงเป็นขั้นตอนสำคัญ ข้อมูลจากแบบประเมินนี้สะท้อนถึงระดับความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การจัดการสภาพแวดล้อม การประเมินความเสี่ยง ไปจนถึงการสื่อสารกับผู้ปกครอง รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร (N=25)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อม	1 (4.00)	18 (72.00)	6 (24.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. ระบุจุดเสี่ยงด้านความปลอดภัย	1 (4.00)	17 (68.00)	7 (28.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น	1 (4.00)	12 (48.00)	12 (48.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. ความรู้การใช้อุปกรณ์ดับเพลิงและอพยพ	2 (8.00)	13 (52.00)	10 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
5. การจัดการภาวะฉุกเฉิน	2 (8.00)	14 (56.00)	8 (32.00)	1 (4.00)	0 (0.00)
6. ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัย	10 (40.00)	12 (48.00)	3 (12.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
7. ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย	11 (44.00)	11 (44.00)	3 (12.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
8. มีส่วนร่วมพัฒนาระบบความปลอดภัย	8 (32.00)	11 (44.00)	5 (20.00)	1 (4.00)	0 (0.00)
9. สื่อสารด้านความปลอดภัยกับผู้ปกครอง	6 (24.00)	14 (56.00)	5 (20.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
10. เข้าร่วมอบรมความปลอดภัย	7 (28.00)	12 (48.00)	5 (20.00)	1 (4.00)	0 (0.00)

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร (N=25) พบว่า บุคลากรมีศักยภาพอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

- ศักยภาพที่บุคลากรมีในระดับสูงสุด ได้แก่ การปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 44.00) และการตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัย อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 40.00)
- ในด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อม พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีศักยภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 72.00) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในระดับมากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ รองลงมาคือด้านการระบุจุดเสี่ยงด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68.00)
- ด้านทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นมีความน่าสนใจเนื่องจากบุคลากรมีศักยภาพกระจายเท่ากันระหว่างระดับมากและปานกลาง (ร้อยละ 48.00) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอาจเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม มีเพียง 3 ด้านที่มีบุคลากรบางส่วนอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การจัดการภาวะฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบความปลอดภัย และการเข้าร่วมอบรมความปลอดภัย (ร้อยละ 4.00)

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากผลการวิเคราะห์ศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากร ผู้วิจัยวิเคราะห์แล้วเห็นว่าหลักสูตรการฝึกอบรม ที่ต้องดำเนินการเพื่อเป็นการสร้างศักยภาพด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากร มีดังต่อไปนี้

1.4.1 หลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยชีวิต (CPR) จากข้อมูลพบว่าทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นมีบุคลากรอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 4.00) และมีถึงร้อยละ 48.00 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นสัดส่วนระดับปานกลางที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ทักษะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4.2 หลักสูตรการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองการใช้อุปกรณ์ดับเพลิงและอพยพ การจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นหนึ่งในสามด้านที่มีบุคลากรบางส่วน (ร้อยละ 4.00) อยู่ในระดับน้อย และอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 8.00) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ต้องใช้ในสถานการณ์วิกฤตที่ไม่คาดคิด การเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในด้านนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน

1.4.3 หลักสูตรการตรวจประเมิน การตรวจสอบอันตราย และการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เนื่องจากผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย ยังมีประเด็นที่พบ ได้แก่ พื้นที่รอบรั้วที่ยังไม่แข็งแรงเพียงพอ การจัดการสนามเด็กเล่นที่ยังขาดวัสดุป้องกันการกระแทก หรือการใช้สีที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาหลักที่พบในบางศูนย์ ได้แก่ ระบบห้องน้ำเด็ก อุปกรณ์ไฟฟ้า ความปลอดภัยของบันได พื้นลื่น พื้นต่างระดับ รวมถึงแสงสว่างในพื้นที่ใช้งานภายในตัวอาคาร ตามลักษณะการใช้งานของพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ายังต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยเหล่านี้เพื่อพัฒนาและบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการกำจัดความปลอดภัยปลอดภัยเหล่านั้นต่อไป



การจัดหลักสูตรทั้ง 3 นี้จะช่วยยกระดับศักยภาพของบุคลากรในด้านที่ยังมีโอกาพัฒนา โดยมุ่งเน้นทั้งทักษะปฏิบัติที่จำเป็นในสถานการณ์ฉุกเฉิน (การปฐมพยาบาล การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง และการระงับเหตุฉุกเฉิน) และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงรุก เช่น กรณีเกิดอุบัติเหตุ การตรวจสอบสภาพความปลอดภัยของพื้นที่ การจัดการอันตราย การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการระงับเหตุฉุกเฉิน) ซึ่งจะช่วยพัฒนาศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

2. เปรียบเทียบความรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

เพื่อให้การดำเนินงานตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในการเสริมสร้างศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านความปลอดภัยของบุคลากร และเพื่อพัฒนาระบบจัดการความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการขึ้นในครั้งนี้ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และความเข้าใจแก่บุคลากรในการจัดการความปลอดภัยให้แก่เด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือและจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในโครงการนี้อย่างชัดเจน จึงได้กำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 หลักสูตรดังต่อไปนี้

2.1.1 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยชีวิต (CPR) การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตด้วยวิธี CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) เป็นทักษะที่สำคัญในการช่วยเหลือนชีวิตผู้ประสบเหตุเบื้องต้นก่อนถึงมือแพทย์ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องมีการตอบสนองอย่างทันท่วงที ซึ่งบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดูแลเด็กในสภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.1.2 การตรวจประเมิน การตรวจสอบอันตราย และการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การตรวจประเมินและชี้บ่งอันตราย รวมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ถือเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการฝึกอบรมนี้มุ่งเน้นให้บุคลากรมีทักษะในการตรวจสอบวิเคราะห์ และจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กจะได้รับการดูแลในพื้นที่ที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการพัฒนาในทุกด้าน

2.1.3 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เพื่อให้บุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความพร้อมในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์และทักษะเชิงปฏิบัติการ ฝึกการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และพัฒนาการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสามารถบริหารจัดการสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจและปลอดภัยต่อเด็กอย่างสูงสุด

2.2 การประเมินผล

การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปลอดภัยก่อนและหลังฝึกอบรม สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อสำคัญต่างๆ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผลที่ได้มีการแสดงเป็นคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม รวมทั้งมีการประเมินเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ผลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถวิเคราะห์ประสิทธิผลของการจัดอบรม และนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการความปลอดภัย (N=25)

ลำดับที่	ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	ก่อนฝึกอบรม (คะแนน)	หลังฝึกอบรม (คะแนน)	ผลต่าง (คะแนน)	ร้อยละ (ผลต่าง)
1	บุคลากรคนที่ 1	26.00	26.00	0.00	0.00
2	บุคลากรคนที่ 2	24.00	30.00	6.00	20.00
3	บุคลากรคนที่ 3	24.00	26.00	2.00	7.69
4	บุคลากรคนที่ 4	27.00	30.00	3.00	10.00
5	บุคลากรคนที่ 5	27.00	30.00	3.00	10.00



ลำดับที่	ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	ก่อนฝึกอบรม (คะแนน)	หลังฝึกอบรม (คะแนน)	ผลต่าง (คะแนน)	ร้อยละ (ผลต่าง)
6	บุคลากรคนที่ 6	25.00	25.00	0.00	0.00
7	บุคลากรคนที่ 7	22.00	22.00	0.00	0.00
8	บุคลากรคนที่ 8	26.00	27.00	1.00	3.70
9	บุคลากรคนที่ 9	23.00	26.00	3.00	11.54
10	บุคลากรคนที่ 10	15.00	25.00	10.00	40.00
11	บุคลากรคนที่ 11	21.00	30.00	9.00	30.00
12	บุคลากรคนที่ 12	24.00	24.00	0.00	0.00
13	บุคลากรคนที่ 13	17.00	30.00	13.00	43.33
14	บุคลากรคนที่ 14	20.00	26.00	6.00	23.08
15	บุคลากรคนที่ 15	24.00	25.00	1.00	4.00
16	บุคลากรคนที่ 16	17.00	24.00	7.00	29.17
17	บุคลากรคนที่ 17	23.00	29.00	6.00	20.69
18	บุคลากรคนที่ 18	24.00	27.00	3.00	11.11
19	บุคลากรคนที่ 19	21.00	22.00	1.00	4.55
20	บุคลากรคนที่ 20	22.00	24.00	2.00	8.33
21	บุคลากรคนที่ 21	20.00	30.00	10.00	33.33
22	บุคลากรคนที่ 22	22.00	25.00	3.00	12.00
23	บุคลากรคนที่ 23	17.00	18.00	1.00	5.56
24	บุคลากรคนที่ 24	20.00	27.00	7.00	25.93
25	บุคลากรคนที่ 25	25.00	27.00	2.00	7.41
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		22.24 (3.28)	26.20 (3.03)	3.96 (3.68)	14.46 (12.93)

จากตารางที่ 4 สรุปผลการทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการความปลอดภัย แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่น่าพอใจ โดยคะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมเพิ่มขึ้นจาก 22.24 เป็น 26.20 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.46 ในภาพรวม ผู้เข้าอบรม 21 คน (ร้อยละ 84.00) มีคะแนนที่สูงขึ้น โดยไม่มีผู้ใดมีคะแนนลดลง ที่น่าสนใจคือมีผู้เข้าอบรมจำนวน 9 คน (ร้อยละ 36.00) ที่มีการพัฒนาของคะแนนสอบเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.00 ขณะที่อีกจำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.00) มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นของคะแนนสอบมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.00

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เนื่องจากมีผู้เข้าอบรม 4 คน (ร้อยละ 16.00) ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ซึ่งอาจต้องการวิธีการสอนที่แตกต่างหรือเข้าถึงได้มากขึ้น คะแนนสูงสุดหลังการฝึกอบรมอยู่ที่ 30 คะแนน และต่ำสุดที่ 18 คะแนน โดยมีผลต่างคะแนนสูงสุดถึง 13 คะแนน (ร้อยละ 43.33) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงจาก 3.22 เป็น 3.03 แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมช่วยลดช่องว่างความรู้ระหว่างผู้เข้าอบรม

จากผลการทดสอบข้างต้น จึงทำการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ (T-Test) เพื่อตรวจสอบว่าผลการทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตาราง Paired Samples T-Test

			statistic	df	p
Pre-Test	Post-Test	Student's t	-5.38	24	<.001*

*ยอมรับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบที (T-Test) แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม ซึ่งบ่งชี้ว่าการฝึกอบรมนี้มีผลต่อการเพิ่มความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมอย่างชัดเจน สรุปได้ว่าการฝึกอบรมนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

สรุป อภิปรายผล

ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่เขตตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า บุคลากรยังคงประสบปัญหาในการจัดการด้านความปลอดภัยที่สำคัญอยู่หลายประการ โดยจากผลการศึกษาชี้พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 72.00 และมีความสามารถในการระบุจุดเสี่ยงด้านความปลอดภัยอยู่ที่ร้อยละ 68.00 ส่วนผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ผลการตรวจประเมินเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 91.89 และร้อยละ 87.11 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในอยู่ในระดับดีมาก แต่อย่างไรก็ตามผลการประเมินยังพบประเด็นที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ ปัญหาระบบห้องน้ำเด็ก อุปกรณ์ไฟฟ้า ความปลอดภัยของบันได พื้นลื่น พื้นต่างระดับ และแสงสว่างภายในตัวอาคารที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งานอย่างปลอดภัย เมื่อมีการดำเนินการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับบุคลากรในด้านการจัดการความปลอดภัย โดยเน้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจริง ส่งผลให้บุคลากรพัฒนาความรู้ความเข้าใจ รวมถึงทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความปลอดภัยอย่างชัดเจน โดยภายหลังการฝึกอบรมพบว่ามีคะแนนทดสอบสูงสุดเพิ่มขึ้นเป็น 30 คะแนน จากเดิมที่คะแนนต่ำสุดคือ 18 คะแนน โดยคะแนนเพิ่มขึ้นถึง 13 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ขณะที่ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทดสอบก็ลดลงจาก 3.22 เป็น 3.03 ซึ่งสะท้อนว่าการอบรมมีประสิทธิภาพในการลดความแตกต่างของระดับความรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งผลการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบที (T-Test) ยืนยันชัดเจนว่าคะแนนทดสอบก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการจัดอบรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการวิจัยข้างต้นชี้ให้เห็นว่าในด้านสภาพปัจจุบันของศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย ประสบกับความท้าทายด้านความปลอดภัยหลายประการ เช่น ระบบสุขาภิบาลในห้องน้ำ โครงสร้างบันได พื้นผิวที่ลื่น พื้นต่างระดับ ระบบอุปกรณ์ไฟฟ้า และความเข้มของแสงสว่างที่ไม่ได้มาตรฐาน ปรากฏการณ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของโสเมศิริ เดชรัตน์ และธนวรรณ บัวเจริญ (2565) ซึ่งพบประเด็นปัญหาในมิติที่คล้ายคลึงกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดพัทลุง โดยเฉพาะความไม่เพียงพอของแสงสว่างในพื้นที่สำคัญ เช่น ห้องสุขา ทางสัญจร และบริเวณปฏิบัติงานของครู นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านการซ่อมบำรุงเครื่องเล่นสนามที่ชำรุด อันเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการบริหารจัดการด้านสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ความปลอดภัยในพื้นที่ตำบลแม่ยาวเช่นเดียวกัน

และจากการดำเนินการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับบุคลากรในด้านการจัดการความปลอดภัย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 72.00) ในเขตพื้นที่ตำบลแม่ยาวมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมและมีความสามารถในการประเมินจุดเสี่ยง (ร้อยละ 68.00) ซึ่งภายหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการทดสอบแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่มีนัยสำคัญ โดยคะแนนสูงสุดเพิ่มขึ้นจาก 18 คะแนน เป็น 30 คะแนน (ร้อยละ 43.33) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมในการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปลอดภัย อีกทั้งผลการวิจัยที่มีข้อค้นพบที่สำคัญและน่าสนใจเกี่ยวกับศักยภาพด้านความปลอดภัยของบุคลากรที่ยังคงประสบปัญหาในการจัดการด้านความปลอดภัยที่สำคัญ เช่น ในด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิต การจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การตรวจประเมินและชี้บ่งอันตราย และความพร้อมในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยของสุนีย์ เรือนชัย (2559) และเพ็ญโสภา เทพปิ่น (2558) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนและประสิทธิภาพในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่นนี้ จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่หน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้องจะพิจารณาถึงความจำเป็นในการส่งเสริมและสร้างศักยภาพด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากรในหน่วยงานเชิงพื้นที่ตามความเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ ปัญหาเชิงการบริหารจัดการที่พบในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของณิกานต์ นันทาลิต และคณะ (2558) และเสาวรักษ์ คำภีระ (2561) ที่ระบุถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ โครงสร้างอาคารสถานที่ที่ไม่



เอื้ออำนวย และการพัฒนาบุคลากรที่ไม่เพียงพอในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเชียงราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการจัดการด้านความปลอดภัย และสวัสดิภาพของเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การบริหารจัดการด้านความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาดังต่อไปนี้

1. ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรจัดอบรมปฏิบัติการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง พร้อมเสริมความรู้เฉพาะทางในการจัดการความปลอดภัย และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กเล็ก
2. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการพัฒนากระบวนการความปลอดภัยที่มีคู่มือปฏิบัติชัดเจน พร้อมระบบติดตามและรายงานความเสี่ยงที่เป็นระบบเพื่อปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านเทคโนโลยี ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามงานด้านความปลอดภัยแบบทันทีทั่วถึง และพิจารณาใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น IoT หรือ RFID เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเด็กเล็ก
4. ด้านสภาพแวดล้อม ควรมีการปรับปรุงอาคารสถานที่ให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย และจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ และเครื่องเล่นที่ชำรุดเสียหายเพื่อลดอันตรายและความเสี่ยง
5. ด้านนโยบายและการสนับสนุน ควรมีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างชัดเจน
6. ด้านการวิจัย มีการศึกษาผลระยะยาวของระบบจัดการความปลอดภัย และหาแนวทางขยายผลความสำเร็จไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

- ณิกานต์ นันทาลิต, ชญาดา วรรณภิระ, & รัชพล ศรีธรรม. (2558). การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 8(3), 84-102.
- เพ็ญโสภณ เทพปิ่น. (2558). สภาพและปัญหาการดำเนินการบริหารงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดขอนแก่น. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(2), 1892-1905.
- รณกฤต ผลแมน, & มาลีรัตน์ ขจิตเนติธรรม. (2567). จากมาตรฐานค่าของลิเคิร์ทสู่การพัฒนามาตรค่าแนวใหม่. *วารสารการวัดประเมินผลสถิติและการวิจัยทางสังคมศาสตร์*, 5(1), 1-15.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2562). *มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2568, จาก <https://www.onec.go.th/index.php/book/BookView/1677>
- สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงราย. (2566). *ข้อมูลสารสนเทศทางการศึกษา สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงราย*, สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2567. จาก: <https://cri.moe.go.th/manage/news/files/information2566.pdf>
- สุนีย์ เรียงชัย. (2559). แนวทางการบริหารงานวิชาการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลเวียงเชียงของ. *วารสารครุศาสตร์วิชาการ*, 1(2), 27-39.
- เสาวรักษ์ คำภิละ. (2561). *การดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบนพื้นที่สูง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย* (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยพะเยา).
- โสมศิริ เดชรัตน์, & ธนวรรณ บัวเจริญ. (2565). ผลการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. *วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม E-Journal*, 5(1), 68-74.
- Al-Hajj, S., Nehme, R., Hatoum, F., Zheng, A., & Pike, I. (2020). Child school injury in Lebanon: A study to assess injury incidence, severity and risk factors. *PLoS ONE*, 15(6), e0233465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233465>

รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบ ของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย

Models of health care and occupational safety among informal workers in agricultural occupations in special economic zones Chiang Rai Province

วารุณี พันธวงศ์^{1*}, จุติมา ทาสวรรณอินทร์², กาญจน ปินตาคำ², ธนพนธ์ คำเที่ยง², และสันห์พิชญ์ พิมูลชาติ²

Warunee Phanwong^{1*}, Thitima Thasuwain², Kanjanar Pintakham², Thanaphon Khamthiang²,

and Sunphich Phimoolchat²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปลอดภัยอาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมการทำงาน คุณภาพชีวิต พัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย เพื่อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ ในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 440 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิ 3 คน และวิธีการสนทนากลุ่มผสม. 45 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.4) อายุเฉลี่ย 52 – 68 ปี (ร้อยละ 47) มีการสัมผัสสิ่งคุกคามการยศาสตร์และจิตสังคมจากสถานที่ทำงานคือการปวดเมื่อย (ร้อยละ 19.5) มีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพด้านความรู้ (ร้อยละ 65.9) ข้อมูลสภาพการทำงาน/สุขภาพ/ความเจ็บป่วย/การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ ที่เกิดจากการทำงาน มีอาการหิวน้ำ เหนื่อย เหนือออกมาก เป็นตะคริวบ่อยๆ (ร้อยละ 25.9) ข้อมูลปัญหาด้านการยศาสตร์ท่าทางการทำงานส่วนใหญ่ นั่ง, ยืน, เดิน, เดินยกของ (ร้อยละ 34.8) ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.6) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 73.4) ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการบริการอาชีวอนามัยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ

จากผลการสนทนากลุ่มผสม. ได้ข้อเสนอแนะ รูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ลงพื้นที่บริการสุขภาพ ควรจัดวันที่มีการประชุม จัดกิจกรรมให้เกษตรกรแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ใกล้เคียง จูงใจเกษตรกรนอกระบบเข้าร่วมกิจกรรม รูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ควรทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำท่าทางการทำงานที่เหมาะสม การยกเคลื่อนย้ายของที่ถูกต้อง การป้องกันเส้นเลือดอุดตัน จัดกิจกรรมคัดกรองโรค และควรให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และอสม. ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย กลไกการทำงาน ควรเริ่ม จาก ผู้อำนวยการ พยาบาลหรือนักวิชาการของเทศบาล พยาบาลของ รพ.สต. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการดูแลแรงงานนอกระบบให้เข้าใจขอบเขตงานและบทบาทความรับผิดชอบ จัดงบประมาณสนับสนุน จัดเจ้าหน้าที่มาให้การสนับสนุนด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ตั้งคณะทำงาน และบูรณาการการทำงานร่วมกับท้องถิ่น และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน

คำสำคัญ: ความปลอดภัยอาชีวอนามัย, เกษตรกรรม, แรงงานนอกระบบ, พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

Abstract

The cross-sectional research aimed to study occupational health and safety, work environment, quality of life, and develop a health care model and safety in order to provide health care guidelines for informal workers in the agricultural occupation group in the special economic zone of Chiang Rai Province. The research instruments included an interview with 440 agricultural workers, an in-depth interview with 3 primary care center administrators, and focus group discussions with 45 Village Health Volunteers (VHVs). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most informal agricultural workers were male (56.4 percent), with an average age of 52-68 years (47 percent), were exposed to ergonomic and psychosocial threats from the workplace, namely musculoskeletal pain (19.5 percent), and needed support in health knowledge (65.9 percent). Regarding work-related conditions, health, illness, injuries and accidents caused by work, such as feeling thirsty, fatigue, excessive sweating, and frequent muscle cramps (25.9 percent). Data on ergonomic problems were primarily related to working postures such as sitting, standing, walking, or lifting objects (34.8 percent). In terms of quality of life, most participants were found to have a moderate level of quality of life (86.6 percent). For minor illnesses, 73.4 percent of the workers sought treatment from modern medical practitioners.

Recommendations for the organization of occupational health services in primary health care facilities, derived from the focus group discussions with VHVs, suggested the development of a proactive service model involving on-site health service delivery, scheduling activities during community meetings, organizing one-on-one health education sessions for farmers, and providing knowledge transfer through their children, neighbors, and peers to encourage participation among informal agricultural workers. For the passive service model, it was recommended to promote health and prevent diseases through activities such as muscle stretching exercises, proper working posture adjustments, correct lifting and carrying techniques, prevention of varicose veins in the legs, and disease screening programs. In addition, it was suggested that personnel from sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) and VHVs receive specialized training in occupational health and safety. The operational mechanism should begin with leadership by the director, nurses, or public health officers from municipal or sub-district health offices. Efforts should focus on building understanding and capacity in occupational health and safety among personnel responsible for informal workers. This includes clearly defining roles and responsibilities, securing budget allocations, providing continuous academic support, establishing working groups, integrating work with local government agencies, and developing joint annual action plans.

Keywords: Occupational Health and Safety, Agriculture, Informal Workers, Special Economic Zones

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

² Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: P.warunee@hotmail.com

บทนำ

ภาพรวมสถานการณ์แรงงานนอกระบบในปี 2566 พบว่า ผู้มีงานทำมีจำนวนทั้งสิ้น 40.1 ล้านคน โดยประมาณ ครึ่งหนึ่งของแรงงานนอกระบบทำงานในภาคการเกษตร (การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2565 สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ข้อมูลแรงงานนอกระบบจังหวัดเชียงราย ปีพ.ศ. 2565 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย มีจำนวนแรงงานทั้งหมด 607,824 คน แบ่งเป็นแรงงานนอกระบบ จำนวน 441,894 คน หรือร้อยละ 72.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมง ร้อยละ 28.60 มีเพียงร้อยละ 3.40 ที่มีปัญหาส่วนมากมีปัญหาเรื่องงาน ด้านสุขภาพ พบว่า แรงงานนอกระบบ ร้อยละ 98.62 มีปัญหาระบุว่ามีปัญหาสุขภาพนั้น คือเกิดจากการปวดเมื่อย ด้านความปลอดภัย พบว่า ในภาพรวมแรงงานนอกระบบที่ได้รับสวัสดิการมีสัดส่วนของแรงงานที่มีรายได้เพียงพอ กับรายจ่ายน้อยกว่ากลุ่มแรงงานที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (-60.18) เช่นเดียวกับกลุ่มแรงงานที่ไม่ได้ รับสวัสดิการที่มีสัดส่วนจำนวนแรงงานที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายน้อยกว่ากลุ่มแรงงานที่มีรายได้ ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (-16.04)

ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ คุณภาพชีวิตโดยรวมแรงงานนอกระบบของทั้ง 8 ด้านเท่ากับ 58.37 โดยแรงงาน นอกระบบให้น้ำหนักกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มากที่สุด (ร้อยละ 23.91) รองลงมาคือด้านการทำงาน (ร้อยละ 22.08 และด้านอื่นๆ(ร้อยละ 12.56) ตามลำดับ และให้น้ำหนักด้านศักยภาพ ต่ำที่สุด (6.29) โดยให้คะแนนด้านการทำงานมากที่สุด (60.14 คะแนน) รองลงมา คือ คะแนนด้านอื่นๆ (59.81 คะแนน) คะแนนด้านสิ่งแวดล้อม (59.14 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนด้านความปลอดภัย ให้คะแนนต่ำที่สุด (56.79 คะแนน) (รายงานดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ และสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบจังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566)

การเก็บข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศจำนวน 28,960 ครัวเรือน พ.ศ. 2566 สวัสดิการการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การรับบริการ ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสรุปผลการสำรวจที่สำคัญ ได้ดังนี้ สวัสดิการการรักษาพยาบาล ประชาชนได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จากร้อยละ 98.3 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 99.5 ในปี 2566) โดยได้รับการคุ้มครองทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก การเข้ารับบริการขั้นพื้นฐานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ 3 ระบบหลัก นั่นคือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 74.2 ประกันสังคม ร้อยละ 18.4 และสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งแต่ละระบบ สวัสดิการมีขอบเขตของสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ จัดทำสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2566) ด้านสังคมที่น่าสนใจคือ การส่งเสริมภาคสาธารณสุข ปัญหาแรงงานนอกระบบ และการพัฒนาทักษะอาชีพแก่คนทุกกลุ่มวัย เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ นอกจากนี้ บริบทด้านสิ่งแวดล้อมที่น่าสนใจคือ การจัดการขยะ มลภาวะทางอากาศ การบริหารจัดการทรัพยากรป่าไม้และการรับมืออุทกภัย จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)ของจังหวัดเชียงราย ทั้งสิ้น 160 ข้อ พบว่ามี 54 ข้อ ที่สามารถติดตามและประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับค่าของประเทศได้โดยพิจารณาข้อมูลจากฐานข้อมูลเปิดของภาครัฐส่วนกลางที่ เปิดเผยข้อมูลทั้งในระดับประเทศและจังหวัด ผลการดำเนินงานในภาพรวมพบว่า • จังหวัดเชียงรายมีผลการดำเนินงานสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศสำหรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่2 (ความอดอยาก ต้องหมดไป), 8 (งานที่ดีและเศรษฐกิจที่เติบโต),13 (แก้ปัญหาโลกร้อน),15 (ชีวิตบนบก) และ 17 (ร่วมมือเพื่อพิชิต เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน) • เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศเล็กน้อยคือ เป้าหมายที่ 4 (การศึกษาที่มี คุณภาพ),11 (เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน) และ 16 (สันติภาพ ยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง) • เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศปานกลางคือ เป้าหมายที่3 (สุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดี) และ 12 (บริโภคและผลิตอย่างมีความรับผิดชอบ) • เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าประเทศมาก คือเป้าหมายที่ 1 (ความยากจนต้องหมดไป), 7 (พลังงานสะอาด ราคาถูก) และ 9 (อุตสาหกรรม นวัตกรรมและโครงสร้างพื้นฐาน) • เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ 5 (ความเท่าเทียมทางเพศ), 6 (น้ำสะอาดและสุขอนามัย), และ 10 (ลดความเหลื่อมล้ำ) ยังไม่สามารถติดตามและประเมินผลได้ เนื่องจากยังขาดการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัด การเปิดเผยข้อมูลแบบสาธารณะ และการศึกษาเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่14 (ชีวิตในน้ำ) ไม่มีตัวชี้วัดสำหรับ จังหวัดเชียงราย เมื่อพิจารณาผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ต่อประเด็นการพัฒนาที่ยั่งยืนที่จำเป็นเร่งด่วน พบว่า ประเด็นเร่งด่วนที่จังหวัดเชียงรายสามารถดำเนินงานได้ดีกว่าค่าประเทศ คือ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ 8 (งานที่ดีและ เศรษฐกิจที่เติบโต) และ13(แก้ปัญหาโลกร้อน) แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ดีกว่าประเทศสำหรับประเด็นเร่งด่วนอื่น ๆโดยสำหรับ ประเด็นจำเป็นเร่งด่วนมากที่สุดจากความคิดเห็นของประชาชน

ประกอบด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่1(ความยากจนต้องหมด ไป),8 (งานที่ดีและเศรษฐกิจที่เติบโต), 12 (บริโภคและผลิตอย่างมีความรับผิดชอบ), 13 (แก้ปัญหาโลกร้อน) และ 4(การศึกษาที่มี คุณภาพ) ตามลำดับ (กระทรวงมหาดไทย.2566)

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ทราบปัญหาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบโดยเฉพาะแรงงานภาค การเกษตร อันตรายด้านสุขภาพจากการทำงานเกษตรกรรม แบ่งได้เป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย อันตรายจากปัจจัยทางด้านเคมี โดยเฉพาะสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอันตรายจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ปัญหาโรคติดต่อที่เกิดจากการสัตว์และพืช อันตรายจากปัจจัยทางด้าน กายภาพ เช่น สภาพแวดล้อมที่ร้อนหรือการทำงาน กลางแจ้ง สภาพอบอ้าวไม่ระบายอากาศ การทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอ และ อันตรายจากปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ เช่น การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม การบาดเจ็บกล้ามเนื้อเมื่อยล้าของหนัก เป็นต้น การดูแลสุขภาพแรงงาน ของประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนกับแรงงานนอกระบบ แรงงานนอกระบบไม่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการในด้านความ ปลอดภัยและด้านสุขภาพ จึงทำให้แรงงานนอกระบบจึงมีความเสี่ยงต่อการประสบปัญหาอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ซึ่ง ส่งผลต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานที่ต้องสัมผัสกับอันตรายทางด้านต่าง ๆ ที่ไม่มีการควบคุม ซึ่งระบบการเฝ้าระวังอันตราย จากการทำงานจึงมีความสำคัญในการคัดกรองอันตรายและดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบได้ทันทั่วทั้งที่ (น้ำเงิน จันทรมณี) จาก ปัญหาและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษในจังหวัดเชียงรายครอบคลุมพื้นที่ 1523.63 ตาราง กิโลเมตร จำนวน 21 ตำบล 3 อำเภอคือ อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลท่า ขี้เหล็ก ประเทศเมียนมา เขตเศรษฐกิจพิเศษสามเหลี่ยมทองคำ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จังหวัดเชียงราย ในเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในแรงงานนอกระบบในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความปลอดภัยอาชีวอนามัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแรงงาน นอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจ พิเศษ จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพ เกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความ ปลอดภัยอาชีวอนามัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน สุขภาพ คุณภาพชีวิต พัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในแรงงานนอกระบบของ กลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

แรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงรายมี 21 ตำบล 3 อำเภอโดย เลือกตัวแทนของในแต่ละอำเภอ มา 1 ตำบล กำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ได้แก่ อำเภอเชียงของ ตำบลริมโขง อำเภอเชียงแสน ตำบลเวียง และอำเภอแม่สาย ตำบลแม่สาย มีประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบ จำนวน 30,474 คน คำนวนโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของยามานะ (Yamane. 1973 :125) ซึ่งมีระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 (สุมิล ตีรกันนท์, 2546 : 196) คำนวนหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนทั้งหมด 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 40 คน รวมเป็น 440 คน สุ่มตัวอย่างจากประชากรใช้วิธีการ สุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Sampling) คือขั้นตอนแรกจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) และ ขั้นตอนที่สองจะใช้การสุ่มแบบจับฉลากอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อตามสัดส่วนของ

ประชากรในแต่ละหมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. อายุ 15 ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
4. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จะพิจารณาสัดส่วนของตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้านโดยได้ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
อำเภอเชียงของ ตำบลริมโขง	7,181	104
อำเภอเชียงแสน ตำบลเวียง	8,172	118
อำเภอแม่สาย ตำบลแม่สาย	15,121	218
รวม 30,474 คน		440

เครื่องมือการวิจัย

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำไปหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้เท่ากับ 0.94

2. การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษบ้านฮวก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ (Cronbach 's Alpha) ได้เท่ากับ 0.90

แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1** เพื่อใช้ศึกษาศึกษาความปลอดภัยอาชีวอนามัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน สุขภาพ และคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์มี 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานจำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสำรวจปัญหาด้านการยศาสตร์ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ **ระยะที่ 2** เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัย โดยใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 2.1แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บของแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรมและการจัดบริการอาชีว อนามัยของ รพ.สต. ที่ดำเนินการในปัจจุบัน 2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ต้องการในระดับปฐมภูมิ **ระยะที่ 3** เพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผู้บริหารและพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประธาน อสม.

โดยถามเกี่ยวกับ การจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิที่ดำเนินการในปัจจุบัน และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปในทางเดียวกัน ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียด ดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 113/2567 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยส่วนที่ 1 พบว่าแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชายจำนวน 248 คน (ร้อยละ 56.4) ช่วงอายุ 52 – 68 ปี จำนวน 207 คน (ร้อยละ 47) Mean=91.96 Minimum=18 Maximum=80 มีความเพียงพอของรายได้ เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 170 คน (ร้อยละ 38.6) มีสถานะงาน เกษตรกรรมเพาะปลูก (เป็นเจ้าของทำเอง) 247 คน มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 95 คน (ร้อยละ 21.6) การดูแลตนเองเวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยด้วยการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 323 คน (ร้อยละ 73.4) เลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 330 คน (ร้อยละ 75) ใช้สิทธิในการรักษาบัตรทองจำนวน 370 คน (ร้อยละ 84.1) ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของเกษตรกรรับรู้ว่ามีสถานที่ทำงานอาชีพหลักก่อให้เกิดการบาดเจ็บ จำนวน 336 คน (ร้อยละ 76.4) การสัมผัสสิ่งคุกคามในสถานที่ทำงานอาชีพหลักมีปวดเมื่อยจากการทำงาน จำนวน 86 คน (ร้อยละ 19.5) การรับรู้ถึงความเสี่ยงที่ต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 375 คน (ร้อยละ 85.2) ข้อมูลความต้องการการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพมีความต้องการจำนวน 311 คน (ร้อยละ 70.7) ความต้องการการสนับสนุนความรู้จำนวน 290 คน (ร้อยละ 65.9) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการทำงาน/สุขภาพ/ความเจ็บป่วย/การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ ที่เกิดจากการทำงานมีอาการ หิวน้ำ เหนื่อย เหนื่อยออกมาก เป็นตะคริวบ่อยๆ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 25.9) จำแนกตามผลกระทบการสัมผัสกับบริเวณที่ทำงานมีแสงสว่างจ้ามากหรือมี แสงสว่างไม่เพียงพอ มีอาการเมื่อยล้าดวงตา แสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ปวดตา ปวดศีรษะ เนื่องจากใช้สายตามาก จำนวน 52 คน (ร้อยละ 11.7) จำแนกตามบริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง/ควัน/กลิ่น จากการ ทำงาน เกษตรตามผลกระทบบริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง/ควัน/กลิ่น จากการ ทำงานเกษตร มีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 15.0) จำแนกตามการสัมผัสสารเคมี มีอาการผื่นคัน ระคายเคืองผิวหนังตา จมูก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 95 คน (ร้อยละ 21.6) จำแนกตามการทำงานที่ต้องยกของหนัก ผลกระทบการทำงานที่ต้องยกของหนัก มีอาการปวดเมื่อยมากต้องรับประทานยา จำนวน 187 คน (ร้อยละ 42.5) ข้อมูลปัญหาด้านการยศาสตรทำทางการทำงานส่วนใหญ่ นั่ง, ยืน, เดิน, เดินยกของ จำนวน 153 คน (ร้อยละ 34.8) ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ จำนวน 381 คน (ร้อยละ 86.6)

ผลการวิจัยส่วนที่ 2 พบว่าศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัย ควรจัดอบรมให้ความรู้ในการประกอบอาชีพเกษตรกร การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการทำงาน อาทิ เช่นโครงการการเจาะหาสารพิษตกค้างจากการใช้สารเคมีของเกษตรกร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหากได้รับอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ การใช้สารเคมีในพื้นที่เกษตรกรจะมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ควรมีวิธีการตรวจสอบค่าสารเคมีเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย และเมื่อถึงมือผู้บริโภคจะมีความปลอดภัยในการบริโภคยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยส่วนที่ 3 พบว่า การพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ในแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยและความปลอดภัย แรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย มีผลกระทบปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ดังนี้ ชยะในชุมชน หมอกควัน สารเคมีจากการเกษตร อุบัติเหตุจากการทำงาน น้ำดื่ม น้ำใช้ จากแหล่งน้ำธรรมชาติ น้ำโขง

การดำเนินการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน

ห้ามจุดไฟเผา ลดการใช้สารเคมี มาใส่ปุ๋ยอินทรีย์ ลดการดื่มสุรา เจ้าหน้าที่อสม. เยี่ยมบ้านแนะนำให้ไปโรงพยาบาล สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การกรองน้ำใช้เอง การดื่มน้ำดื่มเอง

ความต้องการความช่วยเหลือ เทศบาลกำหนดบ่อทิ้งขยะ เทศบาลจัดหารถเก็บขยะ จัดอบรม แนะนำให้ความรู้กับชุมชน โครงการอบรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล รพ.สต. จัดตรวจหาสารเคมีตกค้างในเลือด รัฐบาลประสานงานกับสปป.ลาว เรื่องการเผา เพื่อลดปัญหาหมอกควัน

สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม จากผลการสนทนากลุ่มทั้งกับกลุ่มแรงงานนอกระบบและกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ

1.รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ เนื่องจากลักษณะอาชีพส่งผลต่อสุขภาพไม่มาก ยังไม่รุนแรง จึงควรทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำการทำงานที่เหมาะสม การยกเคลื่อนย้ายของที่ถูกวิธี การป้องกันเส้นเลือดอุดตันขา จัดกิจกรรมคัดกรองโรค และควรให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และอสม. ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ก่อนให้ทางด้านนี้ บริการสุขภาพที่ควรจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน เช่น กลุ่มที่เสี่ยงต่อสมรรถภาพทางกาย ควรจัดเฉพาะกลุ่มนี้เดือนละ 1- 2 ครั้ง โดยกำหนดวันที่แรงงานนอกระบบสะดวก

2.รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ รวมทั้ง อสม. ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ช่วงเวลาที่จัดบริการสุขภาพ ควรจัดในวันที่มีการประชุม จัดกิจกรรมให้เกษตรกรแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ใกล้เคียง จูงใจเกษตรกรนอกระบบเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีการพัฒนาหรือสร้างผู้นำที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความรู้และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่นอกระบบ ในที่ประชุมการเกษตรและ อสม. และให้บริการพร้อมกันงานประจำที่ทำอยู่แล้ว โดยควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

- ปัญหาการไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน ควรทำไปพร้อมกับกิจกรรมการคัดกรองโรคในชุมชน ซึ่งเป็นบริการเชิงรุกนอกสถานที่ แบบตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง เพื่อคัดกรอง ฝ้าระวีงโรค ควรให้ อสม. สอบถามปีละ 1 ครั้ง และเก็บไว้ในแฟ้มครอบครัว (family folder) ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน เช่น สมรรถภาพทางกาย บริการนวดแผนไทย จัดเฉพาะกลุ่มนี้เดือนละ 1- 2 ครั้ง โดยกำหนดวันให้บริการที่แรงงานเกษตรกรรมนอกระบบสะดวก

- ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระดูก การนั่ง ยืน เดิน ยก เคลื่อนย้ายของตามหลักกายศาสตร์ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดการออกกำลังกายร่วมกัน และเชิญชวนออกกำลังกาย และเปิดเพลงออกกำลังกายผ่านเสียงตามสาย

- ให้ความรู้ โรคและปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ โรคผิวหนัง ผื่นคัน การสัมผัส ความร้อนและฝุ่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสแสงแดดจ้า อบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

มีบทบาท ทีมตา โดยอบรม อสม.ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้มีทักษะเพิ่มขึ้น และอบรม อสม.ที่เป็นแรงงานเกษตรกรรมนอกระบบ และสร้างแกนนำปฐมพยาบาลที่หมู่บ้าน

ทีมงาน ผู้ประสานงาน ผู้นำในการทำกิจกรรมอาสาสมัครและความปลอดภัย โดยตั้งคณะทำงานและบูรณาการการทำงานร่วมกับเทศบาล และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน เพื่อให้เทศบาลทำงานตามแผนที่คิดร่วมกันกับ สคร. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาล เป็นหัวหน้ากลุ่มทำงาน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงาน ให้ข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม รวมทั้งทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำของแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม

กลไกการทำงาน ควรเริ่ม จาก ผู้อำนวยการ พยาบาลหรือนักวิชาการของเทศบาล พยาบาลของ รพ.สต. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการดูแลแรงงานนอกระบบให้เข้าใจขอบเขตงานและบทบาทความรับผิดชอบ ฝึกทักษะ จัดงบประมาณสนับสนุน จัดเจ้าหน้าที่มาให้การสนับสนุนด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ตั้งคณะทำงานและบูรณาการการทำงานร่วมกับท้องถิ่น และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงาน ให้ข้อมูลทะเบียนเกษตรกรในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม ให้นักศึกษามาช่วยนำร่องกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบ รูปแบบการทำงานในระยะเริ่มแรก เป็นทีมเฉพาะกิจในระยะเริ่มต้น เมื่องานเข้าที่แล้ว ทำเป็นงานประจำที่มีหน่วยงานรองรับ และมีโครงสร้างของทีมงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยควรมีหลักสูตรอบรม จัดอบรมความรู้ ทักษะ ให้เจ้าหน้าที่ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการอาชีวอนามัย รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยนั้นหน่วยงาน สคร รพ.สต.เจ้าหน้าที่สุขภาพของเทศบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันบริหารจัดการการให้บริการ การจัดตั้งเครือข่ายในการทำงานดูแลแรงงานเกษตรกรรมนอกระบบ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กับ อสม. ของพื้นที่ในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับให้แก่แรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม

สรุป อภิปรายผล

รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการในการพัฒนารูปแบบของทุกฝ่าย และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน สอดคล้องกับพพร ครองยุทธและคณะ.(2564).การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จังหวัดขอนแก่น แรงงานมีการดูแลสุขภาพและการได้รับความเสี่ยงต่อสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่อาการปวดเมื่อย เจ็บตามกล้ามเนื้อจากการทำงานที่ต้องยกของหนัก รองลงมาอาการผื่นคันที่ผิวหนัง /คันจมูก เพราะบริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละอองหรือควัน และการได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บจากการทำงาน และสอดคล้องกับอนัญญา และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพะทองคำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการทำงานในระดับต่ำ ร้อยละ 72.7 โดย ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ปวดหลัง เอว ร้อยละ 78.3 รองลงมามีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน ร้อยละ 70.9 และปวดมือ ข้อมือ นิ้วมือ ร้อยละ 67.3 ส่วนสิ่งคุกคามด้านจิตสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.19$, $pvalue=0.04$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังทางสุขภาพ การดูแลใน เรื่องอาชีวอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อคุณภาพการ ทำงานของเกษตรกรที่ดีต่อไป

รูปแบบการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานนอกระบบของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมของแรงงานนอกระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากแรงงานเกษตรกรรมนอกระบบ และทีมเครือข่ายทำงาน เป็น การปฏิบัติการทำงานร่วมกัน จนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรได้รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ เนื่องจากลักษณะอาชีพส่งผลต่อสุขภาพไม่มาก ยังไม่รุนแรง จึงควรทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำทางการทำงานที่เหมาะสม การยกเคลื่อนย้ายของที่ถูกต้อง การป้องกันเส้นเลือดอุดตันที่ขา จัดกิจกรรม

คัดกรองโรค และควรให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และอสม. ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ก่อนให้ทำงาน ด้านนี้ บริการสุขภาพที่ควรจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน เช่น กลุ่มที่เสี่ยงต่อสมรรถภาพทางกาย ควรจัดเฉพาะกลุ่มนี้เดือนละ 1-2 ครั้ง โดยกำหนดวันที่แรงงานนอกระบบสะดวก และได้รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ รวมทั้ง อสม. ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ช่วงเวลาที่จัดบริการสุขภาพ ควรจัดในวันที่มีการประชุม จัดกิจกรรมให้เกษตรกรแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ใกล้เคียง จูงใจเกษตรกรนอกระบบเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีการพัฒนาหรือสร้างผู้นำที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความรู้และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่นอกระบบ ในที่ประชุมการเกษตรและ อสม. และให้บริการพร้อมกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว โดยความมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญสอดคล้องกับ ภาณิ บุญยกี้อกุล (2560) ศึกษาแบบการพัฒนาเกษตรกรรุ่นใหม่เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันทางภาคเกษตร. พบว่า การเตรียมความพร้อมของนโยบายและโครงสร้าง การมีส่วนร่วมของเครือข่าย การเสริมกระบวนการทักษะการเป็นผู้นำ และการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปแบบการพัฒนาเกษตรกรรุ่นใหม่เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันทางภาคเกษตร และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2566 – 2570 ส่งเสริมความคุ้มครองและความปลอดภัยในการทำงาน ให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์เชิงรุกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยว ส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคของจังหวัดร่วมกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาล และพยาบาล นักวิชาการของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเกษตรกร

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงมหาดไทย.2566.ความคืบหน้าการพัฒนาที่ยั่งยืน จังหวัดเชียงราย.2566. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)
- กระทรวงแรงงาน.2565.แผนปฏิบัติการด้านการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2566 – 2570.กระทรวงแรงงาน
- การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปีที่เผยแพร่ 2566
- ปิยนุช วุฒิสอน (2566).สถานการณ์แรงงานนอกระบบในปี 2566. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2567 สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/upload_file/2023/20231214120252_84926.pdf
- ยุพิน อินพิทักษ์ และคณะ.(2560) ศึกษาเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(กลุ่มเย็บผ้าและผลิตภัณฑ์จากผ้า) จังหวัดอุทัยธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- พชรพร ครอบยุทธ์และคณะ.(2564).การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จังหวัดขอนแก่น .วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564
- ภาณิ บุญยกี้อกุล. รูปแบบการพัฒนาเกษตรกรรุ่นใหม่เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันทางภาคเกษตร.กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ; 2560.



- รายงานผลการจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ และสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบ (2565) กองเศรษฐกิจการ
แรงงาน สำนักปลัดกระทรวงแรงงาน ปีที่พิมพ์ 2565 กระทรวงแรงงาน
- รายงานผลการจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ และสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบจังหวัดเชียงราย (2564)
สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย
- วิระวรรณ ถิ่นยืนยง (2559) สิ่งคุกคามทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานในรถโดยสารสาธารณะ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
- ศุภกฤษณ์ เสวะกะ (2559) ปัจจัยคุกคามสุขภาพ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูก
ลำไย ตำบลประตูป่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สถานการณ์แรงงานนอกระบบ: สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยง และแนวปฏิบัติ และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ
3 ปี (พ.ศ 2565-2567)ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.2566.การสำรวจอนามัยและการบริการ 2566.กองสถิติสังคม
สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- อนัญญา และคณะ .2561.ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม บ้านมาบกราด ตำบล
มาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา .วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 1
ฉบับที่ 2 (2018): กรกฎาคม - ธันวาคม 2561

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย
ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี**

**Factors Associated with Falls in Older Adults with Mild Knee Osteoarthritis in
Ban Chai Khao Sub-district Hospital Mueang District, Uttaradit Province, Thailand**

ธนากร ธนวัฒน์^{1*}, จงรัก ดวงทอง¹, เกตน์สิริ ชันธุ์คุปต์¹, เบญจมาศ เสากเกิด¹, ปรมศวรร เพชรมาศ¹ และสุภัทร คำมิ่ง¹

Thanakorn Thanakorn^{1*}, Jongruk D Duangthong¹, Ketsiree Khankhup¹, Porramade Pedmard¹, Porramade Pedmard¹ and Supat Kamming¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อยในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60-80 ปี จำนวน 111 คน ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลคือเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยภายใน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประวัติการหกล้ม เจตคติเกี่ยวกับการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และแบบประเมินความสามารถในการเดิน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย มีค่าเท่ากับ 0.72, 0.78, 0.95, 0.79, 0.71 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 43.2 มีดัชนีมวลกายมากกว่ามาตรฐาน ระยะเวลาในการปวดเข่าน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 50.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.2 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและไม่มีปัญหาด้านการก้าวเดิน ร้อยละ 63.1 และ 41.4 ตามลำดับ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.9 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย และไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 50.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยการทดสอบ Time up and Go test พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 58.6 สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ($p = .014$) อาการผิดปกติที่เกี่ยวกับการหกล้ม ($p < .001$) ปัญหาการเดิน ($p = .040$) การทรงตัว ($p = .028$) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($p = .015$) ความจำบกพร่อง ($p = .005$) ปัจจัยด้านประวัติการหกล้มในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ($p = 0.048$) ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการหกล้ม ($p = 0.003$) และปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($p < .001$) ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with falls among older adults with mild knee osteoarthritis residing in the health service area of Ban Chai Khao Sub-district Health Promoting Hospital, Nam Rid Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province. The sample consisted of 111 older adults, aged 60 to 80 years. The research instruments consisted of six sections: internal factors, environmental factors, fall history, attitudes toward falling, fall prevention behaviors, and a walking ability assessment. The content validity of the questionnaire ranged from 0.67 to 1.00. The reliability coefficients for the tests and questionnaires used in the study were 0.72, 0.78, 0.95, 0.79, 0.71, and 0.79, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test, with the level of significance set at 0.05.

Results revealed that the majority of older adults were female (50.5%) and aged 60 to 69 years (43.2%). Most participants had a body mass index (BMI) above the standard and had experienced knee pain for less than six months (50.4%). A large proportion were farmers (71.2%) and reported no visual problems (63.1%) or gait problems (41.4%). Additionally, 55.9% of participants had never consumed alcohol, and 50.5% did not engage in regular exercise. Fall risk was assessed using the Timed Up and Go test (TUGT), which indicated that 58.6% of the older adults were not at risk of falling. Significant internal factors associated with fall risk included having chronic illnesses ($p = .014$), fall-related symptoms ($p < .001$), walking difficulties ($p = .040$), balance problems ($p = .028$), urinary incontinence ($p = .015$), and memory impairment ($p = .005$). External factors significantly associated with fall risk included having a history of falls in the past year ($p = .048$), attitudes toward falling ($p = .003$), and fall prevention behaviors ($p < .001$). These findings can be applied to develop effective fall prevention strategies for older adults with mild knee osteoarthritis.

Keywords: Falling, Older Adults, Mild Knee Osteoarthritis

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

¹Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

*corresponding author e-mail: thanawaturu@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่า ในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญ การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยทางกาย คือ การเกิดโรคเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยโรคเรื้อรังทางระบบกระดูกและโครงสร้างที่พบบ่อย ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis ; OA knee) ซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาปวดข้อเข่าถึงร้อยละ 43.9 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากน้ำหนักตัวที่มาก การใช้งานข้อเข่าบ่อย หรือใช้งานเป็นระยะเวลานานกว่าปกติ รวมถึงการใช้งานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม พบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย พบ ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยจะเริ่มในอายุที่ไม่เท่ากัน ขึ้นกับพันธุกรรม และ กรรมพันธุ์ในแต่ละคน สำหรับเรื่องของพฤติกรรม เช่น การนั่งคุกเข่า ให้อาหาร การงอเข่า และการขึ้นลงบันไดโดยไม่จำเป็นสามารถกระตุ้นให้เกิดความเสื่อมของข้อเข่าได้ (ฉัตรสุตา กานกายนต์, อภิรติ เจริญนุกูล, และ วิทยา วาโย, 2563; บุญณตา โสพัฒน, 2566)

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยมีสาเหตุจากหลายกลไกที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งทางด้านโครงสร้างและการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนภายในข้อเข่าทำให้เกิดอาการปวด บวม และข้อฝืด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เดินผิดปกติ หรือเดินช้าลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทรงตัว (แพรวพรรณ แซ่ลี และ ไพลวรรณ สัทธานนท์, 2560) นอกจากนี้ ความเจ็บปวดและความไม่มั่นคงในข้อเข่าทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps muscle) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพยุงตัวและรักษาสถิต การรับรู้ตำแหน่งของข้อ (proprioception) ที่ลดลงในผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมยังส่งผลให้การประสานงานของร่างกายลดลง ขาดความมั่นคงในการเปลี่ยนท่าทางหรือเดินบนพื้นผิวที่ไม่สม่ำเสมอ (American College of Rheumatology, 2000) อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายอาจมีความวิตกกังวลหรือความกลัวการเคลื่อนไหวจากประสบการณ์หกล้มในอดีต ซึ่งอาจทำให้เคลื่อนไหวอย่างระมัดระวังเกินไป ขาดความมั่นใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มมากขึ้น เมื่อรวมกับปัจจัยอื่น เช่น การใช้ยาบางชนิด และโรคร่วมอื่นๆ ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมเพื่อป้องกันการหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะข้อเข่าเสื่อม (ยุพาพร หงษ์ชูเวช, 2566) ดังนั้น แนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย การให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม

จากข้อมูลประชากรของจังหวัดอุดรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประชากรรวมทั้งสิ้น 329,335 คน อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 116,084 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.0 ซึ่งในตำบลน้ำริด มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และในชุมชนบ้านขายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประชากรทั้งหมด 2,123 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 692 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขายเขา โดยมีกิจกรรมคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรังและคัดกรองความเสี่ยงการหกล้ม ในช่วงปี 2565-2567 พบว่า เมื่อคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 12.3, 13.1 และ 13.5 ตามลำดับ และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการหกล้ม ร้อยละ 5.2 และ 1.6 ถูกวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพและการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย และการเร่งดำเนินการป้องกันปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นแนวทางในการจัดการและป้องกันการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้จะช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มได้แล้ว ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อย ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 692 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาจากจำนวนประชากร โดยใช้โปรแกรม G-power ver. 3.1.9.7 โดยกำหนด effect size = 0.3 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และ ค่า power = 0.95 (Sanitlou, Sartphet, & Naphaarrak, 2019) ดังนั้น ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 111 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 - 80 ปี เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านชายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน ได้รับการคัดกรองจากนักกายภาพบำบัด ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระยะต้นโดยใช้แบบประเมิน Oxford Knee Score อยู่ในระดับความรุนแรงของโรคไม่เกินระดับ 3 หรือคะแนนรวมไม่ต่ำกว่า 30 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่เคยได้รับการผ่าตัดที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เป็นโรคที่ส่งผลต่อการทรงตัว เช่น โรคพาร์กินสัน โรคกระดูกและข้อ เช่น โรคเกาต์ โรคข้ออักเสบติดเชื้อ ผู้ที่ต้องการออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากการวิจัยก่อนหน้าของ เปรมกมล ขวขวาย (2550) และ กมลพร วงศ์พนิตกุล (2555) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพปัจจุบันที่ทำอยู่ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่า ประวัติการหกล้ม ปัญหาด้านการมองเห็น ด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน การออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิดและแบบตัวเลือกตอบ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมในชีวิตประจำวัน สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุ สถานที่ผลจากการหกล้ม และการรักษาหลังจากการหกล้ม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการหกล้มและผลกระทบจากการหกล้ม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ความกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม ความมั่นใจในการป้องกันการหกล้ม ผลกระทบทางกายภาพ ผลกระทบทางจิตใจ คำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการหกล้ม จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลหากผลรวมของทุกข้อยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมอย่างมาก

ส่วนที่ 6 การทดสอบ Time Up and Go test (TUGT) สำหรับประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยถ้าผู้สูงอายุสามารถทำการทดสอบได้ระยะเวลาน้อยกว่า 12 วินาที คือ ไม่มีความเสี่ยงในการหกล้ม (Kear, Guck & McGaha, 2016)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน จากนั้นคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) ได้ค่า IOC ในช่วง 0.66 -1.00

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ ปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.72 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเท่ากับ 0.78 ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.95 เจตคติเกี่ยวกับการหกล้มและผลกระทบจากการหกล้ม มีค่าเท่ากับ 0.79 พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีค่าเท่ากับ 0.71 และความสามารถในการเดินและความเสี่ยงในการหกล้ม มีค่าเท่ากับ 0.79 โดยค่าที่ยอมรับได้คือเท่ากับหรือมากกว่า 0.7 ขึ้นไป (Ahmed & Ishtiaq, 2021)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่แกนนำในหมู่บ้านที่จะทำการลงเก็บข้อมูลถึงวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงสิทธิของผู้สูงอายุและแจกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และให้ผู้สูงอายุลงลายมือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุด้วยตนเอง โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ อาคารกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชายเขา ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
3. การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ได้และมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถามโดยทำที่ละข้อ

4. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม นำข้อมูลไปลงรหัส วิเคราะห์และแปลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประวัติการหกล้ม เจตคติเกี่ยวกับการหกล้มและผลกระทบจากการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี หมายเลขโครงการ COA. No. 089/66 รับรองเมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาปวดเข้า ระดับการศึกษา อาชีพ ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาการก้าวเดิน การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 111)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	55	49.5
	หญิง	56	50.5
ช่วงอายุ	60 - 69	62	55.8
	70 - 79	44	39.6
	80 - 89	5	4.6



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)		
< 18.5	24	21.6
18.5 – 22.90	35	31.5
23 – 24.90	48	43.2
25 – 29.90	4	3.7
ระยะเวลาปวดเข่า (เดือน)		
น้อยกว่า 6	56	50.4
6 - 12	42	37.8
12 เดือนขึ้นไป	13	11.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.6
ประถมศึกษา	102	91.9
มัธยมศึกษา	5	4.5
อาชีพ		
เกษตรกร	79	71.2
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	11	9.9
รับจ้าง	5	4.5
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2	1.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	12.6
ปัญหาการมองเห็น		
ไม่มีปัญหาการมองเห็น	70	63.1
มีปัญหาการมองเห็นตลอด	17	15.3
มีปัญหาการมองเห็นที่สลับ	24	21.6
ปัญหาการก้าวเดิน		
มีปัญหา	46	41.4
ไม่มีปัญหา	65	58.6
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเลย	62	55.9
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	17	15.3
ดื่มเป็นบางครั้ง	31	27.9
ดื่มเป็นประจำ	1	0.9
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกายเลย	56	50.5
ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	32	28.8
ออกกำลังกายสม่ำเสมอมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	21	18.9

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 55.8 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.2 มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มีระยะเวลาปวดเข่า น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 50.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 91.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.2 ไม่มีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 63.1 มีปัญหาเกี่ยวกับการก้าวเดิน ร้อยละ 58.6 ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 50.5 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย ร้อยละ 55.9



ตารางที่ 2 การประเมินความสามารถในการเดินและความเสี่ยงในการหกล้มด้วยวิธี TUGT (n=111)

การทดสอบ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงในการหกล้ม	65	58.6
มีความเสี่ยงในการหกล้ม	46	41.4
รวม	111	100.0
Mean=10.8, S.D.=3.2, Min=8.3, Max=14.6		

จากตารางที่ 2 การประเมินความสามารถในการเดินและความเสี่ยงในการหกล้มด้วยวิธี TUGT พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 58.6 ไม่มีความเสี่ยงในการหกล้ม และมีความเสี่ยงในการหกล้ม ร้อยละ 41.4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย (n=111)

ตัวแปร	Chi-square	p-value
ปัจจัยภายในบุคคล		
โรคประจำตัว	5.623	.014*
อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม	12.790	<.001*
ปัญหาการเดิน	3.854	.040*
ปัญหาการทรงตัว	4.576	.028*
อุปกรณ์ในการช่วยเดิน	.210	.500
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	6.063	.015*
ความจำบกพร่อง	10.578	.005*
ความกลัวการหกล้ม	3.645	.162
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม		
ความเหมาะสมของบันได	2.089	.352
ความแข็งแรงมั่นคงของบันไดและราวบันได	1.042	.309
พื้นกระเบื้องแบบมันลื่น	2.607	.272
พื้นต่างระดับ	.156	.427
พื้นสะท้อนแสง	.147	.486
ความเหมาะสมของรองเท้าที่สวมใส่	1.038	.075
ความเหมาะสมของเก้าอี้ที่ใช้ในบ้าน	3.139	.080
ประวัติการหกล้ม		
เคยพลัดตกหกล้มในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา	3.506	.048*
ผลกระทบหลังจากการหกล้ม	4.711	.194
การรักษาภายหลังการหกล้ม	.376	.828
เจตคติเกี่ยวกับการหกล้มและผลกระทบจากการหกล้ม		
เจตคติเกี่ยวกับการหกล้ม	1.498	.003*
ผลกระทบจากการหกล้ม	3.289	.193
พฤติกรรม		
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	3.517	< .0001*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย ได้แก่ ด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ โรคประจำตัว ($p = .014$) อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ($p < .001$) ปัญหาการเดิน ($p = .040$) ปัญหาการทรงตัว ($p = .028$) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($p = .015$) ความจำบกพร่อง ($p = .005$) ปัจจัยประวัติการหกล้ม เคยพลัดตกหกล้มในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ($p = 0.048$) ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการหกล้ม ($p = 0.003$) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($p < .001$)

สรุป อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย ค้นพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประวัติการหกล้ม ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการหกล้ม และปัจจัยด้านพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงในการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.014$) เนื่องจากโรคประจำตัวบางโรค เช่น เบาหวาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการควบคุมการทรงตัว ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น โรคประจำตัวเรื้อรังสามารถส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการเคลื่อนไหว อาทิ เบาหวานส่งผลต่อการทำงานของเส้นประสาท (diabetic neuropathy) ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความรู้สึกบางส่วนในบริเวณเท้าหรือขา อาจรู้สึกขาหรือเจ็บน้อยลงเมื่อเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินสมรรถภาพร่างกายได้ดี ทำให้การทรงตัวลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, 2559) หรือผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง อาจเกิดปัญหาในการทรงตัวจากการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตระหว่างการเปลี่ยนท่าทางจากท่านอนสู่ท่านยืน (orthostatic hypotension) ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด จึงมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูงกว่า การมีโรคประจำตัวและประวัติการรับประทานยาเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ และคณะ (2563) และณัฐนิชา ธัญญาดี, ธาตรี โปสิทธิพิเชษฐ และธนภณ สีสร (2565) ที่พบว่าการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน

ปัจจัยภายในบุคคล ประเด็นอาการผิดปกติเกี่ยวข้องกับการหกล้ม เช่น ปวดข้อต่อหรือปวดกล้ามเนื้อ มีแนวโน้มที่จะหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติ ($p < .001$) เนื่องจากอาการเจ็บปวดมักทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวอย่างคล่องตัว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า อาการปวดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการหกล้ม เนื่องจากอาการปวดเรื้อรังมักทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการขยับหรือใช้งานส่วนที่ปวด เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก หรือหลัง ซึ่งนำไปสู่การลดความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เมื่อกล้ามเนื้อและข้อต่อตึงหรืออ่อนแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวจึงลดลง จนเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (บุญธนา โสพิณ, 2566) นอกจากนี้ ความเจ็บปวดเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมักจะรู้สึกเหนื่อยล้าหรือขาดสมาธิ เนื่องจากต้องใช้พลังงานไปกับการทนต่อความเจ็บปวดและขาดการนอนหลับที่ดี ส่งผลให้สมองทำงานลดลงและความตื่นตัวต่อสิ่งรอบข้างลดลง จึงเสี่ยงต่อการพลัดทำและหกล้ม (แพรวพรรณ แซ่ลี และไพวรรณ สัทธานนท์, 2562)

ปัญหาการเดินและการทรงตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้ม ($p = 0.040$, $p = 0.028$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการก้าวเดินที่ไม่มั่นคงหรือมีปัญหาในการควบคุมการทรงตัวมักจะมีโอกาสหกล้มมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ว่า ปัญหาการทรงตัวเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเสื่อมถอยของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทในผู้สูงอายุ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวและการทรงตัวลดลง (แพรวพรรณ แซ่ลี และไพวรรณ สัทธานนท์, 2562) ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้อจะเริ่มสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง ซึ่งทำให้การเดินหรือการลุกขึ้นยืนใช้พลังงานมากขึ้น นอกจากนี้กระดูกและข้อต่อต่างๆ ก็อาจเริ่มเสื่อม ทำให้เกิดความผิดและอาการปวด จึงทำให้การเคลื่อนไหวและการเดินทำได้ยากลำบาก เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม (ยุวดี สารบุรณ, และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ, 2567) ผู้สูงอายุมีการประสานงานระหว่างระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้การควบคุมการเคลื่อนไหว เช่น การก้าวเดิน การลุกนั่ง การหันตัว ลดประสิทธิภาพลง จึงทำให้มีโอกาสเสียการทรงตัวได้ง่ายกว่าวัยอื่น (บรรลือ รัตนจรัสโรจน์ และกรณีพิทย์ เขมรัตน์, 2566) ประกอบกับผู้สูงอายุบางคนอาจมีปัญหาในการทรงตัวเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว เช่น ลุกขึ้นยืนจากท่านั่ง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียการทรงตัวและการหกล้ม (ลัดดา เกียมวงศ์ และเรวดี เพชรศิราสน์, 2552)

การกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ($p = 0.015$) เนื่องจากการรีบเคลื่อนไหวเพื่อลุกไปเข้าห้องน้ำ อาจทำให้เสียการทรงตัวได้ง่าย การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องระบบทางเดินปัสสาวะมีโอกาสหกล้มมาก

ขึ้น สามารถอธิบายได้ผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มักต้องรีบลุกขึ้นและเดินเข้าห้องน้ำอย่างรวดเร็ว ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเสียการทรงตัวหรือก้าวผิด เนื่องจากระบบประสาทยังไม่สามารถปรับสมดุลในขณะที่เปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็วได้ จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น สาเหตุสนับสนุนอีกประการหนึ่งผู้สูงอายุที่ต้องเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืนมักต้องลุกขึ้นในสภาพแสงน้อย และการทรงตัวอาจลดลงเนื่องจากอาการง่วง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการหกล้ม (วีระพงศ์ สีหาปัญญา, 2560) นอกจากนี้การเดินเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความตื่นตัวในระหว่างวันและเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม (สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, ณัฐสิทธิ์ สองเมือง, และวนิดา สุขรัตน์, 2563)

ความจำของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.005$) เนื่องจากกระบวนการทำงานของสมอง โดยเฉพาะความสามารถในการจดจำ การประมวลผลข้อมูล และการตัดสินใจ มีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับบทความวิชาการของ จารุภา เลขทิพย์, อีระ วรรณรัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล, และศราวุธ ลาภณีย์ (2562) ที่กล่าวถึงความบกพร่องด้านการรับรู้และการจดจำมักเกี่ยวข้องกับการลดทักษะในการทรงตัวและการเดิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้ การบกพร่องด้านความจำยังอาจทำให้ผู้สูงอายุหลงลืมในการใช้เครื่องช่วยเดินหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านการหกล้ม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2561) ภาวะหกล้มซ้ำซ้อนและโรคสมองเสื่อมเป็นโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภณทิรชา เฟื่องทอง, และผุสดี สระทอง, 2562)

ประวัติการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ($p=0.048$) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาจะมีโอกาสหกล้มซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (Charlesworth, Fitzpatrick, Perera, & Orchard, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Fuller (2000) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์การหกล้ม เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สามารถใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการหกล้มในอนาคตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์หกล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มักมีแนวโน้มที่จะหกล้มซ้ำอีก เนื่องจากอาจยังคงมีปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง การใส่ยาที่มีผลต่อระบบประสาท หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย งานวิจัยที่ผ่านมาของ Charlesworth, Fitzpatrick, Perera, & Orchard (2019) ชี้ให้เห็นว่า การเคยหกล้มในอดีตเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความแม่นยำสูงต่อการหกล้มซ้ำ และมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความกลัวการหกล้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเดินช้าลงหรือขาดความมั่นใจ ซึ่งอาจย้อนกลับไปส่งผลกระทบต่ออาการหกล้มและการล้มอีกครั้ง

ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ($p < .001$) เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยตรง เจตคติในที่นี้หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการหกล้ม เช่น การรับรู้ว่าการหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้หรือไม่ การเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง และความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีเจตคติในเชิงบวกเกี่ยวกับการหกล้ม เช่น เชื่อว่าตนสามารถป้องกันการหกล้มได้ หากมีการระมัดระวังและดูแลตนเองอย่างเหมาะสม มักมีแนวโน้มที่จะปรับพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย และการใส่ใจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีเจตคติในเชิงลบ เช่น มองว่าการหกล้มเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัย หลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือไม่เห็นความสำคัญของการป้องกัน อาจส่งผลให้ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม (วีระพงศ์ สีหาปัญญา, 2560) โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญณา โสพัฒน์ (2566) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยระบุว่า ปัจจัยด้านเจตคติโดยเฉพาะเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การส่งเสริมเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม โดยผ่านกิจกรรมให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการส่งเสริมการรับรู้ถึงความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ และสามารถพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ($p < .001$) เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวังไม่รีบร้อน การใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดินเมื่อจำเป็น การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการเปิดไฟให้สว่างในเวลากลางคืน สามารถลดความเสี่ยงในการหกล้มได้อย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการ

หกล้มในระดับต่ำ เช่น เดินเร็วเกินไป ไม่เปิดไฟในบริเวณทางเดินภายในบ้าน วางสิ่งของเกะกะตามพื้น หรือไม่ใส่ใจต่อสภาพแวดล้อม อาจมีโอกาสหกล้มสูงขึ้น เนื่องจากขาดการระมัดระวังและการเตรียมพร้อมในการเคลื่อนไหว (โสภิตตา แสนว, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนที, และนิภา มหารัชพงษ์, 2565; สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, 2563) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูงมักมีอัตราการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเหล่านี้ สอดคล้องกับผลวิจัยของเปรมกมล ขวขวาย (2550) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีถึง 3.73 เท่า (95% CI = 1.17-11.86) โดยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการเกิดหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับผลวิจัยของกมลพร วงศ์พนิตกุล (2555) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีและมีเจตคติเกี่ยวกับผลกระทบจากการหกล้มที่สูงนั้นสามารถป้องกันการเกิดการหกล้มที่บ้านได้ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการหกล้ม ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้ม ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การใช้ยาประจำ ปัญหาการทรงตัว และความกลัวการหกล้ม สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างความมั่นใจในการทรงตัว เพื่อป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง-รุนแรง เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย และเพื่อหาวิธีการดูแลที่แตกต่างกันตามระดับของภาวะข้อเข่าเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- กมลพร วงศ์พนิตกุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จารุภา เลขทิพย์, ธีระ วรธนรัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล, และศราวุธ ลาภมณีย์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 26(1), 85-103.
- จิราณี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2561). *หกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าวัยอื่นหลายเท่าตัว ปัญหาที่ต้องระวัง* [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: งานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/หกล้มในผู้สูงอายุ-อันตราย/>
- ฉัตรสุดา กานกายนต์, อภิรติ เจริญกุล, และวิทยา วาโย. (2563). การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 26(1), 1-17.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. (2559). การปลัดตกหกล้ม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 5(2), 119-131.
- ณัฐนิชา ธัญญาดี, ธาตรี โบสีทิพิเชษฐ์, และธนภณ สีสรี. (2565). การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 236-250.
- บรรลือ รัตนจรัสโรจน์ และกรณทิพย์ ลิ้มนรรัตน์. (2566). การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุและการออกกำลังกาย [Aging Changes and Exercises]. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี*, 14(3), 169.
- บุญณา โสพนัน. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ*, 2(2), 93-106.
- เปรมกมล ขวขวาย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวสถิติ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติ วรเดช, และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2563). ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 21(1), 125-137.
- แพรวพรรณ แซ่ลี, และไพวรรณ สัทธานนท์. (2560). ปัจจัยเสี่ยงการล้มในผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเวชศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมือง*, 64(4), 281-288.
- ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2567). การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 18(1), 32-43.
- ยุวดี สารบุรณ, และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์อุ. (2567). อาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน: การศึกษานำร่อง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 30(2), 12-24.
- ลัดดา เกียมวงศ์ และเรวดี เพชรศิริสันต์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 1-15
- วิระพงศ์ สีหาปัญญา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างโรคข้อเข่าเสื่อมกับความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ต.ก้งแอน อ.ปราสาท จ.สุรินทร์. *วารสารศรีนครินทร์แพทยศาสตร์*, 33 (ฉบับเสริม).
- สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ณัฐสิทธิ์ สองเมือง, และวนิดา สุรัตน์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 227-239.
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณทิรา เพื่องทอง, และผุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(2), 197-210.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(1), 25-36.
- โสภิตตา แสนวา, เอมอัชมา วัฒนบุรณนท์, และนิภา มหารัษฎพงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 214-227.
- Ahmed, I., & Ishtiaq, S. (2021). Reliability and validity: Importance in medical research. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(10), 2401-2406.
- American College of Rheumatology. (2000). Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis and Rheumatism*, 43(9), 1905-1915.
- Charlesworth, J., Fitzpatrick, J., Perera, N. K. P., & Orchard, J. (2019). Osteoarthritis: A systematic review of long-term safety implications for osteoarthritis of the knee. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 151.
- Fuller, G. F. (2000). Falls in the elderly. *American Family Physician*, 61(7), 2159-2168.
- Kear, B. M., Guck, T. P., & McGaha, A. L. (2017). Timed Up and Go (TUG) test: Normative reference values for ages 20 to 59 years and relationships with physical and mental health risk factors. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(1), 9-13.
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*POWER program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 5(1), 496-507.

พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี
หมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
Dengue Fever Preventive Behavior Among Working-Age Individuals Aged
15–59 Years in Village No. 2, Noen Makok Subdistrict, Phayuha Khiri District,
Nakhon Sawan Province

กนกวรรณ พรหมภา¹, กุสุมา ยงค์เกตุกิจ¹, พรพษา วาริสutti¹, อารีญา เก่งเขตวิทย์¹, เจนจิรา เล็กอุทัย¹, อรุณวดี ทองบุญ¹
และนริศรา ชาญณรงค์^{1*}

Kanokwan Prompha¹, Kusuma Yongketkit¹, Phanphasa Warisut¹, Areeya Kengkhewit¹, Jenjira Lekutai¹,
Arunwadee Thongboon¹ and Narissara Channarong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 225 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-Square test, Independent t-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จากผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มคนวัยทำงาน โดยควรมีการพัฒนามาตรการที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และลดอุปสรรคในการป้องกัน เช่น การเข้าถึงอุปกรณ์หรือมาตรการป้องกันที่สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ควรมีนโยบายสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เช่น การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการระบาดของโรคในชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคไข้เลือดออก, วัยทำงาน

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate dengue fever preventive behaviors and the factors influencing such behaviors among working-age individuals in Noen Makok Subdistrict, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The sample consisted of 225 participants. The data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Independent t-test, and One-way ANOVA.

The results showed that dengue fever preventive behavior among working-age individuals aged 15–59 years in Village No. 2, Ban Noen Makok, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province were at a low level. Factors that significantly influenced dengue fever preventive behaviors included income, perceived severity of dengue fever, perceived barriers to dengue fever prevention, and exposure to information regarding dengue fever from various sources ($p < 0.05$). When comparing differences in dengue fever preventive behaviors, it was found that income, perceived severity of dengue fever, and exposure to dengue fever information from different sources were associated with statistically significant differences in preventive behaviors ($p < 0.05$). Therefore, based on the results of the research indicate the importance of promoting dengue preventive behaviors among working-age individuals. It should be developed with a focus on educating people about the severity of the disease and reducing barriers to prevention, such as easier access to preventive equipment or measures. In addition, there should be economic support policies, such as subsidies for prevention expenses for low-income individuals. To enable effective preventive practices and help reduce the incidence of dengue fever in the community.

Keywords: Preventive behavior, Dengue fever, Working-age population

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

¹Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*corresponding author e-mail: narissara.c@nsru.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีุงกลายเป็นพาหะนำโรคมานาน มักพบในประเทศเขตร้อนและระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการมีตั้งแต่ไม่รุนแรงไปจนถึงเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) องค์การอนามัยโลก รายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกมากกว่า 7.6 ล้านราย ในปี ค.ศ.2024 ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน 3.4 ล้านราย ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากกว่า 16,000 ราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 3,000 ราย จำนวนผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าจากปี ค.ศ.2023 ซึ่งสะท้อนให้เห็นของปัญหาด้านสุขภาพ โดยเชื้อไวรัสเดงกีติดต่อสู่คนได้ผ่านการกัดของยุงที่ติดเชื้อ (World Health Organization, 2024) ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือด 158,705 ราย และเสียชีวิต 181 ราย จำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ.2566 มากกว่าปี พ.ศ.2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.5 เท่า (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567)

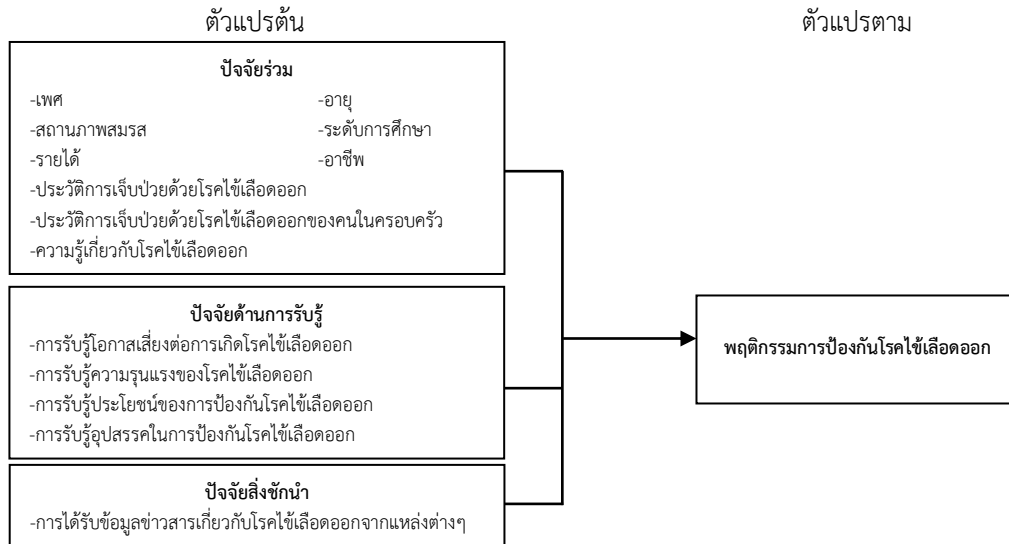
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มคนวัยทำงานได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยอายุ รายได้ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (สุรพล สิริปัญญานนท์, 2563; รสรินทร์ แก้วตา และณรงค์ ใจเที่ยง, 2564; บุญประจักษ์ จันทรีวิน, 2565; ปฐวี ปวกพรหมา และคณะ, 2565; นันทา แก้วพิทยานนท์, 2567) รวมถึงปัจจัยด้านทรัพยากร ประกอบด้วยทรัพยากรในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น เคมิภัณฑ์วัสดุ ทรัพยากรบุคคลที่มีอย่างเพียงพอ นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรมีความจำเป็นต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ปรีชา สุวรรณทอง และคณะ, 2566)

จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 4,875 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 166.83 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 7 ราย อัตราตาย 0.24 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 15-24 ปี (ร้อยละ 23.80) 10-14 ปี (ร้อยละ 23.25) และ 25-34 ปี (ร้อยละ 14.61) ตามลำดับ จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงที่สุด คือ จังหวัดอุทัยธานี อัตราป่วยสูงสุด 298.97 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดชัยนาท จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร มีอัตราป่วย 168.11 ต่อแสนประชากร อัตราป่วย 149.49 ต่อแสนประชากร อัตราป่วย 140.00 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วย 29.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์, 2566) โดยอำเภอพยุหะคีรีเป็น 1 ใน 10 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดของจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีอัตราป่วย 175.87 ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าตัวชี้วัดอัตราป่วยระดับประเทศมีอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2566) ซึ่งเกินเกณฑ์ระดับประเทศถึงกว่า 3 เท่า แม้จะมีมาตรการควบคุมโรค แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของคนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญในการระบาดหรือควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้คนวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญทั้งในครัวเรือนและสังคม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกลุ่มวัยนี้มักมีภาระงานในการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและคนในครอบครัว ทำให้มีเวลาและความสนใจต่อการป้องกันโรคจำกัด อีกทั้งยังเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวและมีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินมาตรการป้องกัน เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือใช้มาตรการป้องกันส่วนบุคคล หากกลุ่มคนวัยทำงานมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันที่ดี จะช่วยลดการระบาดของโรคในระดับครัวเรือนและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา และจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ในประชาชนกลุ่มคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาในครั้งนี้เป็นประชาชนกลุ่มคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 416 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลเนินมะกอก, 2567) เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) คนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ และ 2) เป็นผู้เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ผู้ป่วยติดเตียง แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น 2) เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หูหนวก เป็นต้น 3) เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น ไข้ทรพิษ วัณโรค เป็นต้น และ 4) เป็นผู้ป่วยจิตเวช คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, T., 1967) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{416}{1 + 416(0.05)^2}$$

$$= \frac{416}{203.92} \approx 204 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 225 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยใช้รายชื่อของสมาชิกเรียงลำดับตามตัวอักษร ก-ฮ จากกลุ่มคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี ในเขตพื้นที่ หมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จากนั้นคำนวณช่วงสุ่ม เลือกจุดเริ่มต้นแบบสุ่ม แล้วสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามช่วงที่กำหนดจนได้ครบ 225 คน ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว จำนวน 8 ข้อคำถาม

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามวัดความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำถาม ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับความรู้ฯ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (32-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และระดับต่ำ (0-23 คะแนน)

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (20-24 คะแนน) ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) และระดับต่ำ (0-15 คะแนน)

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 9 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็ม 36 คะแนน โดยระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (29-36 คะแนน) ระดับปานกลาง (22-28 คะแนน) และระดับต่ำ (0-21 คะแนน)

ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 7 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็ม 28 คะแนน โดยระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (20-28 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-19 คะแนน) และระดับต่ำ (0-16 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ จำนวน 7 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้รับ และไม่ได้รับ คะแนนเต็ม 7 คะแนน โดยระดับปัจจัยสิ่งชักนำ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่าง ๆ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (5.6-7.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.2-5.5 คะแนน) และระดับต่ำ (0.0-4.1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ การปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) และระดับต่ำ (0-17 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence : IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ = 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีค่าครอนบาช แอลฟา เท่ากับ 0.817

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.739 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.724 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.836 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.709 ปัจจัยเสี่ยงชักนำ มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.826 และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.734

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเนินมะกอก (อสม.) โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายวันเวลา ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่จะทำการศึกษาในเชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 15-59 ปี หมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเก็บข้อมูลรวบรวมเชิงปริมาณ
5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเสี่ยงชักนำ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเสี่ยงชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

ในวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2567 ใบรับรองโครงการวิจัย NSRU-EP-010/67 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบสอบถามเป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิปฏิเสธการทำแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอในลักษณะกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสี่ยงชักนำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 225 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.30 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 49.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.20 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 32.90 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.80 ส่วนใหญ่ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 97.30 และคนในครอบครัวไม่มีคนที่

เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 91.60 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.79$, S.D.=1.58) สำหรับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=31.72$, S.D.=2.89) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=20.40$, S.D.=1.68) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=28.94$, S.D.=2.04) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=21.14$, S.D.=2.73) สำหรับปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่าง ๆ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=4.11$, S.D.=1.51) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=12.89$, S.D.=4.35) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (n=225)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	6.79	1.58	ปานกลาง
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	31.72	2.89	ปานกลาง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	20.40	1.68	สูง
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	28.94	2.04	ปานกลาง
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	21.14	2.73	สูง
ปัจจัยสิ่งชักนำ			
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ	4.11	1.51	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	12.89	4.35	ต่ำ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 225 คน พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (p-value=0.08, p-value=0.015, p-value=0.012 และ p-value=0.005 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของคนในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (n=225)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)		
ปัจจัยร่วม				
เพศ				0.414
ชาย	90 (40.00)	15 (6.70)		
หญิง	98 (43.60)	22 (9.80)		
อายุ			2.43	0.657
15-23 ปี	28 (12.40)	3 (1.30)		
24-32 ปี	23 (10.20)	5 (2.20)		



ปัจจัย	พฤติกรรมกำบังโรคล้างมือ		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)		
33-41 ปี	27 (12.00)	7 (3.10)	3.97	0.265
42-50 ปี	16 (7.10)	5 (2.20)		
51-59 ปี	94 (41.80)	17 (7.60)		
สถานภาพสมรส				
โสด	62 (27.60)	11 (4.90)	2.42	0.878
สมรส	111 (49.30)	22 (9.80)		
หม้าย	8 (3.60)	4 (1.80)		
หย่า	7 (3.10)	0 (0.00)		
ระดับการศึกษา			15.62	0.008*
ประถมศึกษาตอนต้น	2 (0.90)	0 (0.00)		
ประถมศึกษาตอนปลาย	79 (35.10)	16 (7.10)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	42 (18.70)	7 (3.10)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	43 (19.10)	8 (3.60)	4.91	0.672
อนุปริญญา/ปวส.	8 (3.60)	2 (0.90)		
ปริญญาตรี	11 (4.90)	4 (1.80)		
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (1.30)	0 (0.00)		
รายได้			0.00	0.988
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	64 (28.44)	10 (4.44)		
3,001 – 6,000 บาท/เดือน	44 (19.56)	18 (8.00)		
6,001 – 9,000 บาท/เดือน	24 (10.66)	7 (3.11)		
9,001-12,000 บาท/เดือน	22 (9.78)	1 (0.44)	0.32	0.571
มากกว่า 12,000 บาท/เดือน	33 (14.67)	1 (0.44)		
อื่น ๆ	1 (0.44)	0 (0.00)		
อาชีพ				
รับราชการ	3 (1.30)	1 (0.40)	0.00	0.988
รัฐวิสาหกิจ	3 (1.30)	1 (0.40)		
เกษตรกร	47 (20.90)	13 (5.80)		
ค้าขาย	12 (5.30)	1 (0.40)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4 (1.80)	2 (0.90)	0.32	0.571
นักเรียน/นักศึกษา	13 (5.80)	3 (1.30)		
รับจ้างทั่วไป	65 (28.90)	11 (4.90)		
ว่างงาน	41 (18.20)	5 (2.20)		
ใน 1 ปีที่ผ่านมาตัวท่านเคยมีประวัติ			0.00	0.988
การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่				
ไม่เคย	183 (81.30)	36 (16.00)		
เคย	5 (2.20)	1 (0.40)		
ใน 1 ปีที่ผ่านมาคนในครอบครัวของ			0.00	0.988
ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค				
ไข้เลือดออกหรือไม่				
ไม่เคย	173 (76.90)	33 (14.70)		
เคย	15 (6.70)	4 (1.80)		



ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก			0.50	0.777
ระดับต่ำ	27 (12.00)	7 (3.11)		
ระดับปานกลาง	103 (45.77)	19 (8.44)		
ระดับสูง	58 (25.77)	11 (4.88)		
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก			2.38	0.305
ระดับต่ำ	1 (0.44)	1 (0.44)		
ระดับปานกลาง	69 (30.66)	16 (7.11)		
ระดับสูง	118 (83.55)	20 (8.88)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก			8.42	0.015*
ระดับต่ำ	0 (0.00)	1 (0.44)		
ระดับปานกลาง	41 (18.22)	13 (5.77)		
ระดับสูง	147 (65.33)	23 (10.22)		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก			0.03	0.843
ระดับปานกลาง	78 (34.66)	16 (7.11)		
ระดับสูง	110 (48.88)	21 (9.33)		
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			8.87	0.012*
ระดับต่ำ	12 (5.33)	2 (0.88)		
ระดับปานกลาง	59 (26.22)	3 (1.33)		
ระดับสูง	117 (52.00)	32 (14.22)		
ปัจจัยสิ่งชักนำ				
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ			10.51	0.005*
ระดับต่ำ	134 (59.60)	23 (10.20)		
ระดับปานกลาง	26 (11.60)	1 (0.40)		
ระดับสูง	28 (12.40)	13 (5.80)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ อายุ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.007, p-value=0.014 และ p-value=0.005 ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4



ตารางที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=225)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
เพศ	ชาย	105	1.14	0.35	0.81	0.416
	หญิง	120	1.18	0.38		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว	เคย	19	1.21	0.41	0.56	0.573
	ไม่เคย	206	1.16	0.36		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ระดับปานกลาง	94	1.17	0.37	0.39	0.844
	ระดับสูง	131	1.16	0.36		

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามอายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ (n=225)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	F	p-value
อายุ	15-23 ปี	31	1.09	0.30	0.60	0.663
	24-32 ปี	28	1.17	0.39		
	33-41 ปี	34	1.20	0.41		
	42-50 ปี	21	1.23	0.43		
	51-59 ปี	111	1.15	0.37		
รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	74	1.13	0.34	3.27	0.007*
	3,001-6,000 บาท/เดือน	62	1.29	0.45		
	6,001-9,000 บาท/เดือน	31	1.22	0.42		
	9,001-12,000 บาท/เดือน	23	1.04	0.20		
	มากกว่า 12,000 บาท/เดือน	34	1.02	0.17		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	ระดับต่ำ	34	1.20	0.41	0.25	0.779
	ระดับปานกลาง	122	1.15	0.36		
	ระดับสูง	69	1.15	0.36		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	ระดับต่ำ	2	1.50	0.70	0.18	0.308
	ระดับปานกลาง	85	1.18	0.39		
	ระดับสูง	138	1.14	0.35		
การรับรู้ความรุนแรงของ	ระดับต่ำ	1	2.00	0.00	4.31	0.014*



พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
โรคไข้เลือดออก	ระดับปานกลาง	54	1.24	0.43	5.44	0.005*
	ระดับสูง	170	1.13	0.34		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ	ระดับต่ำ	157	1.15	0.35		
โรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ	ระดับปานกลาง	27	1.04	0.19		
	ระดับสูง	41	1.32	0.47		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-59 ปี มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกร จึงทำให้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง และจัดการที่อยู่อาศัยให้ถูกหลักสุขาภิบาล ผ่นพุ่มภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และคนในครอบครัวไม่มีคนที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง และมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันโรคนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคที่อยู่ในระดับสูง ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร หรือความสะดวกในการดำเนินการตามมาตรการ เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การสวมใส่เสื้อผ้าปิดร่างกาย โดยเฉพาะช่วงเช้าและเย็นที่ยุงลายชุกชุม การติดมุ้งลวดที่ประตูและหน้าต่าง และนอนในมุ้ง อีกทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ทำให้ขาดความตื่นตัวและการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ ประทุมเกษร์ (2567) ที่ศึกษาแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มวัยกลางคนมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวและมีอิทธิพลเหนือครอบครัว ถึงแม้หนุ่มสาวจะแต่งงานมีครอบครัวก็ยังอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นกลุ่มวัยกลางคนและประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จึงทำให้เวลาในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวลดลง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นว่าการครอบครัวที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และผู้นำชุมชนควรมีบทบาทในการป้องกันโรค ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอ

พยุหะศิริ จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน อีกทั้งประกอบอาชีพรับจ้าง และทำเกษตรกรรม จึงต้องเอาเวลาส่วนใหญ่ไปประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง และจัดการที่อยู่อาศัยให้ถูกหลักสุขาภิบาล จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนนทา แก้วพิทยานนท์ (2567) ที่ศึกษาพฤติกรรมການป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า รายได้มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่มากนัก หากปล่อยให้ตัวเองหรือบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก็จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือเสียรายได้จากการทำงานมากขึ้น ดังนั้น องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของมนุษย์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะศิริ จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรม ดังนั้นจึงเสียเวลาส่วนใหญ่ไปกับการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ถึงแม้จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ความตื่นตัวในการป้องกันโรคนั้นยังไม่มากพอ นอกจากนี้ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และทรัพยากร เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือการใช้มาตรการป้องกันอื่นๆ ที่อาจไม่สะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ขาดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า ประชาชนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกได้ว่าเป็นโรคที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและระบาดทุกปี โดยเฉพาะอำเภอที่มีการอัตราป่วยสูง ซึ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหากรักษาไม่ถูกต้องและไม่ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร์ แก้วตา และณรงค์ ใจเที่ยง (2564) ที่ศึกษามาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคການป้องกันโรคไข้เลือดออกสูง ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมການป้องกันโรคมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคການป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน การสำรวจแหล่งน้ำขังในบ้านและชุมชน การนอนกางมุ้ง การพ่นหมอกควัน หรือการใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บกักน้ำ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นบุคคลให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงอุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนวัยทำงาน ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะศิริ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากคนวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี หมู่ที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะศิริ จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ซึ่งรายได้เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง หากปล่อยให้ตนเองหรือคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก็จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น รายได้ที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน นอกจากนั้นแล้ว การที่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสถานการณ์การป่วยและเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกภายในชุมชนไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพล สิริปยานนท์ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมການป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอขิรบารมี จังหวัดพิจิตร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมການป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ ไปพัฒนามาตรการที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งลดอุปสรรคในการป้องกัน โดยปรับปรุงการเข้าถึงอุปกรณ์และมาตรการป้องกันให้สะดวกและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น รวมถึงการพัฒนาโครงการรณรงค์ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงาน นอกจากนี้ควรมีนโยบายสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เช่น การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ช่วยให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่เป้าหมาย และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

2.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเภทของอุปสรรคที่ประชาชนเผชิญในการป้องกันโรค เช่น ความยากลำบากในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน หรือปัจจัยด้านพฤติกรรมและวัฒนธรรมที่อาจเป็นอุปสรรค

2.3 ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุอื่น ๆ หรือกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในแต่ละกลุ่ม และนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ไข้เด็งกี (Dengue). https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2566. <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/dfa7d4e2-b7f5-48ed-b40a-54f1cd4cbdfb/page/cFWgC>
- ณรงค์ ประทุมเพชร. (2567). ที่ศึกษาแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 20(2), 5-16.
- นันทา แก้วพิทยานนท์. (2567). รายงานการวิจัย พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา. <https://www.skho.moph.go.th/oa/uploads/research-31.pdf>
- บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(4), 141-156.
- ปฐวี ปวกพรหมา, อลิสา นิติธรรม และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(2), 68-77.
- ปรีชา สุวรรณทอง, วนิชา อินทรสร และวาริตา บุญเกิด. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดอำเภอ เมืองจังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 169-182.
- รสรินทร์ แก้วตา และณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). มาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 7(2), 215-228.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์. (2566). รายงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์เขต สุขภาพที่ 3. <https://ddc.moph.go.th/odpc3/forecast.php>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2566). รายงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 3. <https://spbo3.moph.go.th/ket/wp-content/uploads/2024/02/รายงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์14.pdf>



- สุรพล สิริปียานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเวียงชัย จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(8), 85-103.
- องค์การบริหารส่วนตำบลเนินมะกอก. (2567). สภาพทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลเนินมะกอก.
<https://www.noenmakok.go.th/history-rev2>
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2024). Dengue - Global situation. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518>
- Yamane, T. (1967). Statistics: An Introductory Analysis 2nd Edition, Harper and Row, New York.

พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม
ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

Risk Behaviors of Cerebrovascular Disease among the Elderly
in Ban Wongmahaphrom, Phuyuha Subdistrict, Phuyuha Khiri District,
Nakhon Sawan Province

วรรณวิษา เทียงธรรม¹, ธิดาร์ตน อินทร์งาม¹, นภัสชา คล้ายโต¹, ชัยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์¹, พิมรา ทองแสง¹
และนริศรา ชาญณรงค์^{1*}

Wanwisa Tengtham¹, Thidarat Inngam¹, Naphatcha Khlayto¹ Chayaporn Boonruangsak¹, Pimara Thongsaeng¹
and Narissara Channarong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 151 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-Square test, Independent t-test และ ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยดังกล่าวหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานและโครงการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมเสี่ยง, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine risk behaviors of cerebrovascular disease and factors affecting risk behaviors of cerebrovascular disease among elderly in Ban Wongmahaphrom, Phuyuha Subdistrict, Phuyuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The sample consisted of 151 participants. The data were collected using a risk behaviors of cerebrovascular disease questionnaire, which was validated for content by three experts and tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of approximately 0.81. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Independent t-test, and ANOVA.

The results revealed that the risk behaviors of cerebrovascular disease among the elderly were at a high level. Factors affecting the risk behaviors of cerebrovascular disease among the elderly included gender, age, perceived severity of cerebrovascular disease, and perceived benefits of cerebrovascular disease prevention, with a statistical significance level of 0.05. Additionally, comparisons of cerebrovascular disease risk behaviors among the elderly revealed significant differences based on gender, perceived severity of stroke, and perceived benefits of stroke prevention, with statistical significance at the 0.05 level. Based on the results, public health agencies and relevant organizations can use this information as a guideline for developing appropriate plans and programs for the elderly, including policy determination and effective operational planning to promote self-preventive behaviors against cerebrovascular disease in the future.

Keywords: Elderly, Risk behaviors, Cerebrovascular disease

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

¹Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*corresponding author e-mail: narissara.c@nsru.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการรุนแรงทั่วโลก โดย 1 ใน 4 คนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงชีวิตของตนเอง โดยเฉลี่ยทุก ๆ 3 วินาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยมากกว่า 12 ล้านคน และกว่า 6.5 ล้านคนต้องเสียชีวิต (World Stroke Organization, 2024) โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และในปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิต 39,086 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2567 พบอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด คือ จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 10.71 รองลงมาได้แก่ จังหวัดชัยนาท จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 10.20 ร้อยละ 9.26 ร้อยละ 7.93 และร้อยละ 6.14 ตามลำดับ (กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน เช่น เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง รวมถึงสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และประวัติครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ณฐกร นิลเนตร, 2562; ชูชาติ กลิ่นนาค และสุยธิน แซ่ตัน, 2563; บุญชนะ ประสันตสุข และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2564; พรภัทรา แสนเหลา และคณะ, 2564; กุลินทร คำแน่น และคณะ, 2566; สวรรค์ยา รักษาชล และคณะ, 2567) นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความเครียด ยังมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ชูชาติ กลิ่นนาค และสุยธิน แซ่ตัน, 2563; กุลินทร คำแน่น และคณะ, 2566) อีกทั้ง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ล้วนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ชูชาติ กลิ่นนาค และสุยธิน แซ่ตัน, 2563; สายสุณี เจริญศิลป์, 2564; อดิญา ลาlund และไพฑูรย์ วุฒิส, 2564) นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวยังพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ (สายสุณี เจริญศิลป์, 2564; อดิญา ลาlund และไพฑูรย์ วุฒิส, 2564) จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยจำนวนมากที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่สามารถนำมาปรับเปลี่ยนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานและโครงการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่บ้านวงศ์มหาพราหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 209 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่บ้านวงศ์มหาพราหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ และเป็นผู้เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, T., 1967) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{209}{1 + 209(0.05)^2}$$

$$= \frac{209}{136.15} \approx 137 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 151 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยรายชื่อของสมาชิกได้เรียงลำดับตามตัวอักษร ก-ฮ จากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่บ้านวงศ์มหาพราหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 7 คำถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามวัดความรู้ จำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับความรู้ฯ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (0.80–1.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.60–0.79 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00–0.59 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (4.00–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.00–3.99 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.99 คะแนน)

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (4.00–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.00–3.99 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.99 คะแนน)

ตอนที่ 3 การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (4.00–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.00–3.99 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.99 คะแนน)

ตอนที่ 4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (4.00-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.00-3.99 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.99 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ การปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 32 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (25.60-32.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (19.20-25.59 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-19.19 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence : IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ = 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรปัจจัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.711, 0.722 และ 0.724 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลพยุหะ จังหวัดนครสวรรค์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวังคัมหาพรหม (อสม.) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่หนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายวันเวลา ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่จะทำการศึกษาในเชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป บ้านวังคัมหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเก็บข้อมูลรวบรวมเชิงปริมาณ
5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวังคัมหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวังคัมหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว รายได้ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ ANOVA

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

ในวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ใบรับรองโครงการวิจัย NSRU-EP-006/67 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบสอบถามเป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิปฏิเสธการทำแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอในลักษณะกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 151 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.30 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 45.70 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 กก./ม² ร้อยละ 36.40 รองลงมา ได้แก่ 23.00-24.99 กก./ม² และ 25.00-29.99 กก./ม² ร้อยละ 27.15 และร้อยละ 26.50 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.25 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.77 รองลงมา ได้แก่ ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.20 และร้อยละ 21.19 ตามลำดับ มีรายได้ 6,001-9,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 27.15 และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 85.44 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.79$, S.D.=0.14) สำหรับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.51 \pm 0.40$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.54$, S.D.=4.99) การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.54$, S.D.=0.49) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.50$, S.D.=0.49) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=24.66$, S.D.=3.99) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (n=151)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.79	0.14	ปานกลาง
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.51	0.59	สูง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	4.54	0.64	สูง
- การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	4.54	0.87	สูง
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.50	0.67	สูง
พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	24.66	3.99	สูง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 151 คน พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001, p-value=0.002, p-value<0.001 และ p-value=0.036 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (n=151)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ				13.27	0.001*
- ชาย	23 (15.3)	32 (21.2)	14 (9.3)		
- หญิง	45 (29.8)	34 (22.5)	3 (1.9)		
อายุ (ปี)				16.81	0.002*
- 60-69 ปี	35 (23.1)	20 (13.2)	12 (7.9)		
- 70-79 ปี	31 (20.5)	34 (22.5)	4 (2.6)		
- ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	2 (1.3)	12 (7.9)	1 (0.06)		
ค่าดัชนีมวลกาย				2.40	0.712
- น้อยกว่า 18.50	12 (7.9)	3 (1.9)	0.00 (0.00)		
- 18.50 – 22.99	50 (33.1)	5 (3.3)	0 (0.00)		
- 23.00 – 24.99	39 (25.8)	2 (1.3)	0 (0.00)		
- 25.00 - 29.00	22 (14.6)	18 (11.9)	0 (0.00)		
โรคประจำตัว				0.97	0.615
- มี	40 (26.4)	44 (29.1)	10 (6.6)		
- ไม่มี	28 (18.5)	22 (14.5)	7 (4.6)		
อาชีพ				3.32	0.767
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (7.9)	17 (11.2)	3 (1.9)		
- รับจ้าง	23 (15.2)	22 (15.0)	6 (3.9)		
- เกษตรกรรม/เกษตรกร	13 (8.6)	13 (8.6)	3 (1.9)		
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19 (13.0)	11 (7.2)	5 (3.3)		
- อื่นๆ	4 (2.6)	0 (0.00)	0 (0.00)		
รายได้				11.39	0.181
- ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	13 (8.6)	15 (9.9)	0 (0.00)		
- 3,001-6,000 บาท/เดือน	12 (7.9)	14 (9.2)	3 (1.9)		
- 6,001-9,000 บาท/เดือน	14 (9.2)	19 (12.5)	8 (6.0)		
- 9,001-12,000 บาท/เดือน	22 (14.5)	11 (7.2)	5 (3.3)		
- มากกว่า 12,000 บาท/เดือน	7 (4.6)	7 (4.6)	1 (0.6)		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว				1.19	0.552
- เคย	11 (7.2)	10 (6.6)	1 (0.6)		



ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
- ไม่เคย	57 (37.7)	56 (37.9)	16 (10.0)	7.94	0.094
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง					
- ระดับต่ำ	3 (1.9)	4 (2.6)	1 (0.6)		
- ระดับปานกลาง	14 (9.2)	25 (16.5)	2 (1.3)		
- ระดับสูง	51 (33.7)	37 (24.5)	14 (9.2)	7.94	0.094
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
- ระดับปานกลาง	5 (3.6)	3 (1.9)	1 (0.06)		
- ระดับสูง	63 (41.7)	63 (41.7)	16 (10.5)	4.30	0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง					
- ระดับปานกลาง	4 (2.6)	11 (7.2)	3 (1.9)		
- ระดับสูง	64 (42.3)	55 (36.7)	14 (9.2)		
การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				15.66	0.057
- ระดับปานกลาง	6 (4)	23 (15.2)	7 (4.8)		
- ระดับสูง	62 (41.0)	43 (28.4)	10 (6.7)		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				6.67	0.036*
- ระดับปานกลาง	5 (3.3)	7 (4.6)	5 (3.3)		
- ระดับสูง	63 (41.7)	59 (39.2)	12 (7.9)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value=0.027 ตามลำดับ) สำหรับอายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4



ตารางที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (n=151)

ตัวแปร		n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
เพศ	- ชาย	69	2.13	0.72	3.61	0.001*
	- หญิง	82	2.51	0.57		
โรคประจำตัว	- มี	57	2.36	0.69	0.43	0.664
	- ไม่มี	94	2.31	0.65		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว	- เคย	22	2.31	0.59	0.88	0.380
	- ไม่เคย	129	2.45	0.68		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	- ระดับปานกลาง	9	2.44	0.72	0.49	0.625
	- ระดับสูง	142	2.33	0.67		
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	- ระดับปานกลาง	36	1.97	0.60	3.91	0.001*
	- ระดับสูง	115	2.45	0.65		
การรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	- ระดับปานกลาง	18	2.00	0.63	1.91	0.057
	- ระดับสูง	133	2.37	0.66		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	- ระดับปานกลาง	17	2.00	0.79	2.22	0.027*
	- ระดับสูง	134	2.38	0.64		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามอายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n=151)

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
อายุ	- 60-69 ปี	67	2.34	0.79	1.45	0.238
	- 70-79 ปี	69	2.39	0.59		
	- ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	15	2.06	0.45		
อาชีพ	- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	2.28	0.42	0.171	0.916
	- รับจ้างทั่วไป	51	2.33	0.40		
	- เกษตรกรรม/เกษตรกร	29	2.34	0.41		
	- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	35	2.40	0.38		
	- อื่นๆ	4	3.00	0.39		
ค่าดัชนีมวลกาย	- น้อยกว่า 18.50	15	3.00	0.35	0.44	0.998
	- 18.50 – 22.99	55	2.50	0.70		
	- 23.00 – 24.99	41	2.66	0.57		
	- 25.00 - 29.00	40	2.80	0.39		
รายได้	- ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	28	2.46	0.50	1.39	0.240
	- 3,001-6,000 บาท/เดือน	29	2.31	0.66		
	- 6,001-9,000 บาท/เดือน	41	2.14	0.72		
	- 9,001-12,000 บาท/เดือน	38	2.44	0.72		
	- มากกว่า 12,000 บาท/เดือน	15	2.40	0.63		
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	- ระดับต่ำ	8	2.25	0.70	0.228	0.796
	- ระดับปานกลาง	41	2.29	0.55		
	- ระดับสูง	102	2.36	0.71		

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =24.66, S.D.=3.99) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001, p-value=0.002, p-value<0.001 และ p-value=0.036 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$, $p\text{-value}<0.001$ และ $p\text{-value}=0.027$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับสูง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70 – 79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อาจมีความเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเสื่อมของร่างกาย และการสะสมของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัวที่พบสูงถึงร้อยละ 62.25 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ เช่น รับจ้าง ร้อยละ 33.77 หรือค้าขาย ร้อยละ 23.20 ซึ่งอาจทำให้ขาดเวลาในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งรายได้ที่อยู่ในช่วง 6,001-9,000 บาทต่อเดือน อาจจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพและโภชนาการที่ดี แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออุปสรรคจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจหมายถึงการรับรู้ว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องยาก หรือขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดสะสมจากการทำงานและชีวิตประจำวัน อาจมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง แต่หากขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเป็นไปได้ยาก ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง อาจเกิดจากปัจจัยทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และจิตวิทยาร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลินทร์ คำแน่น และคณะ (2566) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขว ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณคำ รักษาพล และคณะ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเพศ และอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าผู้หญิง อาจเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ อาจสะท้อนถึงความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้ อายุที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง โดยผู้สูงอายุช่วงต้น (60-69 ปี) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำกว่าผู้ที่อายุมากกว่า เนื่องจากยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายกว่ากลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอัตราพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูงเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยและพฤติกรรมที่ฝังลึกมายาวนาน สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่รับรู้ในระดับสูงมักมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ เนื่องจากตระหนักถึงอันตรายของโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง ในขณะที่ผู้ที่รับรู้ในระดับปานกลางมักมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากอาจยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบอย่างเต็มที่ หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน โดยผู้ที่มีการรับรู้ระดับสูงมักมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติที่ดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางอาจยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากอาจขาด

แรงจูงใจหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรค เมื่อพิจารณาร่วมกัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกร นิลเนตร (2562) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศชาย ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงถึง 2.2 เท่า นอกจากนี้ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพศชายยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 1.67 เท่า ขณะที่อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและส่งผลโดยตรงต่ออุบัติการณ์ของโรค โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันและหลอดเลือดสมองแตกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า 55 ปี ถึง 2.94 เท่า และช่วงอายุที่พบโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดอยู่ระหว่าง 55-85 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษินทร คำแน่น และคณะ (2566) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสวรค์ยา รักษาชล และคณะ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลาพบว่า อายุ โรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นนาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอณัญญา ลาลูน และไพฑูรย์ วุฒิส (2564) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และระยะเวลาที่ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ บ้านวงศ์มหาพรหม ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเพศชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ขณะที่เพศหญิงมักใส่ใจสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่า นอกจากนี้ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่ตระหนักถึงอันตรายในระดับสูงมักหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและให้ความสำคัญกับการป้องกันมากขึ้น ในทางกลับกัน ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงต่ำอาจละเลยการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น อีกทั้งการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคยังส่งผลต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่เข้าใจถึงประโยชน์ของการป้องกันในระดับสูงมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร ขณะที่ผู้ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคต่ำอาจไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความแตกต่างของเพศ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค และระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันของการเป็นโรคมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชนะ ประสันติสุข และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า เพศ และอายุ

ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม ระยะป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ประวัติโรคทางพันธุกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต การสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานและโครงการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตต่อไป

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการให้ข้อมูลและส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพในผู้สูงอายุ ผ่านการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อสร้างแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการออกแบบและประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และประโยชน์ของการป้องกันโรค เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงบทบาทของปัจจัยทางจิตใจและสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพในพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้งยิ่งขึ้นในการพัฒนาแผนงานหรือกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2.3 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง โดยการศึกษาในเชิงลึก เช่น Focus group เพื่อทราบถึงสาเหตุผลปัญหาและนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2567 ชวนประชาชนตั้งเป้า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1589

กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานสาธารณสุข ปี 2567 ประเด็น 4 : ลด แออัด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย: เขตสุขภาพที่ 3. https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_presentation/2024-08-08-10-51-25.pdf

กุลินทร์ คำแน่น, ศิวีไล โพธิ์ชัย, ธัญญา พรหมภักดี และปาไลตา พรหมเพ็ญ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 38(2), 79-90.

ชูชาติ กลิ่นนาคร และสุยธิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 62-77.

ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 51-57.

ดวงจิตา โสตาพรหม และศิริโชค วนรัตน์จิตร. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 32(2), 98-111.

- บุญชนะ ประสันตสุข และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2564). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ อำเภอสรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 2(3), 30-41.
- พรภัทรา แสนเหลา, สายนาท พลไชโย, เบญจา สนิทสิงห์, ทศพร ปั่นแก้ว และดร.ณิ ภาระพันธ์. (2564). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 88-97.
- สวรรณรักษ์ รักษาชล, อิบตีซาน เจ๊ะอุบง และขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 105-116.
- สายสุณี เจริญศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิส. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล, 70(2), 27-36.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- World Stroke Organization. (2024). World Stroke Day 2024 Campaign. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSD2024_Campaign_Toolkit.pdf
- Yamane, T. (1967). Statistics: An Introductory Analysis^{2nd} Edition, Harper and Row, New York.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

Factors Affecting Influenza Preventive Behaviors Among the Elderly in Lat Yao Subdistrict, Lat Yao District, Nakhon Sawan Province

กวิณทรา ยอดสุทธิ¹, คุณัญญา แร่ถ่าย¹, ปิยนันท์ สีสั่งชุม¹, ภัทรพร พุ่มทอง¹, ปทุมพร ประสาททอง¹ และนริศรา ชาญณรงค์^{1*}
Kawintha Yodsutti¹, Khunanya Raethai¹, Piynanth Sisangchum¹, Padtharaporn Phomtong¹,
Patoomporn Prasatthong¹ and Narissara Channarong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยร่วมของผู้สูงอายุ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.743, 0.817, 0.707 และ 0.713 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-Square test, Independent t-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนเพื่อพัฒนาปรับปรุงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ไข้หวัดใหญ่, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรม, การป้องกันโรค

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to investigate the Influenza preventive behaviors and the factors that affecting on Influenza preventive behaviors among the elderly in Lat Yao Subdistrict, Lat Yao District, Nakhon Sawan Province. The study sample comprised 383 participants selected through stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire consisted of 4 parts: modifying factors, perception of Influenza, cues to action, and Influenza preventive behavior. The validity of the questionnaire was assessed using Cronbach's Alpha Coefficient, yielding reliability score of 0.743, 0.817, 0.707 and 0.713 respectively. Data was analyzed using descriptive statistics, chi-square test, independent t-test and one-way ANOVA.

The findings revealed that influenza preventive behaviors among the elderly in Lat Yao Subdistrict was at a moderate level. Significant factors associated with these behaviors included educational level, history of Influenza vaccination, and perception of influenza ($p < 0.05$). Additionally, differences in educational level, Influenza vaccination history, and perception of Influenza were found to influence preventive behaviors at a statistically significant level ($p < 0.05$). The results of this study can be utilized to develop strategies for enhancing factors that influence Influenza preventive behaviors among the elderly.

Keywords: Influenza, Elderly, Behaviors, Prevention

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

¹Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*corresponding author e-mail: narissara.c@nsru.ac.th

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นการติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน มีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้สูงทันที ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอ่อนเพลีย จัดเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เคยมักเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลก ทำให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มี 3 ชนิด ได้แก่ A, B และ C โดยชนิด A ก่อให้เกิดการระบาดใหญ่ ชนิด B ระบาดในระดับภูมิภาค ส่วนชนิด C มักแสดงอาการอ่อนเพลียและไม่ทำให้เกิดการระบาด เชื้อติดผ่านทางทางหายใจ และการสัมผัสสฟอยละอองจากน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย หรือพื้นผิวที่ปนเปื้อน ระยะฟักตัว 1-3 วัน และแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 1 วันก่อนมีอาการจนถึง 3-5 วันหลังมีอาการ ส่วนเด็กอาจแพร่เชื้อได้นานกว่า อาการเริ่มหลังได้รับเชื้อ 1-4 วัน โดยมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย คัดจมูก เจ็บคอ และอาจมีอาการไอรุนแรงกว่าหวัดทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหายภายใน 1-2 สัปดาห์ แต่บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปอดบวม ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูกาลระบาดของไข้หวัดใหญ่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ของประเทศไทยปี พ.ศ.2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ.2567 มีรายงานผู้ป่วย 663,173 ราย อัตราป่วย 1,021.65 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 51 ราย กลุ่มอายุ 55-64 ปี และกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วย 424.65 และ 419.63 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2567 มีรายงานผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 5,290 ราย อัตราป่วย 261.34 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการสนับสนุนจากสังคม โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ครอบครัว และชุมชนเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น (กลินร่า ทอดสูงเนิน และคณะ, 2564; จุฑาทิพย์ อินทรสุต, 2567; พนอวดี จันทนา, 2567) นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อสาธารณะ และแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ มีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และผู้สูงอายุ อีกทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้ารับวัคซีน และพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวม (กลินร่า ทอดสูงเนิน และคณะ, 2564; จุฑาทิพย์ อินทรสุต, 2567; พนอวดี จันทนา, 2567; วิวัฒน์ ศรีทองทา และวิราสิริ วสิริสิริ, 2567) ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการระบาดและผลกระทบจากโรคไข้หวัดใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล และการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 2,639 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่

ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ และเป็นผู้เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, T., 1967) ที่ยอมรับความคลาดเคลื่อนให้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{2,639}{1 + 2,639(0.05)^2}$$

$$= \frac{2,639}{347.35} \approx 348 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 383 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 6 ข้อคำถาม

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามวัดความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำถาม ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับความรู้ฯ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (8.00-10.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-5.99 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 25 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 125 คะแนน โดยระดับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (100.00-125.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (75.00-99.99 คะแนน) และระดับต่ำ (25.00-74.99 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้ข้อมูลจากข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 11 ข้อคำถาม โดยแบบสอบถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ เลือก และไม่ได้เลือก คะแนนเต็ม 11 คะแนน โดยระดับปัจจัยสิ่งชักนำของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับปัจจัยสิ่งชักนำของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (8.80-11.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.60-8.79 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-6.59 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ การปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (Bloom et al., 1971) แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (40.00-50.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (30.00-39.99 คะแนน) และระดับต่ำ (10.00-29.99 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence : IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ = 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรปัจจัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

ใช้หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.743, 0.817, 0.707 และ 0.713 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลลาดยาว โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายวันเวลา ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่จะทำการศึกษาในเชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเก็บข้อมูลรวบรวมเชิงปริมาณ
5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงชกนากับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ที่ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยเสี่ยงชกน โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

ในวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567 ใบรับรองโครงการวิจัย NSRU-EP-015/67 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบสอบถามเป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิปฏิเสธการทำแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอในลักษณะกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงชกน และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 383 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.50 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 50.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.56 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.50 เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 78.90 และเคยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 10.40 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =7.79, S.D.=1.42) ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =95.91, S.D.=7.30) ปัจจัยเสี่ยงชกน อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.96, S.D.=0.32) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =38.81, S.D.=5.23) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัย
สิ่งชักนำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ (n=383)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.
ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	7.79	1.42
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	95.91	7.30
ปัจจัยสิ่งชักนำ	5.96	0.32
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	38.81	5.23

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรวม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับ
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value<0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรวม ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ (n=383)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ปัจจัยรวม					
เพศ				1.51	0.470
ชาย	9 (2.34)	84 (21.93)	66 (17.23)		
หญิง	7 (1.83)	120 (31.33)	97 (25.33)		
อายุ (ปี)				0.71	0.950
60-69 ปี	8 (2.09)	100 (26.11)	85 (22.19)		
70-79 ปี	5 (1.31)	75 (19.58)	55 (14.36)		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	3 (0.78)	29 (7.57)	23 (6.01)		
ระดับการศึกษา				34.31	0.001*
ประถมศึกษาตอนต้น	8 (11.23)	105 (29.50)	50 (1.83)		
ประถมศึกษาตอนปลาย	2 (7.57)	74 (26.89)	84 (7.31)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (0.78)	4 (1.31)	5 (0.52)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2 (0.52)	3 (0.78)	6 (1.57)		
ปริญญาตรี	0 (0.00)	8 (11.23)	11 (2.87)		
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	3 (0.78)	10 (2.61)	7 (1.83)		
โรคประจำตัว				0.11	0.947
มี	12 (3.13)	155 (40.47)	126 (32.89)		
ไม่มี	4 (1.04)	49 (12.79)	37 (9.66)		
ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่				20.26	0.001*
เคย	8 (2.09)	150 (39.16)	144 (37.60)		
ไม่เคย	8 (2.09)	54 (14.10)	19 (4.96)		



ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่				2.54	0.281
เคย	0 (0.00)	20 (5.22)	20 (5.22)		
ไม่เคย	16 (4.18)	184 (48.04)	143 (37.34)		
ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่				2.49	0.647
ระดับต่ำ	2 (0.52)	18 (4.69)	11 (2.87)		
ระดับปานกลาง	6 (1.57)	53 (13.84)	41 (10.70)		
ระดับสูง	8 (2.09)	133 (34.73)	111 (28.98)		
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่				107.79	0.001*
ระดับต่ำ	0 (0.00)	1 (0.26)	0 (0.00)		
ระดับปานกลาง	13 (3.40)	183 (47.78)	65 (16.97)		
ระดับสูง	3 (0.78)	20 (5.22)	98 (25.59)		
ปัจจัยสิ่งชักนำ				1.35	0.508
ระดับต่ำ	16 (4.18)	204 (53.26)	162 (42.29)		
ระดับปานกลาง	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.26)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการรับวัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$, $p\text{-value}<0.001$ และ $p\text{-value}<0.001$ ตามลำดับ) สำหรับเพศ อายุ โรคประจำตัว และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่ที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4 ทั้งนี้ ปัจจัยสิ่งชักนำ ไม่สามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ เนื่องจากค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในระดับสูง มีค่าเป็น 0.00

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ($n=383$)

พฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ	ชาย	159	2.36	0.59	0.74	0.462
	หญิง	224	2.40	0.55		
โรคประจำตัว	มี	293	2.39	0.57	0.33	0.743
	ไม่มี	90	2.37	0.57		



พฤติกรรมການป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	เคย	302	2.45	0.55	4.48	0.001*
	ไม่เคย	81	2.14	0.56		
ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	เคย	27	2.50	0.51	1.37	0.171
	ไม่เคย	356	2.37	0.57		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมການป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ (n=383)

พฤติกรรมການป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	F	p-value
อายุ	60-69 ปี	193	2.39	0.57	0.14	0.868
	70-79 ปี	135	2.37	0.56		
	ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	55	2.36	0.59		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาตอนต้น	163	2.26	0.54	4.33	0.001*
	ประถมศึกษาตอนปลาย	160	2.51	0.53		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	10	2.40	0.69		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	2.36	0.81		
	ปริญญาตรี	19	2.58	0.51		
	ไม่ได้รับการศึกษา	20	2.20	0.69		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	ระดับต่ำ	31	2.29	0.59	0.84	0.431
	ระดับปานกลาง	100	2.35	0.59		
	ระดับสูง	252	2.41	0.55		
ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	ระดับต่ำ	1	2.00	0	57.63	0.001*
	ระดับปานกลาง	261	2.19	0.51		
	ระดับสูง	121	2.79	0.47		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=38.81$, S.D.=5.23) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value<0.001 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และความรู้อันเกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001, p-value<0.001 และ p-value<0.001 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ความรู้ที่ไม่เพียงพออาจส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค หรือขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่ถูกต้อง เช่น การฉีดวัคซีนเป็นประจำทุกปี หรือการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด อีกทั้งปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ระดับการรับรู้ดังกล่าวยังไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้นได้อย่างเต็มที่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น ส่วนปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ซึ่งรวมถึงอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับการสนับสนุนหรือคำแนะนำที่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การขาดสิ่งกระตุ้นจากบุคคลรอบข้างอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดแรงจูงใจในการเข้ารับวัคซีนหรือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่และวิธีป้องกัน ในขณะเดียวกัน การมีโรคประจำตัวอาจเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปฉีดวัคซีนหรือการปฏิบัติตามมาตรการสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ แต่ยังมีผู้ที่เคยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 10.40 ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมหรือขาดความต่อเนื่องในการฉีดวัคซีนเป็นประจำ การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ สุวรรณสาร และคณะ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม แม้ภาครัฐจะออกมาตรการเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนป้องกันโรค ทั้งนี้ ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไปรับวัคซีน เป็นต้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นการปฏิบัติที่ต้องการการสนับสนุน และการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิชามญช์ หาญเจริญกิจ และคณะ (2565) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง ทำให้ทราบถึงแนวทางป้องกันโรคที่เหมาะสม เช่น การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร การปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจาม และการหลีกเลี่ยงการไปตลาดนัดที่มีคนแออัด รวมถึงการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.56 รองลงมาจบระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.80 เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 78.90 เคยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 10.40 และมีปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรู้เกี่ยวกับโรคและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมามากขึ้น การได้รับวัคซีนเป็นอีกปัจจัยที่สะท้อนถึงการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระดับความรู้และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรค เช่น การรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบของโรค มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เช่น การล้างมือ ใส่หน้ากาก และหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ดังนั้น เมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับโรคดีขึ้น และมีประสบการณ์ในการได้รับวัคซีน จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสวรยา สิริภคมงคล และสำราญ สิริภคมงคล (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้มารับบริการในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา อาชีพ กลุ่มเสี่ยง การเคยได้รับวัคซีน และความรู้โรคไข้หวัดใหญ่ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาวิวัฒน์ ศรีทองทา และวิราสิริ วสีวิสิริ (2567) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตพื้นที่ชายแดน ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตพื้นที่ชายแดน ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาถิ่นร่ำ ทอดสูงเนิน และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ต้องขังจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาจุฑาทิพย์ อินทรสุต (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จึงมีค่อนข้างสูง มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับวิชาชีพอื่นๆ คือ แพทย์ พยาบาล จะได้รับทั้งความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ จึงมีการรับรู้ค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับการศึกษาพนอดิ จันทนา (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีระดับความเชื่อที่แตกต่างกัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามักมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ รวมถึงวิธีการป้องกันที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจประสบปัญหาในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงข้อแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีแนวโน้มที่จะละเลยการป้องกันโรค เช่น ไม่ได้รับวัคซีนประจำปีหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคไข้หวัดใหญ่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อนมักจะมีแนวโน้มที่จะได้รับวัคซีนต่อเนื่องมากขึ้น เนื่องจากเคยมีประสบการณ์และรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีน ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อนอาจมีความลังเล เนื่องจากขาดข้อมูลหรือมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวัคซีน เช่น ความเชื่อว่าวัคซีนอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงหรือมองว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีประวัติการรับวัคซีนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูงมักมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น เนื่องจากตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ รวมถึงเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคผ่านการฉีดวัคซีนและการปฏิบัติตามมาตรการสุขอนามัย อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับต่ำ อาจทำให้ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม หรือขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ สุวรรณสาร และคณะ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการให้ความรู้และให้แนวทางในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ไม่ซับซ้อน ผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษาได้ข้อมูลไม่แตกต่างกัน จึงมีการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เลือกมาศึกษานั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน ออกแบบหลักสูตรหรือโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าใจและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

1.2 หน่วยงานภาครัฐควรมีมาตรการสนับสนุนการเข้าถึงวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และมีแผนรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ชนบทและพื้นที่เมืองหรือเปรียบเทียบจังหวัดที่มีอัตราการฉีดวัคซีนสูงกับจังหวัดที่มีอัตราการฉีดวัคซีนน้อย เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลในบริบทที่แตกต่างกัน

2.3 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเข้าใจความคิด ทศนคติ และอุปสรรคที่ผู้สูงอายุเผชิญในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (Influenza). https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=20

กรวรรณ สุวรรณสาร, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์ และชลิตา ตระกูลสุนทร (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม: รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:283527

- กลั่นร่ำ ทอดสูงเนิน, ยูยงค์ จันทรวิจิตร และสุภาพร แนวบุตร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ต้องขังจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(3), 156-167. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/253169/171310>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2567 (ข้อมูลตามสัปดาห์การระบาด). <https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=607&dept=doe>
- จุฑาทิพย์ อินทรสุด. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 5(1), 16-26. <http://www.ppho.go.th/webppho/research/y5p1/b02.pdf>
- พนอวดี จันทนา (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. https://srth.moph.go.th/research/file/20240519193742-71_2567%20%E0%B8%9E%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%B5%20%20%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%99%E0%B8%B2.pdf
- พิชามญช์ หาญเจริญกิจ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และวิลาวัลย์ เตื่อนราษฎร์. (2565). ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(1), 175-185. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/254411/174977>
- วิวัฒน์ ศรีทองทา และวิราสิริ วีสิริสิ่ว. (2567). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตพื้นที่ชายแดน ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 15(1), 212-225. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/gajasara/article/view/271553/183268>
- สวรยา สิริคมงคล และสำราญ สิริคมงคล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้มารับบริการในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 11(2), 49-60. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/article/view/208929/144827>
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Yamane, T. (1967). Statistics: An Introductory Analysis^{2nd} Edition, Harper and Row, New York.

การจำลองการแพร่กระจายและผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนีย
ด้วยโปรแกรม ALOHA ในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่ม
SIMULATION OF DIFFUSION AND LEAKAGE EFFECTS OF AMMONIA GAS
WITH ALOHA PROGRAM IN THE BEVERAGE PRODUCTION INDUSTRY

วาสนา ปิ่นทอง^{1*}, อนุสรณ์ สืบสาย
Wassana Pinthong^{1*}, Anusorn Seubsai

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสารแอมโมเนียในระบบการทำน้ำเย็น โดยใช้โปรแกรม ALOHA (Areal Locations of Hazardous Atmospheres) ในการจำลองสถานการณ์และคำนวณหาระยะทางที่ได้รับผลกระทบ โดยพิจารณาปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ความเร็วลม ทิศทางลม อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ในพื้นที่ศึกษา การศึกษาได้ทำการจำลองสถานการณ์การรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บจำนวน 5 ถังที่มีขนาดที่แตกต่างกัน ที่ติดตั้งอยู่ 2 อาคาร โดยกำหนดขนาดรั่ว 1.5 นิ้ว และทำการเปรียบเทียบทั้ง 3 ฤดูกาล ผลการศึกษาพบว่าพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบมีระยะทางแตกต่างกันตามขนาดถังที่จัดเก็บ โดยจากการจำลองการรั่วไหลพบว่าถังที่ 1 มีรัศมีการรั่วไหลมากที่สุด รองลงมาคือถังที่ 3, 4, 5 และถังที่ 2 มีอัตราการรั่วไหลน้อยที่สุด โดยขึ้นอยู่กับปริมาณแอมโมเนียที่จัดเก็บในถัง สำหรับพื้นที่สีแดงที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงที่สุด 384 เมตร เป็นพื้นที่ภายในโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm มีระยะพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงที่สุด 769 เมตร เป็นพื้นที่ของบ้านพักอาศัย, หอพัก และโรงเรียน และพื้นที่สีเหลืองที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm มีระยะพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงที่สุด 1,400 เมตร เป็นพื้นที่ของบ้านพักอาศัย, หอพัก และโรงเรียน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนรับมือเหตุฉุกเฉิน การกำหนดระยะปลอดภัย และการจัดทำแผนอพยพประชาชนในกรณีเกิดเหตุก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล รวมถึงเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับสถานประกอบการที่มีการใช้งานก๊าซแอมโมเนีย

คำสำคัญ: ก๊าซแอมโมเนีย, การรั่วไหล, โปรแกรม ALOHA, การประเมินความเสี่ยง

Abstract

This study aims to assess the areas affected by ammonia released from a refrigeration system using the ALOHA (Areal Locations of Hazardous Atmospheres) software to simulate potential leak scenarios and calculate the corresponding impact distances. The simulation considers meteorological factors such as wind speed, wind direction, temperature, and relative humidity at the study site. The assessment involved simulating ammonia gas leaks from five storage tanks of varying sizes, installed in two buildings. A leak hole size of 1.5 inches was assumed, and simulations were conducted for all three seasons. The results indicate that the dispersion distance of ammonia gas varies depending on the size of the storage tank. Tank 1 showed the widest dispersion radius, followed by tanks 3, 4, and 5, while tank 2 exhibited the shortest dispersion range. This variation is directly related to the amount of ammonia stored in each tank.

For the red zone, defined by concentrations exceeding 1,100 ppm, the maximum affected distance was 384 meters, limited to the factory premises. For the orange zone, with concentrations above 160 ppm, the maximum affected distance was 769 meters, impacting nearby residential areas, dormitories, and schools. The yellow zone, with concentrations exceeding 30 ppm, extended as far as 1,400 meters, covering additional residential areas, dormitories, and schools. The findings from this study can be applied to emergency preparedness planning, the designation of safety zones, and the development of evacuation plans in the event of an ammonia leak. Furthermore, the results serve as a guideline for establishing safety measures in facilities that use or store ammonia.

Keywords: Ammonia gas, Leak, ALOHA program, Risk assessment

¹ภาควิชาวิศวกรรมความปลอดภัย คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,

¹ Master of Engineering Program in Safety Engineering, Kasetsart University

²ภาควิชาวิศวกรรมเคมี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

²Chemical Engineering Faculty of Engineering, Kasetsart University

*corresponding author e-mail: Wassana.pin@ku.ac.th, fengasn@ku.ac.th

บทนำ

แอมโมเนีย (Ammonia; NH_3) เป็นสารทำความเย็นที่ได้รับความนิยมในกระบวนการทำความเย็นและระบบทำน้ำเย็นของโรงงานอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในระบบทำความเย็นระดับอุตสาหกรรมซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย แอมโมเนียรหัสสารทำความเย็นคือ R-717 และจัดอยู่ในกลุ่มสารทำความเย็นธรรมชาติ (Natural Refrigerants) ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเนื่องจากไม่ทำลายชั้นบรรยากาศโอโซน และไม่มีค่าศักยภาพในการก่อภาวะโลกร้อน (Global Warming Potential; GWP) นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติทางเทอร์โมไดนามิกส์ที่ดีเยี่ยม เช่น มีค่าความร้อนแฝงของการระเหยสูง จึงสามารถดูดซับความร้อนได้มาก ส่งผลให้ระบบทำความเย็นมีประสิทธิภาพสูงและประหยัดพลังงาน อีกทั้งมีต้นทุนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสารทำความเย็นชนิดอื่น แม้แอมโมเนียจะมีข้อดีในด้านประสิทธิภาพและความเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม แต่ก็เป็สารเคมีที่มีอันตรายสูงโดยมีคุณสมบัติเป็นก๊าซพิษ ไม่มีสี และมีน้ำหนักโมเลกุลเบากว่าอากาศ หากเกิดการรั่วไหลอาจส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งต่อบุคลากรในโรงงานและชุมชนโดยรอบ การสัมผัสก๊าซแอมโมเนียในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง และอาจนำไปสู่ภาวะปอดบวม น้ำขาดออกซิเจน (Hypoxia) และการหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) จากสถิติอุบัติเหตุของกรมโรงงานอุตสาหกรรมในปี พ.ศ. 2566 (มกราคม-ธันวาคม) พบว่าเกิดอุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรมรวมทั้งสิ้น 140 ครั้ง โดยสาเหตุจากสารเคมีรั่วไหลมีจำนวน 13 ครั้ง ซึ่งจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 รองจากอัคคีภัย และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอุบัติเหตุจากสารเคมีรั่วไหลเกิดขึ้นเฉลี่ยปีละ 12 ครั้ง กรณีที่มีความรุนแรง เช่น เหตุการณ์แอมโมเนียรั่วไหลในโรงงานน้ำแข็ง จังหวัดชลบุรี เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บมากกว่า 100 คน และก๊าซรั่วไหลแพร่กระจายไกลกว่า 1 กิโลเมตร การจัดการอุบัติเหตุจากการรั่วไหลของแอมโมเนียจึงต้องให้ความสำคัญต่อเวลาในการอพยพ จุลรวมพลที่ปลอดภัย และระบบแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพ งานวิจัยของ Hou et al. (2020) ชี้ให้เห็นว่า ความชัดเจนของการแจ้งเตือนมีผลต่อความเร็วในการอพยพ หากการแจ้งเตือนไม่ชัดเจน บุคคลมักมีอาการตัดสินใจจากผู้อื่น ส่งผลให้การอพยพล่าช้า

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียในบริบทของฤดูกาลและประเภทของถังจัดเก็บ เพื่อประเมินขอบเขตของพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบ และนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนเส้นทางอพยพ, จุลรวมพล และการเตรียมความพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรม ALOHA (Areal Locations of Hazardous Atmospheres) ในการจำลองสถานการณ์การรั่วไหล เพื่อคาดการณ์ระดับความรุนแรงของผลกระทบในพื้นที่จริง และเสนอแนะแนวทางในการจัดการความเสี่ยงให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแพร่กระจายจากการรั่วไหลของสารแอมโมเนียในระบบทำความเย็นที่จัดเก็บในโรงงาน ภายใต้เงื่อนไขของฤดูกาลที่แตกต่างกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบขอบเขตของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลของสารแอมโมเนียในระบบทำความเย็นที่จัดเก็บในถังแต่ละขนาดที่แตกต่างกัน
3. เพื่อจำลองสถานการณ์การรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียโดยใช้โปรแกรม ALOHA และประเมินระดับความรุนแรงของผลกระทบร่วมกับโปรแกรม Google Earth
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางการกำหนดเส้นทางอพยพ จุลรวมพล และมาตรการในการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนีย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-Sectional Study Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม และการประเมินความรุนแรงของผลกระทบในสถานการณ์ต่าง ๆ
2. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคือโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีการใช้แอมโมเนียเป็นสารทำความเย็นในกระบวนการผลิต

3. ลักษณะของถังเก็บแอมโมเนียที่ศึกษา โดยศึกษาถังเก็บแอมโมเนียทั้งหมดจำนวน 5 ถัง โดยแยกจัดเก็บในอาคาร 2 แห่ง
 - 3.1 อาคารหม้อไอน้ำ(Boiler) เป็นอาคารสูง 1 ชั้น ภายในจัดเก็บถังเก็บแอมโมเนียจำนวน 3 ถัง
 - 3.2 อาคารผลิต เป็นอาคารสูง 1 ชั้น มีห้องแยกเฉพาะสำหรับถังเก็บแอมโมเนียอีกจำนวน 2 ถัง
4. ข้อมูลที่ใช้ศึกษา
 - 4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ได้มาจากการสำรวจข้อมูลจริงภายในพื้นที่โรงงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในปัจจุบันของโรงงาน และรายละเอียดของถังเก็บแอมโมเนียได้จากการที่สำรวจข้อมูลจริง
 - 4.2 ข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ประกอบด้วยข้อมูลองค์ประกอบและคุณสมบัติของก๊าซแอมโมเนียจากแหล่งฐานข้อมูลมาตรฐาน และข้อมูลด้านอุตุนิยมวิทยา เช่น ทิศทางลม อุณหภูมิ และความชื้น ได้จากสถานีอุตุนิยมวิทยาของศูนย์อุตุนิยมวิทยา
5. ใช้โปรแกรมโลฮา (ALOHA : Areal Locations Of Hazardous Atmospheres) ในการจำลองสถานการณ์การรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนีย เพื่อประเมินระดับผลกระทบในพื้นที่จริง ทั้งในด้านระยะทางการแพร่กระจาย ความเข้มข้นของสารเคมี และแนวทางในการวางแผนรับมือเหตุฉุกเฉิน

ผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ดำเนินการจำลองสถานการณ์การรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียโดยใช้โปรแกรม ALOHA โดยจำลองการรั่วไหลกรณีรั่วขนาด 1.5 นิ้ว จากถังเก็บจำนวน 5 ถัง ซึ่งติดตั้งอยู่ในอาคารจำนวน 2 หลัง โดยศึกษารูปแบบการแพร่กระจายของก๊าซแอมโมเนียภายใต้เงื่อนไขของสภาพอากาศที่แตกต่างกันในแต่ละฤดูกาล ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝน และฤดูหนาว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงและขอบเขตของพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลในแต่ละช่วงฤดูกาล ได้ผลดังนี้

ประเมินการแพร่กระจายการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บแอมโมเนีย ถังที่ 1

ถังเก็บแอมโมเนียถังที่ 1 บรรจุก๊าซแอมโมเนียปริมาณ 3,817 ลิตร ความยาวของถัง 6 เมตร เส้นผ่านศูนย์กลางขนาด 0.9 เมตร ช่วงฤดูฝนมีการรั่วไหล ในช่วงฤดูร้อน(เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม) พบว่าพื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 382 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลซึ่งส่งผลกระทบกับพนักงานที่อยู่ในภายในบริเวณโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 769 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบกับประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 1,400 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-กันยายน) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 383 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งส่งผลกระทบกับพนักงานที่อยู่ในภายในบริเวณโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 768 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลซึ่งระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือโรงเรียน พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 1,400 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหวคือ โรงเรียน และวัด

ช่วงฤดูหนาว (เดือนตุลาคม-ธันวาคม และเดือนมกราคม)พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 384 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลส่งผลกระทบกับพนักงานในโรงงานที่ทำการศึกษา พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 768 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบกับประชาชนประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือโรงเรียน พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 1,400 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะที่แพร่กระจายดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหวคือ โรงเรียน และวัด



ภาพที่ 1 การจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียที่บรรจุอยู่ในถังที่ 1

ประเมินการแพร่กระจายการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บแอมโมเนีย ถังที่ 2

ถังเก็บแอมโมเนียถังที่ 2 บรรจุก๊าซแอมโมเนียปริมาณ 445 ลิตร ความยาวของถัง 2.8 เมตร เส้นผ่านศูนย์กลางขนาด 0.45 เมตร

ในช่วงฤดูร้อน(เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 173 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลส่งผลกระทบกับพนักงานที่อยู่ในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 353 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลซึ่งระยะดังกล่าวมี ไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 647 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-กันยายน) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 177 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนีย พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 354 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล

ช่วงฤดูหนาว (เดือนตุลาคม-ธันวาคม และเดือนมกราคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 164 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบกับพนักงานที่อยู่ในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 348 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือโรงเรียน พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบในระยะรัศมี 642 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหวคือ โรงเรียน



ภาพที่ 2 การจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียที่บรรจุอยู่ในถังที่ 2

ประเมินการแพร่กระจายการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บแอมโมเนีย ถังที่ 3

ในช่วงฤดูร้อน(เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 357 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบต่อพนักงานในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 716 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,300 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-กันยายน) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 357 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพนักงานในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 715 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,300 เมตร โดยระยะดังกล่าวไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูหนาว (เดือนตุลาคม-ธันวาคม และเดือนมกราคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 351 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบต่อพนักงานในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 711 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวมีผู้ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือ โรงเรียน พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,300 เมตร ระยะดังกล่าวมีผู้ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหวคือ โรงเรียน และวัด



ภาพที่ 3 การจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียที่บรรจุอยู่ในถังที่ 3

ประเมินการแพร่กระจายการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บแอมโมเนีย ถังที่ 4

ในช่วงฤดูร้อน(เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม)พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 316 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบต่อพนักงานในโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 636 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ซึ่งระยะดังกล่าวมี มีผู้ได้รับผลกระทบ คือประชาชนที่อยู่อาศัยในบริเวณดังกล่าว และมีหอพักที่อยู่ในรัศมีที่แอมโมเนียรั่วไหล พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,200 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล

ช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-กันยายน) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 318 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบต่อพนักงานในโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 634 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความ

เข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,200 เมตร จากจุดที่ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูหนาว (เดือนตุลาคม-ธันวาคม และเดือนมกราคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 310 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบกับพนักงานในโรงงานที่ทำการศึกษ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 630 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือ โรงเรียน และวัด พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 1,200 เมตร จากจุดที่ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหวคือ โรงเรียน และวัด



ภาพที่ 4 การจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียที่บรรจุอยู่ในถังที่ 4

ประเมินการแพร่กระจายการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากถังเก็บแอมโมเนีย ถังที่ 5

ในช่วงฤดูร้อน (เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 252 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบกับพนักงานในโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 506 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 932 เมตร จากจุดที่ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหลระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าว

ช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-กันยายน) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 254 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ส่งผลกระทบให้พนักงานที่อยู่ในโรงงานที่ทำการศึกษได้รับผลกระทบ พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 506 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 930 เมตร จากจุดที่ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวไม่มีผู้ที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ว่างเปล่า และพื้นที่เกษตรกรรม

ช่วงฤดูหนาว (เดือนตุลาคม-ธันวาคม และเดือนมกราคม) พื้นที่สีแดงที่ระดับ AEGL-3 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 244 เมตรจากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวส่งผลกระทบกับพนักงานในโรงงาน พื้นที่สีส้มที่ระดับ AEGL-2 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 501 เมตร จากจุดที่เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล ระยะดังกล่าวส่งผลกระทบระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ ประชาชนที่อยู่ในระยะดังกล่าว และพื้นที่อ่อนไหว คือโรงเรียน พื้นที่สีเหลืองที่ระดับ AEGL-1 ที่ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm จะส่งผลกระทบต่อในระยะรัศมี 927 เมตร ระยะดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือ บ้านพักอาศัย โรงเรียน และวัด



ภาพที่ 5 การจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียที่บรรจุอยู่ในถังที่ 5

ตารางที่ 1 ระยะที่สารแอมโมเนียในระบบทำน้ำเย็นสามารถรั่วไหลในแต่ละฤดูกาล

ถังที่	ปริมาตรที่บรรจุก๊าซแอมโมเนีย(ลิตร)	ฤดูกาล	ระยะที่ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล(เมตร)		
			พื้นที่สีแดง ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm	พื้นที่สีส้ม ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm	พื้นที่สีเหลือง ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm
1	3,817	ฤดูร้อน	382	769	1400
		ฤดูฝน	383	768	1400
		ฤดูหนาว	384	768	1400
2	445	ฤดูร้อน	173	353	647
		ฤดูฝน	177	354	646
		ฤดูหนาว	179	355	647
3	3,142	ฤดูร้อน	316	636	1200
		ฤดูฝน	318	634	1200
		ฤดูหนาว	319	635	1200
4	2,262	ฤดูร้อน	317	636	1200
		ฤดูฝน	318	635	1200
		ฤดูหนาว	319	635	1200
5	1,206	ฤดูร้อน	252	507	934
		ฤดูฝน	254	506	931
		ฤดูหนาว	255	507	930



ตารางที่ 2 ผู้ที่ได้รับผลกระทบกรณีสารแอมโมเนียในระบบทำน้ำเย็นรั่วไหล

ถึงที่	ฤดูกาล	ทิศทางการแพร่กระจาย	พื้นที่สีแดง ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm		พื้นที่สีส้ม ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm		พื้นที่สีเหลือง ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm	
			ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ	ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ	ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ
1	ฤดูร้อน	ตะวันตก	382	ภายในโรงงาน	769	บ้านพักอาศัย	1400	ไม่มีผลกระทบ
	ฤดูหนาว	ตะวันออกเฉียงใต้	384	ภายในโรงงาน	768	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน	1400	บ้านพักอาศัย, โรงเรียน และวัด
	ฤดูฝน	ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ	383	ภายในโรงงาน	768	ไม่มีผลกระทบ	1400	ไม่มีผลกระทบ
2	ฤดูร้อน	ทิศตะวันตก	173	ภายในโรงงาน	353	ไม่มีผลกระทบ	647	ไม่มีผลกระทบ
	ฤดูหนาว	ตะวันออกเฉียงใต้	164	ภายในโรงงาน	348	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน	642	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน
	ฤดูฝน	ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ	177	ภายในโรงงาน	354	ไม่มีผลกระทบ	646	ไม่มีผลกระทบ
3	ฤดูร้อน	ทิศตะวันตก	357	ภายในโรงงาน	716	ไม่มีผลกระทบ	1300	ไม่มีผลกระทบ
	ฤดูหนาว	ตะวันออกเฉียงใต้	351	ภายในโรงงาน	711	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน	1300	บ้านพักอาศัย, โรงเรียน และวัด
	ฤดูฝน	ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ	357	ภายในโรงงาน	715	ไม่มีผลกระทบ	1300	ไม่มีผลกระทบ
4	ฤดูร้อน	ทิศตะวันตก	316	ภายในโรงงาน	630	บ้านพักอาศัยและหอพัก	1200	บ้านพักอาศัยและหอพัก
	ฤดูหนาว	ตะวันออกเฉียงใต้	310	ภายในโรงงาน	630	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน	1200	บ้านพักอาศัย, โรงเรียน และวัด
	ฤดูฝน	ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ	318	ภายในโรงงาน	634	ไม่มีผลกระทบ	1200	ไม่มีผลกระทบ
5	ฤดูร้อน	ทิศตะวันตก	252	ภายในโรงงาน	506	ไม่มีผลกระทบ	932	บ้านพักอาศัย
	ฤดูหนาว	ตะวันออกเฉียงใต้	244	ภายในโรงงาน	501	บ้านพักอาศัยและโรงเรียน	927	บ้านพักอาศัย, โรงเรียน และวัด



ถึงที่	ฤดูกาล	ทิศทางการแพร่กระจาย	พื้นที่สีแดง ความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm		พื้นที่สีส้ม ความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm		พื้นที่สีเหลือง ความเข้มข้นมากกว่า 30 ppm	
			ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ	ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ	ระยะที่รับผลกระทบ (เมตร)	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ
	ฤดูฝน	ทิศตะวันตกเฉียงเหนือ	254	ภายในโรงงาน	506	ไม่มีผลกระทบ	930	ไม่มีผลกระทบ

สรุป อภิปรายผล

ผลการจำลองการแพร่กระจายของก๊าซแอมโมเนียที่เกิดการรั่วไหล ในกรณีที่ไม่ลุกติดไฟ (Toxic Area of Vapor Cloud) จากถังเก็บสารทำความเย็นแอมโมเนียจำนวน 5 ถัง ได้ผลดังนี้

1. ผลจากการจำลองการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียทั้ง 5 ถังพบว่าระยะทางการแพร่กระจายมีความสัมพันธ์กับปริมาณแอมโมเนียที่บรรจุในถัง โดยถังที่มีปริมาตรมากจะแพร่กระจายไประยะที่ไกลกว่า โดยมีแนวโน้มดังนี้

ถึงที่ 1 ปริมาตรรวม 3,817 ลิตร ระยะทางการแพร่กระจายสูงสุด 1,400 เมตรในทุกฤดูกาล

ถึงที่ 2 ปริมาตรรวม 445 ลิตร ระยะทางการแพร่กระจายสูงสุด 646-647 เมตร

ถึงที่ 3 ปริมาตรรวม 3,142 ลิตร ระยะการแพร่กระจาย 1,200 เมตรในทุกฤดูกาล

ถึงที่ 4 ปริมาตรรวม 2,262 ลิตร ระยะการแพร่กระจาย 1,200 เมตรในทุกฤดูกาล

ถึงที่ 5 ปริมาตรรวม 1,206 ลิตร ระยะการแพร่กระจาย 930-934 เมตรในทุกฤดูกาล

2. ผลจากการเปรียบเทียบแต่ละฤดูกาลในการจำลองการรั่วไหลของสารแอมโมเนียในระบบการทำน้ำเย็นพบว่า

ถึงที่ 1 ที่พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะการรั่วไหลที่มากที่สุดที่ฤดูหนาวคือที่ระยะ 384 เมตร, ฤดูฝนที่ระยะ 383 เมตร และฤดูร้อนที่ระยะ 382 เมตร ตามลำดับ

ถึงที่ 2 ที่พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะการรั่วไหลที่มากที่สุดที่ฤดูหนาวคือที่ระยะ 179 เมตร, ฤดูฝนที่ระยะ 177 เมตร และฤดูร้อนที่ระยะ 173 เมตร ตามลำดับ

ถึงที่ 3 ที่พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะการรั่วไหลที่มากที่สุดที่ฤดูหนาวคือที่ระยะ 319 เมตร, ฤดูฝนที่ระยะ 318 เมตร และฤดูร้อนที่ระยะ 316 เมตร ตามลำดับ

ถึงที่ 4 ที่พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะการรั่วไหลที่มากที่สุดที่ฤดูหนาวคือที่ระยะ 319 เมตร, ฤดูฝนที่ระยะ 318 เมตร และฤดูร้อนที่ระยะ 317 เมตร ตามลำดับ

ถึงที่ 5 ที่พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm มีระยะการรั่วไหลที่มากที่สุดที่ฤดูหนาวคือที่ระยะ 255 เมตร, ฤดูฝนที่ระยะ 254 เมตร และฤดูร้อนที่ระยะ 252 เมตร ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบผู้ที่ได้รับผลกระทบกรณีสารแอมโมเนียในระบบการทำน้ำเย็นรั่วไหลพบว่า พื้นที่สีแดงความเข้มข้นมากกว่า 1,100 ppm ในถึงที่ 1, ถึงที่ 2, ถึงที่ 3, ถึงที่ 4 และถึงที่ 5 ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ในโรงงานเท่านั้น ที่ความเข้มข้น พื้นที่สีส้มความเข้มข้นมากกว่า 160 ppm ในถึงที่ 1, ถึงที่ 2, ถึงที่ 3, ถึงที่ 4 และถึงที่ 5 มีพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบคือบ้านพักอาศัย และโรงเรียน และพื้นที่สีเหลืองความเข้มข้นมากกว่า 60 ppm ในถึงที่ 1, ถึงที่ 2, ถึงที่ 3, ถึงที่ 4 และถึงที่ 5 พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบคือ บ้านพักอาศัย, โรงเรียน, วัด และหอพัก

ข้อเสนอแนะ

จากการจำลองการรั่วไหลของสารแอมโมเนียในระบบทำน้ำเย็น พบว่าถ้ากรณีมีการรั่วไหลพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบรุนแรงคือ พื้นที่ภายในโรงงานซึ่งทิศทางที่ก๊าซแอมโมเนียมีไปได้ทั้งทิศตะวันตก, ตะวันออกเฉียงใต้ และทิศตะวันตกเฉียงเหนือ ขึ้นอยู่กับทิศทางลมตอนที่สารแอมโมเนียรั่วไหล และพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบที่พื้นที่สีแดงจะเป็นพนักงานในโรงงาน ดังนั้น โรงงานต้องมีการกำหนดแผนการรับมือกรณีสารแอมโมเนียในระบบทำน้ำเย็นรั่วไหลที่เกิดขึ้นในทุกทิศทางลม เพื่อที่เมื่อเกิด

เหตุฉุกเฉินพนักงานจะได้มีการอพยพที่ปลอดภัย รวมถึงจุดรวมพลที่ปลอดภัยก็ต้องมีการกำหนดจุดอื่นๆเพิ่มเติมเนื่องจากในปัจจุบันจุดรวมพลอยู่ในทิศทางเดียวคือ ทิศใต้

และจากผลจำลองการรั่วไหลของสารแอมโมเนียในระบบทำน้ำเย็นพบว่ากรณีรั่วไหลพนักงานในโรงงานจะได้รับผลกระทบมากที่สุดและมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงโรงงานต้องมีแผนการบำรุงรักษา และมีการติดตั้งสัญญาณตรวจจับกรณีแอมโมเนียรั่วไหล พร้อมทั้งมีสัญญาณการแจ้งเตือนเพื่ออพยพออกจากพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- Abbasslou, H., & Karimi, A. (2019). Modeling of Ammonia Emission in the Petrochemical Industry. Jundishapur J Health Sci.
- Ekinci, M. S., & Akman, A. (2022). The Effect of Storage Temperature on Threat Zone Caused by an Ammonia Release from a Storage Tank. Hittite Journal of Science and Engineering, 9(2), 125-132.
- Purnama, R., Syafrudin, S., & Huboyo, H. (2020). The potential impact analysis of ammonia gas leakage on refrigeration system using ALOHA software (case study at PT. Cahaya Gunung foods). IOP conference series: Earth and environmental science,
- Siddiki, Y., & Ahmed, T. (2020). Simulation and risk analysis of the accidental release of toxic gas from an industrial complex. International Conference on Mechanical, Industrial and Energy Engineering,
- Son, V., Phong, V., & Kien, T. (2023). Application of the ALOHA simulation model to assess Ammonia leakage from the coal-fired power station of Duyen Hai 2 Thermal Power Plant. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science,
- U.S. ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, N. O. A. A., & ADMINISTRATION. (2007). ALOHA USER'S MANUAL.
- กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2562a). คู่มือผู้รับผิดชอบด้านพลังงานสามัญ (อาคาร) พ.ศ. 2562.
- กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2562b). คู่มือหลักสูตรผู้รับผิดชอบด้านพลังงานสามัญอาคาร (Vol. 3). กองพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านพลังงาน.
- ธนนศักดิ์ บุญไทย. (2565). ผลกระทบการรั่วไหลและการระเบิดของก๊าซธรรมชาติจุดเชื่อมต่อในสถานีควบคุม และวัดปริมาณก๊าซโดยใช้โปรแกรม ALOHA ในการจำลองการรั่วไหลของก๊าซธรรมชาติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- สมโชค สุขะสา. (2561). การประเมินผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซปิโตรเลียมเหลวในโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- สุดใจ เพิ่มนาม. (2564). การประเมินการแพร่กระจายและการระเบิดของตัวทำลายแนวพลาจากถังเก็บขนาดใหญ่ด้วยแบบจำลอง ALOHA และจำลองการอพยพหนีไฟด้วยแบบจำลอง Pathfinder (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ฉัตรทริกา ระรวยริน. (2565). การประเมินพื้นที่ที่มีโอกาสได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลของก๊าซแอมโมเนียจากโรงงานผลิตน้ำแข็งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- มยุรฉัตร เดโชรัมย์, & กานติส สุดสาคร. (2566). การประเมินความเสี่ยงและประเมินผลกระทบกรณีเกิดการระเบิดจากก๊าซธรรมชาติรั่วไหลในโรงไฟฟ้าที่ตั้งอยู่ในสวนอุตสาหกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ณัฐธิดา ศรีบุญโฮม, วิชัย พงษ์ธาราธิกุล, & ยุพรัตน์ หลิมมงคล. (2566). การประเมินความเสี่ยงการรั่วไหลและระเบิดของท่อส่งก๊าซธรรมชาติ และการประเมินผลกระทบด้วยการจำลองสถานการณ์ โดยใช้โปรแกรม ALOHA (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไทยพีบีเอส. (2567, 18 เมษายน). แอมโมเนียรั่วจากโรงงานน้ำแข็ง เจ็บกว่า 100 คน สั่งปิดโรงงานชั่วคราว. ไทยพีบีเอส. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/339128>

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน
บ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน**
**Factors related to the prevention and monitoring of dengue fever of Ban Pha
Bong, Pha Bong Sub-district, Muang District, Mae Hong Son Province.**

ธัญวรัตน์ ณะขว้าง* และศิwaporn มหาทำนุโชค

Thanwarat Thanakwang* and Siwaporn Mahathamnuchock¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาในระดับความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 73 คิดเป็นร้อยละ 45.9 ด้านเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีระดับเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับระดับปานกลาง ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดีมาก รองลงมาอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดี ตามลำดับ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง ($r = 0.556$, $p - \text{value} = 0.01$) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ควรดำเนินการรณรงค์ด้านการศึกษาและโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เพื่อให้แน่ใจว่ามีส่วนร่วมในมาตรการควบคุมไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกัน, ไข้เลือดออก, ความสัมพันธ์

Abstract

This cross-sectional study aimed to 1) study the prevention and monitoring of dengue fever in Ban Phabong, Ban Phabong, Ban Phabong, Amphoe Mueang, Mae Hong Son and 2) study the relationship between the knowledge, attitude and behaviour of dengue prevention and monitoring of dengue fever in Ban Phabong, Ban Phabong, Mueang, Mae Hong Son Province. The sample group consisted of 159 households, collected data by using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were used to analyze factors affecting the relationship with dengue fever monitoring using Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most of the participants had a high level of knowledge (87 people, accounting for 54.7%), followed by a moderate level (73 people, accounting for 45.9%). Regarding attitudes toward dengue fever prevention, most participants had a high level of attitude, followed by a moderate level, respectively. For prevention behaviors, most participants had a very good level of behavior, followed by a good level, respectively. Attitude was found to have a statistically significant relationship with dengue fever prevention and control behaviors at a moderate level ($r = 0.556$, $p\text{-value} = 0.01$). However, there should be ongoing educational campaigns and community participation programs with specific goals to enhance knowledge, attitudes, and behaviors to ensure continuous participation in dengue fever control measures.

Keywords: Prevention, Dengue Fever, Relationship

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อจากเชื้อเด็งกีไวรัส(Dengue Virus) ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรคมียุคสมัยสำคัญคือมีไข้ร่วมกับมีเลือดออกตามผิวหนัง(Hemorrhagic Diathesis) ตับโตและมักมีภาวะช็อกซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ประเทศไทยครั้งแรกในปีพ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพและธนบุรีปัจจุบันโรคไข้เลือดออกได้กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยทั่วไปมักระบาดในช่วงฤดูฝนปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดได้แก่การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรการขยายตัวของชุมชนเมืองและการคมนาคมที่สะดวกขึ้นทำให้การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว(กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายทั่วทุกประเทศ ทุกจังหวัด และทุกอำเภอ การระบาดของโรค ไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่ตลอดเวลา สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2559 พบผู้ป่วยรวมทั้งประเทศ 62,405 ราย เสียชีวิต 68 ราย อัตราป่วย 95.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 (สำนักโรคติดต่อ, 2560) และพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ พบผู้ป่วยจำนวน 8,866 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 155.43 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 8 ราย อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 0.09 เมื่อพิจารณาอัตราป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปีจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีอัตราป่วย 457.53 ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ รองลงมา คือ จังหวัด เชียงใหม่ ลำพูน และเชียงราย คิดเป็นอัตราป่วย 286.56, 131.22, และ 99.71 หน่วยตามลำดับ ส่วนจังหวัดลำปาง น่าน พะเยา และแพร่ มีอัตราป่วย 98.57, 42.92, 41.59, และ 25.33 หน่วยตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อ, 2559)

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ได้วิเคราะห์สถานการณ์ไข้เลือดออกรายสัปดาห์ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกตั้งแต่ 6 มกราคม – 22 มิถุนายน 2566 จำนวน 298 รายอัตราป่วย 303.9 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยสูงเป็นลำดับที่สองของเขตสุขภาพที่ 1 และมีอำเภอที่เข้าเกณฑ์ในการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ ระดับอำเภอจำนวน 2 อำเภอ คือ แม่ลาน้อย ขุนยวม และอำเภอเมือง มีรายงานผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาดควบคุมไม่ได้ในตำบลปางหมู และตำบลจองคำ ตำบลจองคำซึ่งเป็นเขตเทศบาลเมืองมีอัตราป่วยจำเพาะรายตำบลสูงที่สุด (ร้อยละ 2.27) รองลงมาเป็นตำบลปางหมู (ร้อยละ 1.37) และตำบลผาป่อง(ร้อยละ 1.06) โดยตำบลห้วยปูลิงซึ่งเป็นพื้นที่ภูเขาสูงไม่มีรายงานผู้ป่วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2566)

การป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโดยการปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้อง และสร้างกระบวนการที่ทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ เช่น ควรให้บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน มีความร่วมมือกันเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก รวมทั้ง วิธีการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมป้องกัน โรคที่เหมาะสม (ชนิดา มัททวงกูร และคณะ, 2560) ควรส่งเสริมผู้นำชุมชนเป็นผู้นำในการ ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ ควรบริหารจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จากสถานการณ์ดังกล่าวโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องมีการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการแพร่ระบาด การเจ็บป่วยและการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ เหมาะสม (บุญญพัฒน์ ไชยมล และเสาวนีย์ สังข์แก้ว, 2559)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ซึ่งจะไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพหากไม่ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านผาป่อง ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวางแผนพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในครัวเรือนบ้านผาบ่องหมู่ที่ 1 ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 271 ครัวเรือน คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 159 ครัวเรือน ซึ่งดูจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) คัดเลือกตัวอย่างจากหัวหน้าครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) จำนวน 159 ครัวเรือน/คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ(ชาญชัย คำไสวและคณะ, 2559) ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ/ครัวเรือน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิก รายได้ จำนวนสมาชิกครัวเรือนที่เคยเป็นหรือกำลังเป็นโรคไข้เลือดออก ศาสนา ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย รอบบริเวณบ้านที่อยู่อาศัย แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 14 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ความเข้าใจ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ตอบถูก ≥ 11 ข้อ ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79.9 ตอบถูก 8-10 ข้อ ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ตอบถูก ≤ 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละระดับ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก และไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ระดับเจตคติ 5 คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ระดับเจตคติ 4 คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ระดับเจตคติ 3 คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ระดับเจตคติ 2 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ระดับเจตคติ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพฤติกรรม 3 (ทำเป็นประจำ) หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในข้อนั้น สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ระดับพฤติกรรม 2 (ทำเป็นบางครั้ง) หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในข้อนั้น สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ระดับพฤติกรรม 1 (ไม่เคยทำ) หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมในข้อนั้น จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ระดับพฤติกรรมดีมาก หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.00

ระดับพฤติกรรมดี หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.59

ระดับพฤติกรรมปานกลาง หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.60-1.99

ระดับพฤติกรรมไม่ดี หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.59

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)



จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่ เลขที่ COA No. 423/2024 การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางและข้อความบรรยาย จำนวน 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวชุมชนบ้านผาบ่อง 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 3) เจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของครอบครัวชุมชนบ้านผาบ่อง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	78	49.0
ชาย	81	51.0
อายุ		
20 - 25 ปี	1	0.6
26 - 30 ปี	1	0.6
30 - 35 ปี	9	5.7
36 - 45 ปี	34	21.4
46 - 55 ปี	98	61.6
56 - 60 ปีขึ้นไป	16	10.1
สถานภาพสมรส		
โสด	35	22.0
สมรส	86	54.1
ม่าย/หย่าร้าง	38	23.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	0.6
ประถมศึกษา	18	11.3
มัธยมศึกษา	63	39.6
ป.วช./ป.วส.	61	38.4
ปริญญาตรี/เทียบเท่า หรือสูงกว่า	16	10.1
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	7.5
เกษตรกร	32	20.1
ทำไร่/ทำสวน	42	26.4
รับจ้าง	64	40.3
ไม่ได้ทำงาน	9	5.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	1	0.6



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2 คน	8	5.0
3 คน	55	34.9
4 คน	63	39.5
5 คนขึ้นไป	32	20.0
รายได้ (บาท) ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000	5	3.1
3,000-5,000	94	59.1
5,000-10,000	54	34.0
10,000 ขึ้นไป	6	3.8
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เคยเป็นหรือกำลังเป็นโรคไข้เลือดออก		
เคย	85	53.5
ไม่มี/ไม่เคย	74	46.5
การนับถือศาสนา		
พุทธ	117	73.6
อิสลาม	0	0
คริสต์	42	26.4
ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย		
บ้านชั้นเดียว	57	35.8
บ้านสองชั้น	102	64.2
รอบบริเวณบ้านที่อยู่อาศัย		
มีแหล่งน้ำขัง	128	80.5
เป็นสวน	20	12.5
เป็นทุ่งนา	11	7.0
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (เลือกมากกว่า1ข้อ)		
วิทยุ/โทรทัศน์	158	98.8
เอกสาร/ตำราเรียน/หนังสือพิมพ์	149	93.1
นิทรรศการ	48	30
เสียงตามสาย	71	44.4

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.0 ในด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 46 ถึง 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.6 ทางด้านสถานภาพพบว่า ส่วนใหญ่แล้วสมรสถึง ร้อยละ 54.1 ในด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ถึงร้อยละ 39.6 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.3 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัวในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีสมาชิก 4 คนขึ้นไป ส่วนของรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 3,000 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 59.1 จำนวนด้านสมาชิกในครัวเรือนที่เคยเป็นหรือกำลังเป็นโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เคยเป็นมาแล้ว ร้อยละ 53.5 ในด้านศาสนา พบว่านับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.6 ในด้านลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้น ร้อยละ 64.2 ส่วนรอบบริเวณที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่มีแหล่งน้ำขัง ร้อยละ 80.5 ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มาจากแหล่ง วิทยุ/โทรทัศน์ ร้อยละ 98.8

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง แสดงดังตารางที่ 2 ต่อไปนี้



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละทักษะความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (n=159)

ข้อความรู้	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อใช่หรือไม่	15	9.4	144	90.6
2. โรคไข้เลือดออกสามารถติดต่อโดยการไอหรือจาม	3	2.0	156	98
3. ยุงลายทุกชนิดเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก	158	99.4	1	0.6
4. ยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออกมักหากินในเวลา กลางวัน	159	100	0	0
5. ยุงลายมักวางไข่ในน้ำสะอาด	31	19.5	128	80.5
6. ยุงลายมักวางไข่ได้ทุกฤดูกาล	36	22.6	123	77.4
7. การคว่ำ เผา ผิงภาชนะต่างๆ เช่นกระป๋องแตก ไห แตก ยางรถยนต์เก่าช่วยกำจัดลูกน้ำยุงลาย	36	22.6	123	77.4
8. ปลาหางนกยูงสามารถกินลูกน้ำยุงลายได้	159	100	0	0
9. ภาชนะที่รองน้ำ/น้ำฝนไว้ใช้ต้องปิดฝาให้สนิท	158	99.4	1	0.6
10. การนอนในเวลากลางวันจำเป็นต้องกางมุ้ง หรือ นอนในมุ้งลวด	158	99.4	1	0.6
11. ภาชนะในห้องน้ำต้องขัดล้างและเปลี่ยนทุก สัปดาห์	159	100	0	0
12. การใส่เกลือแกงครึ่งช้อนชาหรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอกครึ่งช้อนชาลงในน้ำที่รอง ของตู้ กับข้าวป้องกันยุงลายวางไข่ได้	159	100	0	0
13. ต้องเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้หรือภาชนะที่ ปลุก ต้นไม้ในน้ำทุกสัปดาห์	159	100	0	0
14. การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด คือการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะ	159	100	0	0

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ถูกต้องมากที่สุด คือ ปลาหางนกยูงสามารถกินลูกน้ำยุงลายได้, ภาชนะในห้องน้ำต้องขัดล้างและเปลี่ยนทุกสัปดาห์, การใส่เกลือแกงครึ่งช้อนชาหรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอกครึ่งช้อนชาลงในน้ำที่รอง ของตู้กับข้าวป้องกันยุงลายวางไข่ได้, ต้องเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้หรือภาชนะที่ ปลุกต้นไม้ในน้ำทุกสัปดาห์ และการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะ คิดเป็นร้อยละ 100 และข้อที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ยุงลายมักวางไข่ได้ทุกฤดูกาล, การคว่ำ เผา ผิงภาชนะต่างๆ เช่นกระป๋องแตก ไหแตก ยางรถยนต์เก่าช่วยกำจัดลูกน้ำยุงลาย คิดเป็นร้อยละ 22.6

ตารางที่ 2.1 จำนวนร้อยละในภาพรวมระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (n=159)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (>80)	87	54.7
ปานกลาง(60 - 79.9)	73	45.9
ต่ำ(<60)	0	0

จากตารางที่ 2.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในภาพรวมมีระดับความรู้ที่สูง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมา มีระดับความรู้ที่ปานกลาง จำนวน 73 คิดเป็นร้อยละ 45.9



เจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง แสดงดังตารางที่ 3 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ร้อยละของคำถามเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ข้อคำถาม	ระดับเจตคติ(ร้อยละ)					แปลผล
	5 (มากที่สุด)	4 (มาก)	3 (ปานกลาง)	2 (น้อย)	1 (น้อยที่สุด)	
1. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	13.0	36.4	50.0	0.6	0	ปานกลาง
2. ยุงลายไม่สามารถวางไข่ในแจกันหรือจานรองขาตู้ได้เพราะมีปริมาณน้ำไม่เพียงพอ	28.4	64.1	7.5	0	0	มาก
4. การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายต้องทำพร้อมกันทุก หลังคาเรือนจึงจะได้ผล	17.3	44.4	38.3	0	0	มาก
5. การเปลี่ยนน้ำในแจกันหรือจานรองขาตู้กับข้าวทุก 7 วัน ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	23.5	43.0	34.5	0	0	มาก
6. ท่านยินดีและเต็มใจที่จะช่วยกำจัดยุงลายทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและโรงเรียน	24.5	42.0	33.5	0	0	มาก
7. หากมีผู้สูงควรซื้อยามารับประทานเอง	24.1	42.0	33.9	0	0	มาก
8. การช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลายจะทำให้ท่านและบุคคลอื่นปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก	24.5	43.3	32	0.2	0	มาก
9. การปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำให้มิดชิดเป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	21.3	40.2	38.3	0.2	0	มาก
ตารางที่3(ต่อ)						
10. การไม่ให้ยุงลายกัดเป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด	25.1	41.5	33.4	0	0	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าประชากรส่วนใหญ่ในภาพรวมมีระดับเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก มีเพียงโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตเท่านั้นที่มีเจตคติในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง แสดงดังตารางที่ 4 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรม	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1 .สมาชิกในครัวเรือนมีการแนะนำให้ระมัดระวังยุงกัดในเวลากลางวัน	2.26	0.44	พฤติกรรมดี
2. สมาชิกในครัวเรือนมีการขึ้นชมเมื่อมีการกำจัดแหล่งกักขังน้ำรอบบริเวณบ้าน	2.34	0.47	พฤติกรรมดี
3. พ่อแม่พูดถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออกกับสมาชิกและบุคคลอื่นในบ้าน	2.60	0.58	พฤติกรรมดีมาก

4. พ่อแม่มีการแนะนำสมาชิกในครัวเรือนถึงวิธีทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และกำจัดลูกน้ำยุง	2.60	0.51	พฤติกรรมดีมาก
5. ผู้นำชุมชนแนะนำวิธีการใช้พืชสมุนไพรไล่ยุง	2.31	0.47	พฤติกรรมดี
6. ผู้นำชุมชนแนะนำเกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และกำจัดลูกน้ำยุงลาย	2.31	0.51	พฤติกรรมดี
7. ผู้นำชุมชนเยี่ยมบ้านของท่านและให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.53	0.51	พฤติกรรมดี
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแนะนำการป้องกันโรคแก่ สมาชิกในครัวเรือน	2.54	0.55	พฤติกรรมดี
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจกทรายอะเบทแก่ครัวเรือน	2.40	0.49	พฤติกรรมดี
10.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจกเอกสารการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ครัวเรือน	2.44	0.51	พฤติกรรมดี

จากตารางที่ 4 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ในภาพรวมมีระดับพฤติกรรมที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดี ซึ่งข้อคำถามนั้นตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาก รองลงมาอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดีมากตามลำดับ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ส่วนที่ 2	ส่วนที่ 3	ส่วนที่ 4
ส่วนที่ 2 ความรู้			
Pearson Correlation		-.529**	-.556**
Sig. (2-tailed)		.000	.000
N		160	160
ส่วนที่ 3 เจตคติ			
Pearson Correlation			.734**
Sig. (2-tailed)			.000
N			160
ส่วนที่ 4 พฤติกรรม			
Pearson Correlation			
Sig. (2-tailed)			
N			

**นัยสำคัญที่ p-value ≤ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และพิจารณาอ้างอิงเกณฑ์อธิบายระดับความสัมพันธ์ของ Hinkle D.E. (1998) พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง ($r = 0.529$, $p\text{-value} = 0.01$) และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง ($r = 0.556$, $p\text{-value} = 0.01$) ตามลำดับ

สรุป อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 68.7 มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 มีสถานภาพสมรส จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงประถมศึกษา จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 151 คน ร้อยละ 43.8 ส่วนมากไม่ได้การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านจำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 รายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 15,000 บาทต่อเดือน จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน 31-50 ปี จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนมากอยู่ในระยะเวลา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี รองลงมาคือ 11-20 ปี คิด เป็นร้อยละ 67.5 และ 26.7 ตามลำดับ หลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนมาก รับผิดชอบจำนวน 11- 20 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 49.3 ภายในระยะเวลา 5 ปีในเขตรับผิดชอบมีบุคคลป่วยเป็น ไข้เลือดออก จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ ภายในรอบ 1 ปีได้รับการอบรมจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 72.8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 คะแนน ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.79 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน และคะแนน สูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับเจตคติและพฤติกรรมที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (ร้อย ละ 82.9) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลและรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้ การที่ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ กับเจตคติและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มพูนความรู้สามารถส่งเสริมทัศนคติที่ดีและ พฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมได้ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ที่ต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อส่งเสริมให้ ประชาชนสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านเจตคติที่มีต่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ด้านเจตคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ในภาพรวมมีระดับเจตคติที่มี ต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการศึกษาที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ภิมย์รัตน์ เกียรติธนบดี และคณะ (2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มีทพวงกูร, และคณะ(2560) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับเจตคติที่มีต่อ การป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก และเจตคติต่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า ประชากร ส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันโรคดังกล่าว ผลลัพธ์นี้อาจเป็นผลมาจากการรณรงค์และให้ความรู้จากหน่วยงาน สาธารณสุขที่มีมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประสบการณ์ของประชาชนที่อาจเคยเผชิญกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน ส่งผลให้พวกเขาให้ความสำคัญกับการป้องกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่จะมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออก แต่การมีเจตคติในระดับสูงอาจไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติที่สม่ำเสมอไป เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพร้อมของทรัพยากร แรงจูงใจจากสังคม และความสะดวกในการเข้าถึงมาตรการป้องกัน

ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชน สามารถแปลงเจตคติที่ดีไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรม รณรงค์เชิงปฏิบัติ และการสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเฝ้าระวังในพื้นที่ เพื่อให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นไปอย่างยั่งยืนและมี ประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ในภาพรวมมีระดับ พฤติกรรมที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของภิมย์รัตน์ เกียรติธนบดี และคณะ (2558) ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้และความใส่ใจของประชาชนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน

ชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์จากหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรค นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในชุมชน เช่น การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน หรือการมีส่วนร่วมของครัวเรือนในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อาจมีส่วนช่วยให้ประชาชนสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพฤติกรรมในการป้องกันโดยรวมจะอยู่ในระดับที่ดี แต่ยังคงจำเป็นต้องมีมาตรการเสริมเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันที่ต่อเนื่องและทั่วถึงมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมป้องกันในระดับปานกลางหรือยังขาดความสม่ำเสมอ อาทิ การจัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติ การรณรงค์เชิงรุกผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนบ้านผาบ่อง ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนอยู่ในระดับปานกลาง ควรกระตุ้นเรื่องมาตรการนโยบายการป้องกันควบคุมโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเสริมสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทของประชาชนในการแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออกในชุมชน โดยการจัดซ่อมแผนปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้เลือดออก

1.2 หากจะส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกที่ดีจะต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขหรือองค์กรภาครัฐและเอกชน แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลใกล้ชิด โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมใช้เลือดออก การคืนข้อมูลให้ชุมชนและให้กำลังใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทการทำงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในเรื่องของการจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออกในชุมชน ตั้งแต่ขั้นต้นข้อมูลสุขภาพ ค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา จัดหางบประมาณ จัดทำแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินงานตามแผนงาน ติดตามผล สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่นๆในสังคม มักจะเป็นแกนนำกลุ่มในชุมชน มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชน และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน ประชาชนจึงมีเคารพ ความเชื่อมั่น และเชื่อถือ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะแก้ไขปัญหาใช้เลือดออกในชุมชนของตนได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคใช้เลือดออก เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง และพัฒนากระบวนการส่งเสริมบทบาทของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้การรับรู้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านเข้ามาอยู่ในโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2566). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2566.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

ชาญชัย คำใส, และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในพื้นที่ตรวจราชการ เขต 4.

ชนิดา มัททวงกูร, และคณะ. (2560). ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านบ่อดินสอ

พอง ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี.

บุญญพัฒน์ ไชยมะล, และเสาวนีย์ สังข์แก้ว. (2559). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและเฝ้าระวังโรค

ใช้เลือดออก จังหวัดปทุมธานี.



ภิรมย์รัตน์ เกียรติธนบดี, และคณะ. (2558). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพใน
อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.

สำนักระบาดวิทยา. (2559). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล. กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน. (2560). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. (เอกสารอัด
สำเนา). สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน. (2566). รายงานการเฝ้าระวังทาง
ระบาดวิทยา ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
Factors Related to Stress among First-Year Students
at Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok Province

กิงแก้ว สำรวยรื่น^{1*}, เอกภพ จันทรสุคนธ์¹, วิภาดา ศรีเจริญ¹, หลุยส์ ทับจิ้น¹, ศิริรัตน์ พุกเนียม¹
และนิธิภรณ์ เฟื่องอัน¹

Kingkaew Samruayruen^{1*}, Wiphada Srijaroen¹, Eakpop Junsukon¹, Haruethai Tabjeen¹,
Sirirat Phukneam¹ and Nithiphorn Phengon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามโดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน บุคลิกภาพ และ การอบรมเลี้ยงดู ($r=0.58, 0.58$ และ 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ ผลการเรียน ($r=0.12, P=0.026$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

คำสำคัญ: นักศึกษาชั้นปีที่ 1, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

Abstract

This descriptive research aims to study the stress and factors related to stress among first-year students at Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok Province. The sample was 361 first-year students at Pibulsongkram Rajabhat University who participated in this study using simple random sampling. The research instruments were questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum minimum, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Eta Correlation Coefficient.

The results found that majority of students experienced a high level of stress (55.4%), followed By a moderate level (43.8). The factors, including the relationship with friends, personality, and parenting style were related to stress at a significance level of 0.01. ($r=0.58$, 0.58 and 0.55). Grade point average ($r=0.12$, $P=0.026$) was related to stress at significance level of 0.05. ($r=0.12$).

Keywords: first-year student, factor related to stress

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

¹Faculty of Science and Technology

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Pibulsongkram Rajabhat University

*corresponding author e-mail: kingkaew.s@psru.ac.th

บทนำ

ในสังคมมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและเร่งรีบมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมืองและด้านวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้ง 4 ด้านของคนทุกวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นเป็นวัยหนึ่งซึ่งช่วงวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอาจได้รับผลกระทบที่สำคัญทำให้เกิดความเครียดและบางครั้งจนไม่สามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งถ้ามีความเครียดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลัง ใจสั่น และส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย คิดมาก วิตกกังวล เศร้าหมอง ไม่มีสมาธิ รวมถึงส่งผลด้านพฤติกรรม เช่น เจ็บข้อมือ เกือบตัว สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ขวนทะเลาะ อาจถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสีย ดังนั้น การทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในวัยรุ่นตั้งแต่แรกจะได้ข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปออกแบบโปรแกรม หรือโครงการที่เป็นแนวทางในการจัดการ หรือลดความเครียด เพื่อช่วยลดการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ซึ่งสาเหตุของความเครียดเกิดจากหลายหลากปัญหา เช่น การใช้ชีวิต การเรียน การเงิน ครอบครัว การทำงาน เศรษฐกิจ การเมือง ค่านิยม และอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งส่งผลทำให้นักศึกษา มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ขาดสติ ขาดความคิด และไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งแต่ละคน มีการปรับตัวที่แตกต่างกัน พบเจอปัญหาที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกัน โดยการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีให้กับนักศึกษา เพื่อการเติบโตที่มีศักยภาพ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและดูแลสภาพจิตใจของตนเองได้ พร้อมทั้งมีความสุขกับการเรียนในมหาวิทยาลัยและเป็นการกำลังในการขับเคลื่อนประเทศต่อไป (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) จากโครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย โดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และเครือข่ายผู้แทนจากมหาวิทยาลัย 15 แห่ง พบว่านักศึกษาเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียด และปัญหาที่เป็นอันดับต้น ๆ ก็คือ เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ที่มีสาเหตุจากด้านการเรียน รองลงมาคือ ด้านการเงิน ที่ได้รับรู้ภาระหนี้สินของครอบครัว และอีกปัญหาที่สำคัญคือ เหล้า บุหรี่และสารเสพติดอื่น ๆ เนื่องจากเมื่อเกิดความเครียด นักศึกษาอาจจะมีการใช้สิ่งเหล่านี้เพื่อคลายความเครียด จากสถิติสุขภาพจิตของนักศึกษา พบว่า ร้อยละ 30 รู้สึกเศร้าบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา โดยมีสัดส่วนร้อยละ 4.3 ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีอาการทางจิตเวชอย่าง โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) เกือบร้อยละ 40 มีความเครียดบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา โดยกว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษาทั้งหมด เคยคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลา ร้อยละ 12 ได้เคยลงมือทำร้ายร่างกายตนเองแล้ว โดยในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 1.3 ที่ได้ลงมือทำร้ายร่างกายตนเองบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566)

มหาวิทยาลัยราชภัฏพินุลสงครามมีการจัดการศึกษาหลากหลายระดับ โดยระดับปริญญาตรีมีทั้งหมด 8 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะเทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะสังคมศาสตร์และการพัฒนาท้องถิ่น และคณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีรูปแบบการเรียนการสอนที่ประกอบไปด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงให้นักศึกษาได้ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง มีพันธกิจมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพให้มีศักยภาพในการประกอบอาชีพ ทั้งในตลาดแรงงานและการประกอบอาชีพอิสระในยุคดิจิทัล ผลิตและพัฒนาครู

ทุกระดับให้มีศักยภาพในวิชาชีพ ยกกระดับผู้ประกอบการและคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นและพลิกโฉมการบริหารจัดการเป็นมหาวิทยาลัยพัฒนาเทคโนโลยีและส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมสีเขียว ในส่วนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มักมีความเครียดในการดำรงชีวิตอยู่ในมหาวิทยาลัย เพราะมีการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวใหม่อย่างมากจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา ทั้งด้านสถานที่ ที่อยู่อาศัย รูปแบบการเรียนการสอน รวมถึงการมีสัมพันธภาพใหม่กับผู้อื่น การคบเพื่อนใหม่ (มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 2566; รุ่งทิพา พุชนทดและคณะ, 2664; ทวีทรัพย์ ผาใต้และณัฐวุฒิ แดงประเสริฐ, 2553)

จากการศึกษาของ ณัฐธิดา บุญอ่วมและปิยะพร ปานทุ่ง (2566) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการจัดการความเครียด ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 72.16 แต่มีการจัดการในระดับมากเพียงร้อยละ 27.84 และการศึกษาของ รุ่งทิพา พุชนทด และคณะ (2564) พบ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 26.05 และระดับสูง ร้อยละ 50.42 มากกว่าชั้นปีอื่น ๆ ด้วยนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการหาวิธีการป้องกันและจัดการกับความเครียดรวมถึงวิธีการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาความเครียด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2566 ทั้งหมด 8 คณะ จำนวน 3,609 คน (มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 2566)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีการศึกษา 2566 จำนวน 361 คน ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1973)

การสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ด้วยการแบ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ออกเป็น 8 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ วิทยาการจัดการ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร เทคโนโลยีอุตสาหกรรม สังคมศาสตร์และการพัฒนาท้องถิ่น

และพยาบาลศาสตร์ และหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะ ด้วยการเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จากขนาดของประชากรในแต่ละคณะ

และขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบใส่คืน จากรายชื่อนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทั้ง 8 คณะ จนครบ 361 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบสอบถามบุคลิกภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบวัดบุคลิกภาพแบบเอและแบบบีของ อูซา เชาวลิท (2540) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และ การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบวัดการอบรมเลี้ยงดูของ ชมพูนุท ศรีเสาวลักษณ์ (2530) จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเรียน ได้แก่ ผลการเรียน คณะที่ศึกษา ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อนและสัมพันธภาพกับอาจารย์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 14 และ 30 ข้อ ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเครียดของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) จำนวน 55 ข้อ แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) จากการนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67 - 1

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ มีค่า 0.962 ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ด้านบุคลิกภาพ ด้านการอบรมเลี้ยงดู ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านสัมพันธภาพกับอาจารย์ และด้านความเครียดของนักศึกษา มีค่า 0.846, 0.938, 0.861, 0.938 และ 0.969 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)
- 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม: COA No. 021/2024 วันที่รับรอง 24 มิถุนายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ทำหนังสือขออนุญาตถึงคณบดีทุกคณะในมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระโดยไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้และรวบรวมข้อมูลทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ($n=361$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ($n=361$)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	34.1
หญิง	238	65.9
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	231	64.0
5,001-10,000 บาท	117	32.4
10,001-15,000 บาท	11	3.0
มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป	2	0.6
$\bar{X} = 5,490.58$ S.D. 3,682.00 Min = 1,000 Max = 4,5000		
โรคประจำตัว		
มี	34	9.4
ไม่มี	327	90.6

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.9 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.4 และ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.6 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 9.4

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (n=361) โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตัวแปร	จำนวน (n=361)		
	r	P-value	การแปลผล
เพศ			
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	0.03	0.62	ไม่มีความสัมพันธ์
บุคลิกภาพ	0.58	0.00**	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
รายได้ของครอบครัว	0.04	0.44	ไม่มีความสัมพันธ์
การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา	0.55	0.00**	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ผลการเรียน	0.12	0.03*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	0.58	0.00**	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
สัมพันธ์ภาพกับอาจารย์	0.53	0.00**	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยด้านสังคมกับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก มีระดับความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีระดับความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก คือ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (r=0.58) บุคลิกภาพ (r=0.58) และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา (r=0.55) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (n=361) โดยสหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient)

ตัวแปร	Eta	Sig
เพศ	0.53	0.16
โรคประจำตัว	0.57	0.63
สถานภาพสมรส	0.48	0.49
คณะ	0.56	0.13

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และคณะ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

สรุปและอภิปรายผล

บุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก การที่แต่ละคนมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันออกไป ย่อมนำไปสู่ความสามารถที่จะต่อต้านและรับมือกับความเครียดแตกต่างกันไป บุคลิกภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด (พสุ เดชะรินทร์, 2536) จากผลการศึกษา พบว่า บุคลิกภาพ อยู่ในภาพรวมปานกลาง ($x = 3.23$, S.D. = 0.96) เมื่อพิจารณาข้อคำถามบุคลิกภาพรายข้อ ได้แก่ข้อ 5 (นักศึกษามีบุคลิกภาพเมื่อนักศึกษาเริ่มทำสิ่งใดแล้วต้องทำสิ่งนั้นให้เสร็จ) ($x = 4.02$, S.D. = 0.77) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้านบุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ บัวเจริญ และคณะ (2561) เรื่อง ความเครียดและการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่ พบว่า บุคลิกภาพต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน

การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก การอบรมเลี้ยงดูจะส่งผลต่อลักษณะบุคลิกภาพ พฤติกรรมการแสดงออก รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ในอนาคต โดยการอบรมเลี้ยงดูที่ดีของพ่อแม่จะช่วยให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัวและสภาพจิตใจให้เข้าสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี (Baldwin, 1980; Erikson, 1968) จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีการอบรมเลี้ยงดู อยู่ในภาพรวมที่ปานกลาง ($x = 3.49$, S.D. = 1.17) เมื่อพิจารณาข้อคำถามการอบรมเลี้ยงดูรายข้อ ได้แก่ข้อ 1 (บิดามารดา ห้ามนักศึกษาคบเพื่อนที่บิดา มารดาไม่ชอบ โดยไม่ชี้แจงเหตุผลให้นักศึกษาทราบ) ($x = 4.59$, S.D. = 0.80) สอดคล้องกับการศึกษา ของกชกร ธรรมนำสีล และคณะ (2564) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สถาบันเอกชนแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร พบว่า สัมพันธภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ บัวเจริญ และคณะ (2561) เรื่อง ความเครียดและการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่ พบว่า การอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน

ผลการเรียน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คือ ประสิทธิภาพด้านความรู้ หรือทักษะในการกระทำตามที่กำหนดไว้ในการเรียนการสอน วัดได้จากการทำคะแนนจากการสอบ หรือจากงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งต้องใช้ความพยายาม และความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านสติปัญญา (Good, 1959; Eysenk, Arnold & Meili, 1972) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการเรียนระหว่าง 3.01-4.00 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 57.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา พุชนทด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า ผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของสิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ผลการเรียน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของความรู้สึกและความผูกพันระหว่างเพื่อนกับเพื่อน เป็นการตัดสินใจพิจารณาโดยอาศัยความรู้สึกและอารมณ์เป็นหลักกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์แบบนี้เป็นกิจกรรมทางความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะวัฒนธรรมของกลุ่มเพื่อนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในประสบการณ์ของนักศึกษา ลักษณะของนักศึกษาที่เหมือนกันจะนำไปสู่ความสามัคคีของกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนใหม่ๆ อาจทำให้เกิดความกดดันเพิ่มขึ้น (รุ่งทิwa พุชนทด และคณะ, 2664; ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, 2524) จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอยู่ในภาพรวมที่ระดับมาก ($x = 3.91$, $S.D. = 0.99$) เมื่อพิจารณาข้อคำถามสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนรายข้อ ได้แก่ ข้อ 10 (นักศึกษาคบเพื่อนแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา) ($x = 4.29$, $S.D. = 0.83$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพ (มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ราบรื่นและเกิดความรู้สึกในทางลบต่อเพื่อน/รุ่นพี่/อาจารย์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษา ของภูวสิทธิ์ ภูลาวรรณ และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า สัมพันธ์กับเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ บัวเจริญ และคณะ (2561) เรื่อง ความเครียดและการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่ พบว่า สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน

สัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก สัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ จะทำให้ผลการเรียนของนักศึกษาดีขึ้น และยังความสัมพันธ์ดังกล่าวมีมากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้นักศึกษาสามารถที่จะพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ให้สูงขึ้นตามไปด้วย และลักษณะความสัมพันธ์ของนักศึกษาและอาจารย์จะมีอิทธิพลต่อความสนใจในวิชาที่เรียนของนักศึกษา ถ้าหากนักศึกษามีความศรัทธาในตัวอาจารย์ ซึ่งจะช่วยให้ นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนและมีผลการเรียนดีขึ้น โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนในสังคมใหม่ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (รุ่งทิwa พุชนทด และคณะ, 2664; อำนาจ หงษ์พวงแก้ว, 2545) จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีความสัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ อยู่ในภาพรวมที่ระดับมาก ($x = 4.014$, $S.D. = 0.92$) เมื่อพิจารณาข้อคำถามสัมพันธ์ภาพกับอาจารย์รายข้อ ได้แก่ ข้อ 1 (อาจารย์ใช้คำพูดที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส) ($x = 4.34$, $S.D. = 0.73$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพ (มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ราบรื่นและเกิดความรู้สึกในทางลบต่อเพื่อน/รุ่นพี่/อาจารย์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถแสดงออกได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการระบายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งมีการยอมรับความจริงได้ไม่แตกต่างกัน (กัญญาวิณ โมกขาว และคณะ, 2564) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.9 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ บัวเจริญ และคณะ (2561) เรื่อง ความเครียดและการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่ พบว่า เพศต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิwa

พุนพุด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้การเรียนในมหาวิทยาลัยทำให้นักศึกษามีรายจ่ายค่อนข้างมาก แต่นักศึกษาที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะมีการขอยืมกับกองทุนกู้ยืมทางการศึกษาจึงทำให้ไม่มีผลต่อการใช้จ่ายต่อเดือน จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.0 สอดคล้องกับการศึกษา ของภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า รายได้ของนักศึกษาต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา พุนพุด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของสิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ(2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจาก มีการรับประทานยาโรคประจำตัวอยู่เสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้ไม่มีผลกับความเครียด แต่หากปล่อยให้ตนเองมีความเครียดสะสมไว้เป็นเวลานานโดยไม่ได้ออกคลาย จะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงได้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) จากผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.6 และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 9.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา พุนพุด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี และสอดคล้องกับการศึกษา ของภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา

สถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจาก นิสิตส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา และมาอยู่หอพัก ทำให้มีความเป็นผู้ใหญ่ และมีการดูแลจากผู้ปกครองสม่ำเสมอ ผ่านการติดต่อสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ ประกอบกับนิสิตอาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณใกล้เคียงทำให้สามารถเดินทางกลับที่อยู่อาศัยได้สะดวก (อิสรา จุมมาลี, 2564) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสมรส ส่วนใหญ่มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.9 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา พุนพุด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจาก รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นสิ่งที่นักศึกษาไม่สามารถควบคุม หรือจัดการได้ด้วยตนเอง แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีการประกอบอาชีพหรือมีฐานะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามนักศึกษาแต่ละคนจะมีวิธีการปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและศึกษาเล่าเรียนได้อย่างปกติและมีความสุข (สืบทระกูล ตันตลานุกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.0 สอดคล้องกับการศึกษา ของภูวสิทธิ์ ภูวรรณ และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ทวีคุณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2556) เรื่อง ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.พบว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในด้านการเงิน (ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 24.00 และการศึกษาของสิริทรัพย์สีหะวงษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (ฐานะทางการเงินของครอบครัวไม่พร้อมที่จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียนระดับมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คณะ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามมีรูปแบบการศึกษาแบบระดับปริญญาตรี โดยมีการเรียนการสอนทั้งหมด 8 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะเทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะสังคมศาสตร์และการพัฒนาท้องถิ่น และคณะพยาบาลศาสตร์ ทุกคณะมีรูปแบบการเรียนการสอนที่ประกอบไปด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงให้นักศึกษาได้ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง มีพันธกิจมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพให้มีศักยภาพในการประกอบอาชีพ ทั้งในตลาดแรงงานและการประกอบอาชีพอิสระในยุคดิจิทัล ผลิตและพัฒนาครูทุกระดับให้มีศักยภาพในวิชาชีพ ยกกระดับผู้ประกอบการและคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นและพลิกโฉมการบริหารจัดการเป็นมหาวิทยาลัยพัฒนาเทคโนโลยีและส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมสีเขียวที่ไม่แตกต่างกัน (มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 2566; ทวีทรัพย์ ผาใต้ และณัฐภูมิ แดงประเสริฐ, 2553) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะวิทยาการจัดการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.7 สอดคล้องกับการศึกษา ของภูวสิทธิ์ ภูวรรณ และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า คณะไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพา พุขุนทด และคณะ (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า หลักสูตรสาขาในคณะมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำเสนอผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. นักศึกษามีความเครียดจากสัมพันธภาพกับเพื่อนและอาจารย์ ดังนั้นทางมหาวิทยาลัยควรมีกิจกรรมที่เน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมกับเพื่อน และอาจารย์ เพื่อเพิ่มการมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น
2. นักศึกษามีความเครียดที่เกิดจากปัจจัยด้านการเรียนมากที่สุด ดังนั้นทางมหาวิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ภายนอกห้องเรียน เพื่อผ่อนคลายอิริยาบถจากการเรียน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ เพื่อให้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากขึ้น



2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในการศึกษาปริญญาตรีแต่ละสาขา เพื่อศึกษาว่ามีความเครียดแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.
นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *คู่มือคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์คอนดักชั่น.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *กรมสุขภาพจิต เผยวัยรุ่นไทยปรึกษา “ปัญหาเครียด” มากสุดแนะเทคนิคจัดการความเครียด*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30188>. (วันที่ค้นข้อมูล: 25 ธันวาคม 2566).
- กชกร ธรรมนำศีล, สุปราณี น้อยตั้ง, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร และวริศรา โสรัจจ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สถาบันเอกชนแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 7(1), 60-75.
- กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, วรพนิต ศุภระแพทย์ และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 60-69.
- ชมพูนุท ศรีเสาวลักษณ์. (2530). *การอบรมเลี้ยงดูกับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาในกลุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนกลางที่ 11/7 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐธิดา บุญอ่วม และปิยะพร ปานทุ่ง. (2566). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*. ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ทวีทรัพย์ ผาใต้ และณัฐวุฒิ แดงประเสริฐ. (2553). *การศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครชั้นปีที่ 1 ภาคปกติ (รายงานผลงานวิจัย)*. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- ทัศนาศ ทวีคุณ, พัทธินันท์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2556). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1), 1-11.
- ปาริชาติ บัวเจริญ, นพรัตน์ เตชะพันธ์รัตนกุล, ไกรลาศ ดอนชัย และปวันรัตน์ บัวเจริญ. (2561). ความเครียดและการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่*, 4(2), 37-58.
- พสุ เดชะรินทร์. (2536). การบริหารความเครียด. *วารสารจุฬาลงกรณ์*, 5(20), 88-91.
- พวงแก้ว โตจรรณนท์. (2530). *บุคลิกภาพและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองอุดร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการประถมศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ไพฑูริย์ สีนลาร์ตัน. (2524). *ปรัชญาและอุดมการณ์ของอุดมศึกษา*. กรุงเทพฯ: แผนกวิชาอุดมศึกษา คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูวสิทธิ์ ภูววรรณ, เอกตระกูล แข็งแรง, ชนายนันท์ บุตรศรี, พิษญา ดุพงษ์ และกิตติมา ลาภอนันต์บังเกิด. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,
15(3), 105-118.

มหาวิทยาลัยราชภัฏ พิบูลสงคราม. (2566). มหาวิทยาลัยราชภัฏ พิบูลสงคราม.
<https://reg.psu.ac.th/reg2018/>. (วันที่ค้นข้อมูล: 25 ธันวาคม 2566).

รุ่งทิวา พุชนทด, ธีร์ กาญจนะ, พัชรียัมเชิญ, อภิญญา พุฒนอก, ณัฐสินี เต็มสระน้อย, อาริยา ฉลาดดี และ
ชลาลัย หาญเจนลักษณ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับ
ปริญญาตรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 115-125.

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาใน
มหาวิทยาลัย (รายงานสรุปผู้บริหาร). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ฝูงดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล
เชิญ, ทริกา จอดนอก, ทัดติยา สุริสาร และธัญญาเรศ พ่อยันต์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด
ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารมจร.วิชาการ, 21(42), 93-106.

สืบทระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของ
นักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(1), 84-86.

อุษา เชาวลิท. (2540). ปัจจัยบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ), บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อำนาจ หงษ์สา. (2545). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตภายในมหาวิทยาลัยของนิสิตปริญญาตรี คณะมนุษย
ศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยา
การศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

Baldwin, A.L. (1980). *Theories of Child Development* (2nd ed). New York: John Wily & Some.

Erikson, E.H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton.

Eysenk, H.J., Arnold, W. & Meili, R. (1972). *Encyclopedia Psychology*. London: Herder & Herder
N.A.

Good, Carter V. (1959). *Dictionary of Education*. New York: Hill Book.

Yamane, Taro. (1973). *Statistics an introductory analysis*. New York: Harper & Row.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแล
ด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Relationship Between Nutritional Perception and Nutritional Care
Behaviors of Parents for Preschool Children in Early Childhood Development
Centers, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province.

สายฝน แซ่ลี¹, พงษ์ณา ช่างคำ¹, โชติกา แซ่ย่าง¹, สุญาดา แซ่หาญ¹ วิมลมนี เมฆข้า², จุฑามาศ เมืองมูล²
และเนตรรา สมกำลัง^{2*}

Saifon Saelee¹, Pongnapa Changkham¹, Chowtika Saeyang¹, Suyada Saehan¹ Wimonmanee Mekkhum²,
Jutamas Muangmool² and Nattrra Somkanlang^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง 127 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน และข้อมูลการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson Correlation

ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.9) และพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.1) และการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการให้ดีขึ้น รวมทั้งควรมุ่งเน้นกระตุ้นการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

คำสำคัญ: เด็กก่อนวัยเรียน, พฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการ, การรับรู้ภาวะโภชนาการ, ผู้ปกครอง

Abstract

This study employed a descriptive cross-sectional research design with the objective of examining nutritional perception and nutritional care behaviors among parents of preschool children and investigating the relationship between nutritional perception and nutritional care behaviors. The study was conducted in child development centers located in Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The sample were 127 parents using simple random sampling. The research instrument was a structured questionnaire comprising three sections: (1) demographic information of the parents, (2) nutritional care behaviors of parents toward their preschool children, and (3) parental perception of their children's nutritional status. Data were analysed using Pearson correlation statistics.

The results indicated most parents of preschool children had a moderate level of nutritional perception (84.9%), and a moderate level of the nutritional care behaviors (51.1%). A statistically significant relationship was found between parental nutritional perception and nutritional care behaviors at the 0.05 significance level. Therefore, public health professionals and relevant organizations should promote improved nutritional awareness and care behaviors among parents. Emphasis should be placed on enhancing parental perception as a key strategy to improve nutritional practices, thereby contributing to positive nutritional outcomes in preschool children.

Keywords: preschool children, nutritional care behaviors, nutritional perception, parents

¹นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

*corresponding author e-mail: sunattra.som@crru.ac.th

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (องค์การอนามัยโลก, 2567) ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบมีค่ากลางของความชุกย้อนหลัง 5 ปี ภาวะเตี้ยอยู่ที่ร้อยละ 11.0 ภาวะผอมอยู่ที่ร้อยละ 5.4 และภาวะน้ำหนักเกินอยู่ที่ร้อยละ 8.2 (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2565) สำหรับในประเทศไทย ผลการสำรวจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีภาวะผอมเฉลี่ยร้อยละ 9.21 อ้วนร้อยละ 9.96 และภาวะเตี้ย 9.98 (Health Data Canter, 2567) ซึ่งยังเกินเป้าหมายที่กำหนดในปี พ.ศ. 2566 ภาวะผอม <5% ภาวะอ้วน <9% และภาวะเตี้ย <10% (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2566) ในจังหวัดเชียงราย ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 3-5 ปี ในปี พ.ศ. 2563 - 2567 พบความชุกของภาวะผอม ร้อยละ 8.87 , 9.01 , 8.51 , 10.49 และ 9.16 ตามลำดับ มีความชุกภาวะอ้วน 2563-2567 อยู่ที่ร้อยละ 11.2 , 9.3 , 10.0 , 8.8 และ 8.5 ตามลำดับ มีความชุกภาวะเตี้ย พ.ศ. 2563-2567 อยู่ที่ร้อยละ 10.44 , 9.06 , 10.14 , 9.77 และ 10.50 ตามลำดับ (Health Data Canter, 2567) ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานเป้าหมายที่กำหนดในปี พ.ศ. 2566 (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2566) ทั้งนี้สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการ เช่น ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือเตี้ยมีสาเหตุมาจากการกินอาหารไม่พอ หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการเลี้ยงดูเด็กให้มีโภชนาการที่ดีและสมดุลต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตก็เป็นปัจจัยเสริมให้เด็กไม่ประสบปัญหาภาวะเตี้ย รวมถึงเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี (จรัสพงษ์ เอื้ออริยะพานิชกุล, 2561) และสาเหตุโภชนาการเกิน มาจากการรับประทานอาหารหรือสารอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายจะใช้ ร่างกายจึงเกิดการสะสมพลังงานเหล่านี้นั้นไว้ในรูปของไขมัน ทำให้มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์หรือเกิดเป็นโรคอ้วนได้ (สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา, 2020)

โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เพราะการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการที่ผิดหลักการย่อมทำให้เด็กไม่ได้รับสารอาหารครบตามความต้องการของร่างกาย ในทางกลับกันหากเด็กได้รับการเลี้ยงดูด้านโภชนาการที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จะทำให้ได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอและได้สารอาหารครบทุกชนิดตามความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและมีภาวะโภชนาการที่ดี (สมกร เขียวฤทธิ์เดช, ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม และสุตารัตน์ วันงามวิเศษ, 2564) ดังนั้นผู้ปกครอง จึงถือเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน (จิราพัชร ชัยสวัสดิ์, 2566) ทั้งนี้การที่บุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมบางอย่างเพื่อป้องกันการเกิดโรค ต้องเริ่มจากการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต และเห็นถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือทำให้โรคที่อาจเกิดขึ้นให้ไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังต้องรู้สึกลัวการกระทำนั้นไม่ยากหรือไม่มีอุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ (นลัทพร พรหมพินิจและคณะ, 2567)

ประกอบกับการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลแม่ยาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 24 ภาวะขาดหรือไม่เพียงพอ ร้อยละ 34.4 และภาวะเตี้ย ร้อยละ 20.95 (กองการศึกษาเทศบาลตำบลแม่ยาว, 2567) จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยข้อมูลที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional) แบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาลตำบลแม่ยาว และมีระยะทางจาก เมืองเชียงรายไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่เกิน 30 กิโลเมตร จำนวน 286 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ สามารถอ่านออกและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ขอลถอนตัวระหว่างการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ สูตร Taro Yamane (1973) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 127 คน แต่ผู้ศึกษาจะทำการเก็บข้อมูลเพิ่ม 10% เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บข้อมูล $127 + 10\%$ จะได้ 139.7 คน ปัดเป็น 140 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง การจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามสัดส่วน

(Proportional Allocation)

2) สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อของ

ผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนในแต่ละศูนย์ฯ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างและให้ได้จำนวนตามสัดส่วนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 11 ข้อ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา กลุ่มชาติพันธุ์ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน มีจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน รวมถึงการเลือกซื้อและการประกอบอาหารให้กับเด็กก่อนวัยเรียน มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ(3) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง(2) ไม่เคยปฏิบัติเลย(1) และแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) 15-25 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับน้อย 2) 26-35 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับปานกลาง และ 3) 36-45 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับดี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ประโยชน์ของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้อุปสรรคของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน มีให้เลือก 4 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วย(1) เห็นด้วยน้อย(2) เห็นด้วยปานกลาง(3) เห็นด้วยมาก(4) และแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) 20-40 คะแนน มีการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับน้อย 2) 41-60 คะแนน มีการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับปานกลาง 3) 61-80 คะแนน มีการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ระดับมาก

การพัฒนาเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและหาความตรง (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88

2. ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) กับ ผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวนไม่น้อยกว่า 40 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.726

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง และการรับรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครอง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ สถิติ Pearson correlation ที่ $p\text{-Value} = 0.05$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตอย่างเป็นทางการถึงเทศบาลตำบลแม่ยาว ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อแนะนำตัวต่อเจ้าหน้าที่ในศูนย์พร้อมชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงวิธีการและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เกิดความเข้าใจ จากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับอย่างละเอียด หากพบว่าข้อมูลใดไม่ครบถ้วนหรือมีข้อผิดพลาด จะดำเนินการกลับไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลเดิม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ที่สุด โดยการดำเนินงานทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้ความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับและการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยในมนุษย์ที่ผู้วิจัยยึดถืออย่างยิ่ง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	24.5
หญิง	105	75.5
อายุ (Mean=32.7, S.D.=8.9, Min=18, Max=73)		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	2.2
20-30 ปี	63	45.3
31-40 ปี	56	40.3
41-50 ปี	10	7.2
51-60 ปี	2	1.4
61 ปีขึ้นไป	5	3.6
ศาสนา		
พุทธ	66	47.5
คริสต์	73	52.5
กลุ่มชาติพันธุ์		
ไม่เป็นชาติพันธุ์(พื้นเมือง)	19	13.7
เป็นชาติพันธุ์	120	86.3
สถานภาพ		
โสด	25	18.0
สมรส	97	69.8
หย่าร้าง	16	11.5



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12	8.6
ประถมศึกษา	34	24.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	28.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	17.3
อนุปริญญา/ปวส.	6	4.3
อนุปริญญาตรี	23	16.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	63	45.3
เกษตรกร	28	20.1
ค้าขาย	13	9.4
ก่อสร้าง	3	2.2
รับราชการ	2	1.4
พนักงานบริษัท	7	5.0
ลูกจ้าง	11	7.9
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.2
ไม่ประกอบอาชีพ	9	6.5
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (Mean=11,029.5, S.D.=8,428.9, Min=0, Max=50,000)		
≤ 10,000 บาท	90	64.7
10,001-20,000 บาท	36	25.9
20,001-30,000 บาท	9	6.5
30,001-40,000 บาท	3	2.2
≥ 40,001 ขึ้นไป	1	0.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	126	90.6
มีโรคประจำตัว	13	9.4
ความเกี่ยวข้องกับเด็กก่อนวัยเรียน		
บิดา	26	18.7
มารดา	97	69.8
ปู่/ย่า	5	3.6
ตา/ยาย	6	4.3
อื่นๆได้แก่ ลุง ป้า น้า อา	5	3.6

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน ร้อยละ 75.5 อายุ อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 63 คน ร้อยละ 45.3 เป็นศาสนาคริสต์ จำนวน 73 คน ร้อยละ 52.5 และเป็นชนชาติพันธุ์ จำนวน 120 คน ร้อยละ 86.3 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส จำนวน 97 คน ร้อยละ 69.8 สำเร็จการศึกษามัธยมตอนต้น จำนวน 39 คน ร้อยละ 28.1 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 62 คน ร้อยละ 44.6 รายได้อยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 89 คน ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 126 คน ร้อยละ 90.6 และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กก่อนวัยเรียนเป็น มารดา จำนวน 97 คน ร้อยละ 69.8



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน
จำแนกรายข้อ (n=139)

ข้อคำถาม	จำนวนและร้อยละ			$\bar{X}$	(S.D.)	ระดับ
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย			
1. ท่านให้เด็กทานอาหารครบ 5 หมู่	73 (52.5)	65 (46.8)	1 (0.7)	2.5	0.5	ดี
2. ท่านให้เด็กทานผักและผลไม้ทุกมื้อในปริมาณที่เหมาะสม	61 (43.9)	77 (55.4)	1 (0.7)	2.4	0.5	ดี
3. ท่านให้เด็กล้างมือก่อนทานอาหารและหลังทานอาหารทุกครั้ง	117 (84.2)	22 (15.8)	0 (0.0)	2.8	0.4	ดี
4. ท่านให้เด็กทานน้ำอัดลม หรือน้ำหวาน	6 (4.3)	111 (79.9)	22 (15.8)	2.1	0.4	ปานกลาง
5. ท่านจัดอาหารมื้อเช้าให้เด็กทานทุกวัน	116 (83.5)	23 (16.5)	0 (0.0)	2.8	0.4	ดี
6. ท่านมักเติมน้ำตาล น้ำปลา ลงในอาหาร ให้เด็กทาน	14 (10.1)	85 (61.2)	40 (28.8)	2.2	0.6	ปานกลาง
7. ท่านเลือกซื้อของสดใหม่ทุกครั้งก่อนทำอาหาร	96 (69.1)	42 (30.2)	1 (0.7)	2.7	0.5	ดี
8. ท่านมักปรุงอาหารรสหวานจัดให้เด็กทาน	5 (3.6)	64 (46.0)	70 (50.4)	2.5	0.6	ดี
9. ท่านให้เด็กดื่มนมเสริมเช่น นมโฟร์มอสต์ อย่างน้อยวันละ 1 กล่อง	84 (60.4)	50 (36.0)	5 (3.6)	2.6	0.6	ดี
10. ท่านให้เด็กทานอาหารมื้อหลักมากกว่าขนมขบเคี้ยว	82 (59.0)	45 (32.4)	12 (8.6)	2.5	0.7	ดี
11. ท่านให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลือกรายการอาหารหรือเตรียมอาหาร	43 (30.9)	80 (57.6)	16 (11.5)	2.2	0.6	ปานกลาง
12. ท่านจัดอาหารให้เด็กได้ทานหลากหลายชนิด	67 (48.2)	57 (41.0)	15 (10.8)	2.4	0.7	ดี
13. ท่านให้เด็กกินอาหารที่ไม่ปรุงรสชาติเพิ่ม	38 (27.3)	87 (62.6)	14 (10.1)	2.2	0.6	ปานกลาง
14. ท่านใช้วิธีตักข้าวให้เด็กทานในปริมาณมากและฝึกให้เด็กทานจนหมดจาน	36 (25.9)	53 (38.1)	50 (36.0)	1.9	0.8	ปานกลาง
15. ท่านมักจะคอยพูดคุยกับเด็กในขณะที่เด็กทานอาหาร	11 (7.9)	56 (40.3)	72 (51.8)	1.6	0.6	น้อย
ค่าเฉลี่ยรวม				3.0	0.8	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.3, S.D.=0.6$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า สูงสุด คือ ข้อ 3. ท่านให้เด็กล้างมือก่อนทานอาหารและหลังทานอาหารทุกครั้งได้ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.8, S.D.=0.4$) รองลงมา คือ ข้อ 5. ท่านจัดอาหารมื้อเช้าให้เด็กทานทุกวัน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.8, S.D.=0.4$) และน้อยที่สุด คือ ข้อ 15. ท่านมักจะคอยพูดคุยกับเด็กในขณะที่เด็กทานอาหารอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.6, S.D.=0.7$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการ ของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน (n=139)

ระดับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (15 – 25 คะแนน)	1	0.7
ปานกลาง (26 – 35 คะแนน)	71	51.1
ดี (36 – 45 คะแนน)	67	48.2
รวม	139	100.0

(Mean=35.2, S.D.= 3.6, Min=25, Max= 42)

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน สูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมา คือ ระดับดี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7



ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำแนกรายข้อ (n=139)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{x}$	(S.D.)	ระดับ
	เห็นด้วยที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน							
1.ท่านรับรู้ว่าการทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการของเด็กทำให้เด็กป่วยได้ง่ายและเป็นโรคได้	58 (41.7)	73 (52.5)	5 (3.6)	3 (2.2)	3.3	0.7	มาก
2.ท่านรับรู้ว่าการทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่จะทำให้เด็กเกิดทุพโภชนาการเช่นผอมหรืออ้วนได้	50 (36.0)	82 (59.0)	5 (3.6)	2 (1.4)	3.3	0.6	มาก
3.ท่านรับรู้ว่าการทานอาหารประเภทน้ำตาลแป้ง คืออาหารหมู่ที่ 2 หรือ คาร์โบไฮเดรต	36 (25.9)	84 (60.4)	16 (11.5)	3 (2.2)	3.1	0.7	มาก
4.ท่านรับรู้ว่าการล้างมือของเด็กก่อนและหลังทานอาหารช่วยป้องกันสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคได้ทุกครั้ง	101 (72.7)	35 (25.2)	3 (2.2)	0 (0.0)	3.7	0.5	มาก
5.ท่านรับรู้ว่าการที่เด็กทานอาหารสำเร็จรูปเช่น ลูกชิ้น ไส้กรอกเป็นประจำ จะไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ไม่ดีของเด็ก	29 (20.9)	40 (28.8)	42 (30.2)	28 (20.1)	2.5	1.0	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน							
6.ท่านรับรู้ว่าหากเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์จะไม่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก	38 (27.3)	50 (36.0)	41 (29.5)	10 (7.2)	2.2	1.0	ปานกลาง
7.ท่านรับรู้ว่าเด็กที่ขาดสารอาหารจะไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก	32 (23.0)	49 (35.3)	40 (28.8)	18 (12.9)	2.3	1.0	ปานกลาง
8.ท่านรับรู้ว่าเด็กขาดวิตามิน C จะส่งผลให้เด็กป่วยบ่อยเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ	61 (43.9)	63 (45.3)	13 (9.4)	2 (1.4)	3.3	0.7	มาก
9.ท่านรับรู้ว่าหากเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายแต่ไม่ชอบทานผักและผลไม้จะส่งผลให้อาการท้องผูกนั้นรุนแรงขึ้น	61 (43.9)	71 (51.1)	7 (5.0)	0 (0.0)	3.4	0.6	มาก
10.ท่านรับรู้ว่าหากเด็กทานโปรตีนน้อยเกินไปหรือได้รับโปรตีนไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดโรคขาดสารอาหารประเภทโปรตีน เช่น โรคควาซีออร์กอร์	42 (30.2)	89 (64.0)	6 (4.3)	2 (1.4)	3.2	0.6	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน							
11.ท่านรับรู้ว่าเด็กที่ทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่และออกกำลังกายเป็นประจำจะเป็นเด็กที่มีสุขภาพดีแข็งแรง	41 (29.5)	33 (23.7)	57 (41.0)	8 (5.8)	2.5	0.8	ปานกลาง
12.ท่านรับรู้ว่าควรตรวจดูน้ำหนักของเด็กเป็นระยะว่าเป็นไปตามปกติหรือควรทำทุก 3 เดือน	48 (34.5)	84 (60.4)	6 (4.3)	1 (0.7)	3.3	0.6	มาก
13.ท่านรับรู้ว่าเด็กที่ทานขนมขบเคี้ยวในปริมาณที่มากทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี	20 (14.4)	25 (18.0)	68 (48.9)	26 (18.7)	2.7	0.9	ปานกลาง
14.ท่านรับรู้ว่าเด็กจำเป็นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารหลัก เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรตไขมัน วิตามินและเกลือแร่	76 (54.7)	61 (43.9)	2 (1.4)	0 (0.0)	3.5	0.5	มาก
15.ท่านรับรู้ว่าเป็นแหล่งของโปรตีน แคลเซียม ไขมัน วิตามินA วิตามินB2	79 (56.8)	54 (38.8)	4 (2.9)	2 (1.4)	3.5	0.6	มาก



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{x}$	(S.D.)	ระดับ
	เห็นด้วย ที่สุด	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย ที่สุด			
การรับรู้อุปสรรคของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน							
16.ท่านรับรู้ว่าการป้องกันโรคขาดสารอาหารและโรคอ้วนทำได้ยากเพราะต้องอาศัยความร่วมมือของหลายๆฝ่าย	43 (30.9)	76 (54.7)	17 (12.2)	3 (2.2)	3.1	0.7	มาก
17.ท่านรับรู้ว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยท่านจะไม่พาไปรักษาเนื่องจากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในครอบครัว	14 (10.1)	10 (7.2)	47 (33.8)	68 (48.9)	3.2	1.0	มาก
18.การประกอบอาชีพของท่านทำให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารที่ครบ 5 หมู่ให้เด็กทานจึงทำให้เกิดปัญหาขาดสารอาหารและอ้วนได้	26 (18.7)	44 (31.7)	54 (38.8)	15 (10.8)	2.6	1.0	ปานกลาง
19.ท่านรับรู้ว่าการเดินทางไปร้านค้าหรือตลาดในพื้นที่เป็นเรื่องลำบากจึงทำให้การจัดอาหารที่ครบ 5 หมู่เป็นเรื่องยาก	13 (9.4)	38 (27.3)	62 (44.6)	26 (18.7)	2.7	0.9	ปานกลาง
20.ท่านรับรู้ว่าการที่เด็กไม่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้ร่างกายของเด็กไม่เกิดการเผาผลาญพลังงาน	32 (23.0)	76 (54.7)	19 (13.7)	12 (8.6)	2.9	0.8	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม					3.0	0.8	มาก

จากตารางที่ 4 ภาพรวมการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.0$, S.D.= 0.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน สูงที่สุดคือ ข้อ 4. ท่านรับรู้ว่าการล้างมือของเด็กก่อนและหลังทานอาหารช่วยป้องกันสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคได้ทุกครั้งได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.7$, S.D.= 0.5) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน สูงที่สุดคือข้อ 9.ท่านรับรู้ว่าหากเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายแต่ไม่ชอบทานผักและผลไม้จะส่งผลให้อาการท้องผูกนั้นรุนแรงขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.4$, S.D.= 0.6) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน สูงที่สุดคือ ข้อ 14.ท่านรับรู้ว่าเด็กจำเป็นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารหลัก เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรตไขมัน วิตามินและเกลือแร่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.5$, S.D.= 0.5) และด้านการรับรู้อุปสรรคของการมีภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน สูงที่สุดคือข้อ 17. ท่านรับรู้ว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยท่านจะไม่พาไปรักษาเนื่องจากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.2$, S.D.= 1.0)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน(n=139)

ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (20-40 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (41 – 60 คะแนน)	75	54.0
มาก (61 – 80 คะแนน)	64	46.0
รวม	139	100.0

(Mean= 60.2, S.D.= 5.7, Min=7, Max= 47)

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ ระดับมาก จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน (n=139)

ความสัมพันธ์	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้กับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน	0.29	0.001*	ต่ำ

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนกับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุป อภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐรีเวชวิทยา อนุกุล วรธนะ และคณะ(2562) ศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาวินิจฉัยนี้พบว่า การปฏิบัติต่อภาวะโภชนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ฌนอมขยธาวรรณ และคณะ (2568) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาเรื่องการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลนาผาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายยังมีพฤติกรรมการให้เด็กทานน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน ($\bar{X}$ =2.1, $S.D.$ =0.4) หรือมักเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหารให้เด็กทาน ($\bar{X}$ =2.2, $S.D.$ =0.6) หรือ ใช้วิธีดักข้าวให้เด็กทานในปริมาณมากและฝึกให้เด็กทานจนหมดจาน ($\bar{X}$ =1.9, $S.D.$ =0.8) ซึ่งการกระทำเหล่านี้ส่งผลต่อโภชนาการที่ไม่เหมาะสมได้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

การรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรัฐ ทะนาวา (2565) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ ในระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Effat Hatefnia (2023) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทของความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษพบว่าระดับการรับรู้อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ การรับรู้ คือ การแปลความหมายของสิ่งเร้าและการตอบสนองของร่างกายมนุษย์ต่อสิ่งเร้า ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและมีผลให้บุคคลที่รับสัมผัสสิ่งเร้ามีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะเลือกที่จะรับรู้เฉพาะข้อมูล หรือสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการของตนเอง (วิทยา พยัคฆ์บุตร และ เสรี ชัดแจ้ง, 2564) และจากข้อมูลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีรูปแบบการบริโภคอาหารเป็นเอกลักษณ์เป็นของตนเอง สืบทอดตามความเชื่อจากบรรพบุรุษ ซึ่งความเชื่อเหล่านั้นอาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในประเด็นไม่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนได้ เช่น การที่เด็กทานอาหารสำเร็จรูปเช่น ลูกชิ้น ไส้กรอกเป็นประจำ จะไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ไม่ดีของเด็ก ($\bar{X}$ =2.5, $S.D.$ =1.0) หากเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์จะไม่ส่งผลต่อการพัฒนาการของเด็ก ($\bar{X}$ =2.2, $S.D.$ =1.0) เด็กที่ขาดสารอาหารจะไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ($\bar{X}$ =2.3, $S.D.$ =1.0) ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ที่ทำให้เป็นอุปสรรคด้านเวลาในการประกอบอาหารที่ครบ 5 หมู่ให้เด็กทานจึงทำให้เกิดปัญหาขาดสารอาหารและอ้วนได้ ($\bar{X}$ =2.6, $S.D.$ =1.0) ประกอบกับพื้นที่ตำบลแม่ยาว ส่วนมากยากต่อการเดินทางส่งผลให้การเดินทางไปร้านค้าหรือตลาดในพื้นที่เป็นเรื่องลำบากจึงทำให้การจัดอาหารที่ครบ 5 ภู่นั้นเป็นเรื่องยาก ($\bar{X}$ =2.7, $S.D.$ =0.9)

การรับรู้ภาวะโภชนาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.290$), ($p\text{-value}=0.041$) สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Brown et al. (2021) ที่ระบุว่าระดับความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมักมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อต่ำ และเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อของบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน และ กันยา สุวรรณแสง (2542) ที่ระบุว่า การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วต้องเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมจะตามมาในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้อยู่ในระดับดี
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเพิ่มเติมปัจจัยการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาข้อมูลเชิงลึกด้านการรับรู้ภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนและพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *กินตามวัยให้พอดี*. สืบค้น 8 กันยายน 2567 จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/194005>
- กันยา สุวรรณแสง. (2542). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น.
- กองการศึกษาเทศบาลตำบลแม่ยาว. (2567). *น้ำหนักส่วนสูงในเด็กก่อนวัยเรียน*. จาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลแม่ยาว
- จรัสพงษ์ เอื้ออริยะพานิชกุล. (2564). *ภาวะเด็กผอมเกินหรือภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์*. สืบค้น 8 กันยายน 2567 จาก <https://www.bnhhospital.com/th/article/wasting>
- จิราภา สุวรรณกิจ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน. *Singburi Hospital Journal*, 31 (2), หน้า 81-94.
- จิราพัชร ชิชสวัสดิ์. (2023). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 18 (2), หน้า 75-85
- ชัชฎา ประจตุทะเก, อัญชลี ภูมิจันทิก และประดับ ศรีหมื่นไวย. (2560). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่9. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13 (31), หน้า 159-176.
- ชาตรี ไพโรจน์เพชร. (2567). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่เหว่ย อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่เหว่ย, หน้า 1-13
- นัยนา บุญทวีวัฒน์. (2546). *หนังสือชีวเคมีทางโภชนาการ*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2567
- เนสท์เล่. (2012). *โภชนาการสำคัญอย่างไร ทำไมคุณพ่อคุณแม่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ*. สืบ 18 กันยายน 2567 จาก <https://www.nestle.co.th/th/nhw/news/ความสำคัญของโภชนาการในวัยเด็ก>



- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. (2013). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model). สืบค้น 11 กันยายน 2567 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115420>
- ปิยะ ปรีโส และพรพิมลชอุพานิช. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13 (2), หน้า 65-72 .
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). สืบค้น 19 กันยายน 2567 จาก <https://dictionary.orst.go.th>
- พิชิต จีระวัฒนะ. (2531). ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ศึกษาครอบครัวที่มีเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนแออัดย่านท่าเรือคลองเตย (วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิต. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์). สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2567, จาก <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=1030122>
- ภารดี เทพคาย. (2564). การศึกษาระดับความรู้และความเข้าใจของบุคลากรสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ต่อนโยบายความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงานและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงาน. หน้า 1-67.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567, จาก <https://dictionary.orst.go.th>
- รุจิรัฐ ทะนาวา. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิต.วิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- วิทยา พัยคัมน์ตร และ เสรี ชัดเข้ม. (2564). การรับรู้วัฒนธรรมองค์การต่อผลการปฏิบัติงานของ องค์การ (มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี).
- วีรวัลย์ ศิรินาม. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).
- คันสนีย์ ทุกข์สุญ. (2007). พฤติกรรมมนุษย์ Human behavior. สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2567, จาก http://www.tatc.ac.th/files/110528099292991_13120821215138.pdf
- สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2020). ภาวะโภชนาการเกิน ผลข้างเคียงต่อเด็กในช่วงลือคดาวน์. สืบค้น 18 กันยายน 2567, จาก <https://research.eef.or.th>
- สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2563). ความหมายของอาหาร และโภชนาการ. สืบค้น 18 กันยายน 2567 จาก <https://www.scimath.org/lesson-biology/item/9791-1-9791>
- สำนักข่าวอิศรา. (2557). สข.เดินทางขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพ สกัดโรคอ้วนเด็กไทย หวั่นโรคร้ายรุมเร้า. สืบค้น 19 กันยายน 2567 จาก <https://www.isranews.org/content-page/item/3220> -สข-เดินทางขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพ-สกัดโรคอ้วนเด็กไทย-หวั่นโรคร้ายรุมเร้า.html
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2558). การใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2006 ในเด็กแรกเกิด - 5ปี. สืบค้น 19 กันยายน 2567 จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). เด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 10 คน กำลังเผชิญความยากจนทางอาหารขั้นรุนแรง ยูนิเซฟชี้ทุกภาคส่วนต้องช่วยให้เด็กเข้าถึงอาหารมากขึ้น. สืบค้น 22 สิงหาคม 2567 จาก <https://www.sdgmove.com/2024/06/07>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2565). รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ. สืบค้น 22 สิงหาคม 2567 จาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648_c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eacca9
- องค์การอนามัยโลก. (2559). ภาวะโภชนาการ. สืบค้น 12 กันยายน 2567 จาก <https://www.who.int/health-topics>
- อรยา จันทริกันนท์ และณัฐชา วัฒนประภา. (2562). การศึกษาการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก,มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2, หน้า 1-10.
- อรรธรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health literacy. สืบค้น 19 กันยายน 2567 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/112495>

- ARDI. (2021). *บทความพฤติกรรมของมนุษย์ Human Behavior*. สืบค้น 11 กันยายน 2567 จาก <https://ardithailand.com/m/HumanBehavior>
- Brown K, Green R, Thomas L. The relationship between health beliefs and dietary behavior among adolescents: A meta-analysis. *J Nutr Educ Behav*. 2021; 53 (3):230-245.
- Hatefnia, E., Azizi, P., Qorbani, M., & Safari-Moradabadi, A. (2024). The role of maternal health beliefs in prevention of preschoolers' obesity. *BMC Pediatrics*, 24, Article 193. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04474-9>
- Health Data Center. (2567). *น้ำหนักส่วนสูงในเด็กอายุ 3-5 ปีในประเทศไทย*. สืบค้น 7 กันยายน 2567 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
- Natetida Bunnag. (2022). *ภาวะทุพโภชนาการ*. สืบค้นจาก <https://www.sdgmovement.com/2021/05/13/sdg-vocab-05-malnutrition>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–333. <https://www.jstor.org/stable/45240621>
- World Health Organization. (2563). *ภาวะทุพโภชนาการ*, จาก <https://www.who.int/health-topics/malnutrition>
- Unicef Thailand. (2024). *เด็กเล็ก 1 ใน 10 ในประเทศไทยกำลังเผชิญความยากจนทางอาหารเด็กขั้นรุนแรง*. สืบค้นจาก <https://www.unicef.org/thailand/th/press>

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตใจ
หลังประสบอุทกภัยของประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The study of factors related to physical health and mental health conditions
following flooding in the population of Moo 2, Ban Ruam Mit, Mae Yao Sub-
district, Mueang District, Chiang Rai Province

กมลวรรณ ราชเมืองแก้ว, ภาวิกา ธีระพิจิตร, อารีรัตน์ วิรัตน์เกษม, พัชรินทร์ วินยางค์กุล,
เนตรรา สมกำลิ่ง และ วิมลฉนิ เมฆขำ*

Kamonwan Rachamangkeaw, Pawika Teerapijit, Areerat Wiratkasem, Patcharin Winyangkul
Nattrra Somkamlang and Wimonmanee Mekkhum*

บทคัดย่อ

อุทกภัยนับเป็นภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนในหลายด้าน ทั้งระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ประสบภัย การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนผู้ประสบอุทกภัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของน้ำท่วม การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับน้ำท่วม ตลอดจนการช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วม กับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยซึ่งได้ลงทะเบียนกับเทศบาลตำบลแม่ยาว รวมทั้งสิ้น 195 ครอบครัว โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดให้หัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 195 คน แต่เนื่องจาก มีบ้านเรือนที่ได้รับความเสียหายจากน้ำท่วม จำนวน 195 ครอบครัว เนื่องจากเริ่มมีการลงพื้นที่และเก็บข้อมูล ในวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 จึงพบว่า มีบ้านที่ได้รับความเสียหายและถูกปล่อยให้รกร้างจำนวน 31 ครอบครัว ดังนั้นจึงเหลือบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบ ที่มีผู้คนอาศัยจำนวน 164 ครอบครัว การเก็บข้อมูลดำเนินการด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ปัจจัยด้านความรุนแรงของน้ำท่วม (3) ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับน้ำท่วม (4) ปัจจัยการช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วม (5) ข้อมูลด้านสุขภาพกาย และ (6) ข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยมีเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิตได้แก่ แบบประเมินความเครียด (Visual Analog) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q กับ 9Q สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ตลอดจนการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ตามความเหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.7) อายุ 56 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 49.4) และ ไม่ได้รับการศึกษาเลย (ร้อยละ 32.3) นอกจากนี้ เมื่อประเมินด้านระดับความเครียด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 61.0) ขณะที่กลุ่มที่มีความเครียดเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 38.4 มีเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้นที่มีความเครียดปานกลาง และไม่พบผู้ที่มีความเครียดสูงหรือสูงที่สุดเลยซึ่งสะท้อนว่าประชาชนส่วนใหญ่สามารถรับมือกับสถานการณ์หลังอุทกภัยได้ในระดับที่ค่อนข้างดี ด้านความรุนแรงของน้ำท่วม ส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับผลกระทบในระดับสูง คือถึงขั้นต้องอพยพออกจากพื้นที่ชั่วคราว (ร้อยละ 47.0) และมีประชาชนจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 34.1) ที่ได้รับผลกระทบยาวนานตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ในแง่ของการเตรียมความพร้อม พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า (ร้อยละ 54.9) ไม่มีอุปกรณ์ใด ๆ เลย (ร้อยละ 62.2) และไม่ได้เตรียมแหล่งน้ำสะอาด (ร้อยละ 45.1) ส่วนด้านการช่วยเหลือหลังน้ำท่วม ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าได้รับความช่วยเหลือ 100% โดยความช่วยเหลือส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ (ร้อยละ 30.0) ในขณะที่ด้านภาวะสุขภาพกาย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (ร้อยละ 78.0) และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในช่วง 3 เดือน (ร้อยละ 78.0) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเกิดจากลักษณะงานและรูปแบบการใช้ชีวิตที่ต่างกัน ขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าอาจมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียดและการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพจิตได้ดีกว่า ดังนั้น จึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้

เกี่ยวกับการรับมือภัยพิบัติ การยกระดับการศึกษาชุมชน และการสร้างระบบสนับสนุนหลังน้ำท่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของประชาชนในระยะยาว

คำสำคัญ: สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ อุทกภัย ผลกระทบน้ำท่วม

Abstract

Floods constitute a severe disaster impacting communities in multiple aspects, particularly in public health systems and the quality of life of affected populations. This study aimed to assess the physical and mental health of flood victims and examine the relationships among personal factors, flood severity, flood preparedness, as well as post-flood assistance and support. The research was conducted in Moo 2, Ban Ruam Mit, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The sample comprised 195 households affected by flooding who registered with the Mae Yao Subdistrict Municipality. Purposive sampling was used to select one representative (the household head or a family member) from each household, totaling 195 participants. There were 195 households affected by the flooding. As field surveys and data collection began on November 28, 2024, it was found that 31 of these houses were abandoned and left uninhabited. Therefore, the number of affected households still inhabited by residents was 164 participants. Data were collected using a questionnaire divided into six sections: (1) personal information, (2) flood severity, (3) flood preparedness, (4) post-flood assistance and support, (5) physical health, and (6) mental health. The mental health assessment tools included a stress assessment (Visual Analog Scale) and the 2Q and 9Q depression screening questionnaires. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson's correlation, and Chi-square tests as appropriate. The results revealed that most respondents were male (62.7%), aged 56 years or older (49.4%), and had no formal education (32.3%). Regarding stress levels, 61.0% reported no stress, 38.4% experienced mild stress, only 0.6% had moderate stress, and none reported high or very high stress. This indicates that the majority were able to cope effectively in the post-flood situation. Concerning flood severity, 47.0% experienced a level of flooding that required temporary evacuation, and 34.1% were affected for seven days or longer. In terms of preparedness, 54.9% reported no prior preparation, 62.2% had no equipment, and 45.1% did not prepare clean water. Post-flood assistance reached all respondents (100%), primarily from government agencies (30.0%). In the area of physical health, the majority did not have chronic health conditions (78.0%) and had not been diagnosed with any illness in the past three months (78.0%). The correlation analysis indicated that occupation was significantly associated with physical health ($p < 0.05$), potentially due to differences in work patterns and lifestyles. Additionally, educational level was significantly related to mental health ($p < 0.05$), suggesting that individuals with higher education might possess better stress management skills and greater access to mental health information. Consequently, enhancing community disaster preparedness, improving educational opportunities, and establishing continuous post-flood support systems are recommended to promote long-term physical and mental health among affected populations.

Keywords: Physical health, Mental health, Flooding, Flood impact

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: wimonmanee.mek@crru.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ฝนตกหนักสะสมและผลพวงจากทางพายุ ‘ไต้ฝุ่นยาก็’ ทำให้มีฝนตกหนักมากบริเวณต้นน้ำลำน้ำกกในฝั่งประเทศเมียนมา จนท่วมเข้าอำเภอเมืองเชียงรายอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ตั้งแต่วันที่ 14 สิงหาคม 2567 เป็นเหตุให้เกิดอุทกภัยและดินถล่ม ส่งผลกระทบตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม- 1 กันยายน 2567 ปัจจุบัน (1 กันยายน 2567) อุทกภัยจากแม่น้ำกกหลากเข้าท่วมจังหวัดเชียงรายในครั้งนี้ได้รับผลกระทบเป็นวงกว้าง อีกจุดหนึ่งที่น่าเป็นห่วงในพื้นที่รอบนอกเขตเทศบาลนครเชียงราย คือบริเวณชุมชนบ้านกะเหรี่ยงรวมมิตร หมู่ 2 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ได้รับความเสียหายเป็นอย่างมาก หมู่บ้านนี้มีประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่กว่า 3,000 คน มีบ้านเรือนประมาณ 1,665 หลังคาเรือน มีบ้านที่ถูกน้ำกัดทะลักเข้าท่วมมากกว่า 195 หลัง ในจำนวนนี้มี 50 หลัง ถูกกระแสน้ำพัดจนบ้านพัง บางหลังบ้านทั้งหลังหายไปกับน้ำซึ่งเป็นพื้นที่ลาดชันที่ได้รับความเสียหายจากมวลน้ำแม่น้ำกกที่เพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับปริมาณน้ำฝนที่มาก ก่อนวิกฤตการณ์อุทกภัยบ้านกะเหรี่ยงรวมมิตรนับเป็นหมู่บ้านกะเหรี่ยงบ้านรวมมิตร ตั้งอยู่ริมแม่น้ำกกอยู่ในเขตเทศบาลตำบลแม่ยาว อ.เมือง ห่างจากตัวเมืองเชียงรายประมาณ 11 กิโลเมตร ชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ปลูกสับปะรด เลี้ยงสัตว์ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย และทำ “ทัวร์ช้าง” เปิดบริการนักท่องเที่ยว ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้การท่องเที่ยวจากองค์กรเอกชนและประสบความสำเร็จจากการนำช้างมาเป็นพาหนะนำเที่ยวหมู่บ้านชาวเขา ซึ่งสถานการณ์ภัยพิบัติปัจจุบันสิ่งก่อสร้างเริ่มพัง อาคารบางส่วนมีต้นไม้และเศษกิ่งไม้จำนวนมากล้มทับ ส่วนช้างที่ให้บริการนักท่องเที่ยวถูกอพยพเข้าไปเลี้ยงชั่วคราวในป่า สำหรับบ้านกะเหรี่ยงรวมมิตรมีหมู่บ้านบริวาร บ้านดอยบ่อ 1 และบ้านดอยบ่อ 2 มีประชากรทั้งหมด 2,380 คน 1,665 ครัวเรือน ประกอบไปด้วยคนพื้นเมือง ชนเผ่ากะเหรี่ยง, อาข่า, ลาหู่, ลีซอ, ม้ง และไทลื้อ (Thai PBS News ข่าวไทย ทีบีเอส 2567)

เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศของเทศบาลนครเชียงราย ตั้งอยู่ในที่ราบสูงที่ราบสูงระหว่างภูเขา พื้นที่มีลักษณะรูปกระโจมมีแม่น้ำสายสำคัญ คือ แม่น้ำกกและแม่น้ำกรณ์ไหลผ่าน ซึ่งเอื้อต่อการประกอบอาชีพที่สำคัญต่างๆ ในเมืองเชียงราย เช่น ธุรกิจการบริการการท่องเที่ยว การค้า การอุตสาหกรรม และการเกษตรกรรมของจังหวัดเชียงราย ที่บริเวณถนนพหลโยธินจังหวัดที่อยู่ทางตอนเหนือที่สุดของประเทศไทย ตั้งศาลากลางที่ตำบลเวียง อำเภอเมืองเชียงราย อาณาเขตทิศเหนือจรดแขวงเมืองสาด และแขวงท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน สาธารณรัฐสหภาพพม่า โดยมีทางหลวงแผ่นดินทะลุผ่านถึงกันทางถนนที่เชื่อมต่อไปยังประเทศพม่าที่ด่านพรมแดนแม่สาย อำเภอแม่สาย และในอนาคตที่สะพานมิตรภาพไทย-ลาว แห่งที่ 4 ถนนสาย R3A ที่อำเภอเชียงของ ส่วนทิศตะวันออกเฉียงเหนือติดต่อกับแม่น้ำโขง ทิศตะวันออกจดทิวเขาหลวงพระบางซึ่งปันเขตแดนไทยกับประเทศลาว และติดต่อกับจังหวัดพะเยา ทิศใต้กับจังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง และจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนทิศตะวันตกกับจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเรียกว่าดอยลังกาหลวงหรือดอยแม่โถ เป็นยอดเขาที่มีเส้นแดนติดกันทั้ง 3 จังหวัดบนยอดเขาจากสภาพฝนตกหนักตลอดคืน ได้เกิดน้ำท่วมบริเวณพื้นที่ ต.แม่ยาว ต.บ้านดู่ และ ต.นางแล อ.เมือง จ.เชียงราย จำนวน 3 ตำบล น้ำป่าได้ไหลจากดอยสูงเข้าท่วมบ้านเรือนประชาชน และพื้นที่การเกษตรไร่นา ต.แม่ยาว หมู่ที่ 1 2 3 6 8 9 14 17 เสียหาย 8 หมู่บ้าน ก่อนหน้านี้ย้อนไปเมื่อปี พ.ศ. 2537 เคยเกิดน้ำท่วมใหญ่เชียงราย ปัญหาคือน้ำท่วมครั้งนั้นน้ำไม่ได้ล้นมาจากลำน้ำกก แต่มาจากลำน้ำกอน โดยหนึ่งในปัจจัยคือ มีโรงนมมาสร้างในที่ดินริมตลิ่งของ 2 ฝั่งของลำน้ำกอน ทำให้แม่น้ำแคบลงและรองรับปริมาณน้ำไม่ได้เท่าเดิม น้ำจึงเอ่อล้นเข้าท่วมตัวเมือง บทเรียนจากครั้งนั้นทำให้ทางราชการเชียงราย สร้างคลองผันน้ำกก-กอน เพื่อระบายน้ำไม่ให้ท่วมเขตตัวเมือง หรือเขตเศรษฐกิจ (ประชาไท 2567)

จากการศึกษาผลกระทบของอุทกภัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต พบว่า ตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม - 13 กันยายน พ.ศ.2567 ทางกรมสุขภาพจิต ได้ประเมินสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยน้ำท่วมแล้วกว่า 21,000 คน พบว่ามีประชาชนที่ตกอยู่ในภาวะเครียดสูงถึง 521 คน เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 73 คน และ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 13 คน อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่นี้ ทำให้มีพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการสูญเสียทั้งชีวิต บ้านที่อยู่อาศัย และทรัพย์สิน มีประชาชนจำนวนมากไม่สามารถพักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนของตนเองได้ ต้องอพยพย้ายมาอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว ท่ามกลางความหวาดผวา เครียดวิตกกังวล และความรู้สึกแย่ต่างๆ ที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ (กรุงเทพธุรกิจ 2567) ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาผลกระทบของอุทกภัยที่มีผลต่อสุขภาพกาย พบว่า น้ำท่วมในระยะแรกอาจยังไม่มีเชื้อโรคมามาก แต่เมื่อกลายเป็นน้ำขังก็จะสกปรกและมีเชื้อโรคมามากขึ้น น้ำจึงเป็นที่มาของเชื้อโรคชนิดต่างๆ และหากต้องเดินย่ำน้ำแต่ละวันเป็นเวลานาน ก็จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคที่มากับน้ำท่วมมากขึ้น โรคอาเจียนกับน้ำท่วมเช่น โรคผิวหนัง โรคเท้าเปื่อย โรคอุจจาระร่วง โรคฉี่หนู โรคตาแดง และโรคไข้เลือดออก เป็นต้น (รศ.นพ.วินัย รัตนสุวรรณ 2564)

แต่ทว่าในปี พ.ศ. 2567 ตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบน้ำท่วมฉับพลันอย่างต่อเนื่องเนื่องจากภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูงสลับกับที่ลุ่มและการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและอีกหลากหลายปัจจัยอันส่งผลกระทบต่อสภาพกายและจิตใจของผู้ที่ประสบอุทกภัยเป็นอย่างสูงดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยและภาวะสุขภาพกายและจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัย ในพื้นที่หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อนำไปวางแผนฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายและจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัย ในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับความรุนแรงของน้ำท่วมกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือน้ำท่วมกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วมกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

สมมติฐาน

1. ภาวะสุขภาพกายของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
2. ภาวะสุขภาพจิตใจของประชาชนหลังประสบอุทกภัยในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับที่สูงขึ้นในแง่ของความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะ ซึมเศร้า
3. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัยของ ประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
4. ปัจจัยด้านความรุนแรงของน้ำท่วม มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัยของประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
5. ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือน้ำท่วมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพกายและ สุขภาพจิตใจหลังประสบอุทกภัยของประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) และการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568
 - 1.1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ เพศ อายุ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ศาสนา ขาดพันธุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต โรคประจำตัว และ ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม

- 1.2. ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample) ประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยและได้แจ้งข้อมูลลงทะเบียนกับทางเทศบาลตำบลแม่ยาว จำนวน 164 ครัวเรือน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดให้หัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม รวมจำนวนทั้งสิ้น 164 คน
- 1.3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล นั้นคือแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (2564) ดังนี้
 - 1.3.1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิก ในครอบครัว ศาสนา ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การรักษาหรือ รับประทานยาสำหรับโรคประจำตัว และได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
 - 1.3.2. ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรุนแรงของน้ำท่วม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของน้ำท่วมที่ และ ระยะเวลาที่น้ำท่วม
 - 1.3.3. ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับน้ำท่วม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเตรียมตัวรับมือกับ น้ำท่วมล่วงหน้า การเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไฟฉาย เรือ เสื้อชูชีพ หรือถุงยังชีพในการรับมือกับน้ำท่วมและ การเตรียมแหล่งน้ำสะอาดไว้เพียงพอสำหรับการรับมือกับน้ำท่วม
 - 1.3.4. ส่วนที่ 4 ปัจจัยการช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจาก หน่วยงานหรือชุมชนหลังจากน้ำท่วม
 - 1.3.5. ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านสุขภาพกาย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ โรคผิวหนัง โรคน้ำกัดเท้า โรคอุจจาระร่วง โรคฉี่หนู โรค ตาแดง และโรคไข้เลือดออก
 - 1.3.6. ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (Visual Analog Scale) ระดับ ความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q เกณฑ์ การแปลผล 2 Q ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q คะแนนรวม การแปลผล $9Q < 7$ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการ ของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง
- 1.4. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง เช่น การคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการแจกแจง ความถี่ (Frequency Distribution) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical Variables) ที่ อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher Exact และใช้การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ Pearson's Correlation (r) เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Interval/Ratio) และมีการแจกแจง แบบปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 195 คน พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศชาย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.7) อยู่ในช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป จำนวน 81 คน (ร้อยละ 49.4) และมีสถานภาพสมรส จำนวน 145 คน (ร้อยละ 88.4) ส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 149 คน (ร้อยละ 90.9) และนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 159 คน (ร้อยละ 79.0) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจำนวน 157 คน (ร้อยละ 95.7) และมีระดับ การศึกษาต่ำโดยไม่ได้รับการศึกษาเลย จำนวน 53 คน (ร้อยละ 32.3) ในด้านอาชีพพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือทำสวน จำนวน 71 คน (ร้อยละ 43.3) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 135 คน (ร้อยละ 82.3) ซึ่งบ่งชี้ว่าประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 104 คน (ร้อยละ 64.0) และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่ามีความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 25 คน (ร้อยละ 79.0) ทั้งนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาหรือรับประทานยาสำหรับโรคประจำตัวเป็นประจำ จำนวน 115 คน (ร้อยละ 70.2) และไม่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 162 คน (ร้อยละ 98.0)

ด้านความรุนแรงของน้ำท่วม พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลกระทบน้ำท่วม จากการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 164 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.7) อยู่ในช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป จำนวน 81 คน (ร้อยละ 49.4) ได้รับผลกระทบน้ำท่วมในระดับ สูง (น้ำท่วมทำให้ต้องอพยพออกจากพื้นที่ชั่วคราว) จำนวน 77 คน (ร้อยละ 47.0) ระยะเวลาที่ได้รับผลกระทบ มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน มีจำนวน 56 คน (ร้อยละ 34.1) ด้านการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับน้ำท่วม พบว่า ผลการวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับน้ำท่วมจากการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 164 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.7) อยู่ในช่วงอายุ 56 ปีขึ้นไป จำนวน 81 คน (ร้อยละ 49.4) ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า จำนวน 90 คน (ร้อยละ 54.9) และไม่มีอุปกรณ์เลย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.2) ไม่มีการเตรียมแหล่งน้ำสะอาดล่วงหน้า จำนวน 74 คน (ร้อยละ 45.1) การช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วม พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการช่วยเหลือและการสนับสนุนหลังน้ำท่วม จากการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 164 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.7) ได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 164 คน (ร้อยละ 100.0) ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 30.0) ภาวะสุขภาพ พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจากการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 164 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 62.7) ไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 128 คน (ร้อยละ 78.0) ในช่วง 3 เดือน ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จำนวน 128 คน (ร้อยละ 78.0) ภาวะสุขภาพจิต พบว่า จากการประเมินระดับความเครียดโดยใช้แบบสอบถาม ST-5 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด จำนวน 100 คน (ร้อยละ 61.0) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความเครียดเล็กน้อย จำนวน 63 คน (ร้อยละ 38.4) ในขณะที่มีเพียง 1 คนที่มีความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 0.6) และไม่มีผู้ที่มีความเครียดมากหรือมากที่สุด ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่สามารถรับมือกับสถานการณ์หลังประสบอุทกภัยได้ในระดับที่ดี นอกจากนี้ จากการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.0) มีอาการหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และอีก 9 คน (ร้อยละ 5.5) มีอาการเบื่อหน่ายหรือไม่เพลิดเพลินกับกิจกรรมใด ๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ต่อมาได้ส่งต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 9 คนเพื่อทำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q และพบว่าทั้งหมดได้คะแนนต่ำกว่า 7 ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่มีการของโรคซึมเศร้า หรืออยู่ในระดับน้อยมาก มากไปกว่านั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชาชนหมู่ที่ 2 บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะสุขภาพจิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (รวมถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม) ซึ่งประเมินจากความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ พบว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.416$, $df = 5$, $p\text{-value} = 0.028$) ที่ระดับ 0.05 ซึ่งบ่งชี้ว่า ระดับการศึกษาของประชาชนอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต โดยอาจเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ความเข้าใจในการรับมือกับความเครียด หรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่า ระดับการศึกษาของบุคคลอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต โดยผู้ที่มีการศึกษามากกว่าอาจมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพจิตได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะสุขภาพจิต (n=195)

ตัวแปรต้น	มีความแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า		x ²	df	Exact P-value
	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อหรือไม่				
ระดับการศึกษา	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)			
ไม่ได้เรียน	0(0.0)	54(100.0)	9.416	5	0.028
ต่ำกว่ามัธยม	2(5.1)	37(94.9)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1(3.4)	28(96.6)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0(0.0)	25(100.0)			
อนุปริญญา/ปวส.	1(7.1)	13(92.9)			
ระดับปริญญาตรี	0(0.0)	1(100.0)			

*มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P \leq 0.05$)

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 34.669$, $df = 18$, $P\text{-value} = 0.026$) ซึ่งหมายความว่า อาชีพของประชาชนในพื้นที่ อาจมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพกาย โดยอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ประกอบอาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้ง เช่น เกษตรกรรม อาจมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคผิวหนัง หรือโรคน้ำกัดเท้า อันเนื่องมาจากการสัมผัสกับน้ำและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขอนามัย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะสุขภาพกาย (n=195)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพกาย				df	Exact P-value
อาชีพ	โรคผิวหนัง	โรค น้ำ กัด เท้า	อื่นๆ	ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค		
นักเรียน/นักศึกษา	0	1	0	5	18	0.026
ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	1		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	10	1	21		
เกษตรกรรม/ทำสวน	9	4	0	58		
เกษียณ	1	0	0	2		
ว่างงาน	1	4	0	40		
อื่นๆ	0	0	0	1		

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 56 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรสและมีบุตร อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและนับถือศาสนาคริสต์ ในด้านอาชีพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือทำสวน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท สะท้อนให้เห็นถึงสถานะทางเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบมากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ทำงานกลางแจ้ง เช่น เกษตรกรรมหรือทำสวน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขอนามัยและการสัมผัสสิ่งปนเปื้อนต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ณิชาพัฒน์ ภูหาญ และ กาญจนา นาละพิน, 2566) การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจของประชาชนในพื้นที่ประสบอุทกภัยมีส่วนอย่างยิ่งในการกำหนดลักษณะงานและวิถีชีวิต ซึ่งส่งผลต่อโอกาสในการเกิดหรือป้องกันปัญหาสุขภาพกายได้แตกต่างกัน

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงอาจเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตและสามารถจัดการความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ (दनัยเทพ พันธะมา และ สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2563) สอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทใกล้เคียงกันที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่น อายุ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว ล้วนมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัย (दनัยเทพ พันธะมา และ สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2563) ทั้งนี้ การมีความรู้เพียงพอในการรับมืออุทกภัย (flood literacy) และประสบการณ์ในการเผชิญเหตุการณ์น้ำท่วมยังมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตตนเองของประชาชนด้วย (ปาณิสรา บุญยรัตกลิน และคณะ, 2565)

ในส่วนของการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชน งานวิจัยของ วิลาวรรณ คริสต์รักษา และคณะ (2557) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจสามารถเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยให้ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ประสบอุทกภัยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน พัทธรา บุญมี และ วนิดา พรหมล้า (2560) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ “การปรับตัวของประชาชน” โดยประชาชนจำเป็นต้องผสานแนวทางการยอมรับความสูญเสีย (Acceptance) การลดผลกระทบ (Mitigation) และการแสวงหาทางเลือกใหม่ (Adaptation) เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังเหตุอุทกภัย การมีส่วนร่วมของชุมชน การติดตามข่าวสาร รวมถึงการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องล้วนเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติในอนาคต

กล่าวโดยสรุป การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา ล้วนมีส่วนร่วมกันกำหนดภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนที่ประสบอุทกภัย ทั้งนี้ การออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหลังอุทกภัยจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเผชิญและฟื้นตัวจากอุทกภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว อีกทั้งควรมีการวางแผนรับมืออุทกภัยเชิงรุกมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้แก่ชุมชนในการเตรียมตัวล่วงหน้า การสร้างระบบเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเน้นย้ำเรื่องสุขอนามัยพื้นฐานในช่วงน้ำท่วม เช่น การจัดพื้นที่ปลอดภัย การจัดทำส้วมชั่วคราวที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาแหล่งน้ำดื่มสะอาด การตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการดูแลสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือโปรแกรมฟื้นฟูที่เหมาะสม หากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานปกครองท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามแนวทางเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ จะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางส่งเสริมสุขภาพกายสำหรับกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง ควรมีมาตรการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยสำหรับเกษตรกร การป้องกันโรคจากการทำงานกลางแจ้ง และการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพที่เหมาะสม

2. แนวทางสนับสนุนสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำ ควรมีการส่งเสริมความรู้และแนวทางรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน หรือการจัดกลุ่มสนับสนุนทางสังคม
3. การเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ แม้ว่าส่วนใหญ่ของประชาชนจะไม่มีอาการเครียด แต่ควรมีมาตรการป้องกัน เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น สภาพความเป็นอยู่ การสนับสนุนทางสังคม หรือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบของอุทกภัยในระยะยาวต่อสุขภาพของประชาชน
2. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตในเชิงลึก
3. ควรใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ ความรู้สึก และแนวทางการรับมือของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ

เอกสารอ้างอิง

- दनัยเทพ พันธมา และสุพัฒน์ จำปาหวาย.(2563). ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชนบ้านฝักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการ สาธารณสุขชุมชน ,3(2),1-10.สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/244017/167542>
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน และคณะ.(2565).การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเตรียมพร้อมรับมืออุทกภัยและพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารพยาบาล.วารสารพยาบาล,71(2),1-10.สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/252221/175905>
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และคณะ.(2557). ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร,20(1),1-143.สืบค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9667>
- พัชรา บุญมี และ วนิดา พรหมล้ำ.(2560).การปรับตัวของประชาชนในการป้องกันและบรรเทาอุทกภัย: กรณีศึกษาตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม,5(2),1-12.สืบค้นจาก <https://l.facebook.com/l.php>
- นิชาพัฒน์ ภูหาญ และ กาญจนา นาคะพิน (2556).การศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงจูงใจในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยใช้การจัดการเรียนรู้โครงงานเป็นฐาน สำนักวิชาบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม สืบค้นจาก <https://fulltext.rmu.ac.th/fulltext/>
- ณัฐธนพัฒน์ นนทะแก้ว และสันติ สุขสะอาด (2557) การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเตรียมพร้อมรับมืออุทกภัย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/>

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม
ตามหลักโภชนาการของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว
ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

A study of factors related to the behavior of consuming sweet, fatty, and salty foods according to the nutritional principles of the people, Village No. 3, Ban Huai Sai Khao, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province

เจนจิรา อยู่ลี¹, กัญญารัตน์ ลุงทุน¹, กัญญาณัฐ ทำของดี¹, เนตรา สมกำลัง¹,
พัชรินทร์ วินยางค์กุล¹ และวิมลมนี เมฆขำ^{1*}

Janejira Yoolue¹, Kanyarat Lungtun¹, Kanyanut Thamkhongdee¹, Netra Somkamlang¹, Patcharin Winyangkul¹
and Wimonmanee Mekkhum^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรตั้งแต่อายุ 20 ปี – 60 ปี จำนวน 265 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 5 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบไคสแคว์

ผลการวิจัยพบว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา และรายได้ กับ พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม การศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = 17.609$, $p = 0.001$) ขณะที่อาชีพมีความสัมพันธ์สูงกับการบริโภคมัน ($r = 16.405$, $p = 0.013$) และชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์สูงกับการบริโภคเค็ม ($r = 26.560$, $p = 0.001$) อีกทั้งดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าสภาพร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นบุคคลากรทางสุขภาพควรมีแนวทางเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค, อาหารหวาน, อาหารมัน, อาหารเค็ม, โภชนาการ

Abstract

This study aimed to study the consumption behavior of sweet, fatty, and salty foods according to nutritional principles and to study the factors related to the consumption behavior of sweet, fatty, and salty foods according to nutritional principles of people in Village No. 3, Ban Huai Sai Khao, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. This study was a cross-sectional descriptive study in a population aged 20-60 years, totaling 265 people. The sample group was selected by simple random sampling. Data were collected using a questionnaire consisting of 5 parts. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-squared correlation.

The results of the study found that from the analysis of the relationship between personal factors, including gender, age, status, education, occupation, ethnicity, religion, income, and the consumption behavior of sweet, fatty, and salty foods. The study found that income factor has the highest relationship with sweet consumption behavior ($r = 17.609$, $p = 0.001$), while occupation has a high relationship with fatty consumption ($r = 16.405$, $p = 0.013$), and ethnicity has a high relationship with salt consumption ($r = 26.560$, $p = 0.001$). In addition, body mass index has a significant relationship with sweet, fatty, and salty food consumption behavior ($p < 0.05$). These are indicated that physical condition and consumption behavior that may affect health. Therefore, the health care professional should have a guideline for monitoring and promoting health to prevent chronic diseases in the future.

Keywords: Consumption behavior, sweet food, oily food, salty food, nutrition

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: wimonmanee.mek@crru.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพ คนไทยมากกว่า 14 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรค NCDs มากกว่า 4.8 ล้านคนเป็นโรคเบาหวานและหลักการและเหตุผลของโรค NCD (Non-communicable Diseases) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี 2566 มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้ และทำให้มันถึงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศและทั่วโลก โรค NCD เป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, เบาหวาน, โรคมะเร็ง, และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังโรคเหล่านี้มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สะสมต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด หรือความเครียดเรื้อรังปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร: การทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน และมะเร็งการขาดการออกกำลังกาย: การนั่งทำงานหรือเรียนมากเกินไปทำให้เกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์: ส่งผลให้เกิดมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังสภาวะแวดล้อมการมีมลภาวะทางอากาศหรือปัจจัยทางสังคมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแนวโน้มการเกิดโรค NCD ในปี 2566 อัตราการเกิดโรค NCD ในประเทศไทยและทั่วโลกยังคงสูงขึ้นในปี 2566 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิต การขาดการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และการขยายตัวของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคหัวใจ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงจากพฤติกรรมที่ไม่ดีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโรค NCD เป็นภาระทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล, การสูญเสียผลผลิตจากการทำงาน, และการลดคุณภาพชีวิตของประชาชนการป้องกันและการควบคุมโรค NCD จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชนมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค NCD การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการลดการสูบบุหรี่การสร้างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการตรวจสุขภาพเชิงรุกการจัดตั้งระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ทั่วถึงและเหมาะสมกระทรวงสาธารณสุข (สาธารณสุข 2566) รายงานเกี่ยวกับโรค NCD ในประเทศไทยรายงานจากองค์กรสุขภาพต่างๆ ที่ติดตามสถานการณ์โรค NCD และพัฒนาการในการแก้ไขปัญหา. (World Health Organization: WHO) จัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2555 กับ ปี พ.ศ. 2558 จาก 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีอัตรา การเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะบุคคลในช่วงอายุ 30-69 ปี โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานจาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสน ประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ต่อแสนประชากร

จากรายงานกองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2566) ในปี พ.ศ. 2553 - 2561 พบอัตราตายปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ ต่อประชากร 100,000 คน ในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปีจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรค ประกอบด้วย โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีแนวโน้มลดลง จาก 131.79 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 112.76 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 14.44 เมื่อพิจารณาความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี พบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 14.75 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 12.70 ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 13.89 เมื่อพิจารณา รายโรคร่วมกับปีที่มีการเสียชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2561 พบว่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตสูงสุดใน โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ ร้อยละ 7.3 ร้อยละ 4.0 ร้อยละ 1.3 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551 - 2552 เป็น

ร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.68 เช่นเดียวกันกับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551 - 2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 จากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 - 2566 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558- 2560 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราลดลง ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 และกลับมาเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564- 2566 เช่นเดียวกันกับอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 - 2566 พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียน จำนวน 3 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2.2 ล้านคน ทำให้ มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวาน เฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 6 ล้านคน เป็นผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ จำนวน 3.5 ล้านคน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ชอบทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม เป็นประจำ การมีภาวะเครียด และมีกิจกรรมทางกาย ที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรคได้ หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการและ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา มาตรการป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลดความชุกของโรค NCDs ในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการศึกษา** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) และการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568
 - 1.1. **ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย** ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ เพศ อายุ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ศาสนา ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต โรคประจำตัว และ ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม
 - 1.2. **ประชากร (Population)** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มประชาชนทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 60 ปี ที่อาศัยใน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาวตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 740 คน (ข้อมูลจากสำนักทะเบียน เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย ณ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567)

- 1.3. กลุ่มตัวอย่าง (Sample)** ได้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเทียบตารางของ Krejcie & Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.5 (5%) จึงได้มาซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน และทำการสุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Probability Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในลักษณะการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากบ้านเลขที่หมู่ 3 ในพื้นที่ตำบลแม่ยาว
- 1.4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** คือแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามมาตรฐานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2567) ดังนี้
- 1.4.1. ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เพศ อายุ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ศาสนา ชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - 1.4.2. ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต โรคประจำตัว
 - 1.4.3. ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคหวาน จำนวน 10 ข้อ มีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ทุกวัน/เกือบทุกวัน = 3 คะแนน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย = 1 คะแนน
 - 1.4.4. ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคมัน จำนวน 10 ข้อ มีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ทุกวัน/เกือบทุกวัน = 3 คะแนน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย = 1 คะแนน
 - 1.4.5. ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม จำนวน 10 ข้อ มีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ทุกวัน/เกือบทุกวัน = 3 คะแนน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย = 1 คะแนน
- 1.5. การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลปัจจัยและพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยใช้แจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Pearson correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 คน (ร้อยละ 53.6) พบว่าช่วงวัยทำงานอายุ 25 ปี – 59 ปี จำนวน 179 คน (ร้อยละ 74.3) สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 198 คน (ร้อยละ 74.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.จำนวน 76 คน (ร้อยละ 28.7) อาชีพพบว่าประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (รายวัน,รายชั่วโมง) จำนวน 142 คน (ร้อยละ 53.6) ชาติพันธุ์พบว่าส่วนใหญ่ชาติดิปลินธุ์อาข่า จำนวน 168 คน (ร้อยละ 63.4) ศาสนาส่วนใหญ่เป็นศาสนาคริสต์ จำนวน 170 คน (ร้อยละ 64.2) จำนวนสมาชิกส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 5 คน จำนวน 78 ครัวเรือน (ร้อยละ 29.4) ช่วงรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000บาท จำนวน 130 คน (ร้อยละ 49.1) น้ำหนักพบว่าน้ำหนัก 50 กิโลกรัม จำนวน 29 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนสูงพบว่าส่วนใหญ่ส่วนสูง 160 เซนติเมตร จำนวน 33 คน (ร้อยละ 12.5) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่พบว่าค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 124 คน (ร้อยละ 46.8) เพศชายส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวปกติ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 32.5) เพศหญิงส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวปกติ จำนวน 89 คน (ร้อยละ 33.6) ความดันโลหิตส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับเหมาะสม จำนวน 203 คน (ร้อยละ 76.7) และโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 140 คน (ร้อยละ 52.8) พบว่ามีภาวะโรคร่วม คือ เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพร้อมกันจำนวน 35 คน (ร้อยละ 13.2) ผลการวิเคราะห์ตามระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง (11–20 คะแนน) จำนวน 168 คน (ร้อยละ 63.4) รองลงมาเป็นระดับความเสี่ยงสูง (21–30 คะแนน) จำนวน 97 คน (ร้อยละ 36.6) พฤติกรรมการบริโภคมันของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง (11–20 คะแนน) จำนวน 144 คน (ร้อยละ

54.3) รองลงมาเป็นระดับความเสี่ยงสูง (21–30 คะแนน) จำนวน 120 คน (ร้อยละ 45.3) และมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.4) ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (1–10 คะแนน) และพฤติกรรมกรรมการบริโภคเค็มของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง (11–20 คะแนน) จำนวน 186 คน (ร้อยละ 70.2) รองลงมาเป็นระดับความเสี่ยงสูง (21–30 คะแนน) จำนวน 77 คน (ร้อยละ 29.1) และน้อยที่สุดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (1–10 คะแนน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8) ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูงในด้านการบริโภคหวาน มัน และเค็ม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา และรายได้ กับ พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน และเค็ม พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานสูงสุด โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 17.609$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.001$) แสดงว่า บุคคลที่มีรายได้แตกต่างกัน อาจมีแนวโน้มการบริโภคหวานที่ต่างกัน อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมันสูงสุด โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 16.405$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.013$) ซึ่งบ่งชี้ว่า อาชีพที่แตกต่างกันอาจมีพฤติกรรมการบริโภคมันที่ต่างกัน เนื่องจากอาชีพการทำงานที่ต่างกัน อีกทั้งชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็มสูงสุด โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 26.560$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.001$) แสดงว่าการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านวัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละชาติพันธุ์ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 0.162$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.008$) แสดงว่า บุคคลที่มีน้ำหนักและส่วนสูงสูงขึ้น อาจมีแนวโน้มบริโภคหวานมากขึ้น ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 0.202$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < .001$) บ่งชี้ว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงขึ้น อาจมีแนวโน้มเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงมากขึ้น อีกทั้งดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม โดยมีค่าสหสัมพันธ์ $r = 0.161$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.009$) แสดงว่าการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอาจเกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัวและส่วนสูงของบุคคล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคหวานของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน	r	P-value
ชาติพันธุ์	10.313	.003*
ศาสนา	9.802	.002*
รายได้	17.609	.001*

*มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P \leq 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชาติพันธุ์ ศาสนา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = 10.313$, $P\text{-value} = .003$) ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = 9.802$, $P\text{-value} = .002$) และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = 17.609$, $P\text{-value} = .001$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคมัน ของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน	r	P-value
อายุ	8.900	.011*
สถานภาพ	11.839	.006*

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน	r	P-value
การศึกษา	13.968	.014*
อาชีพ	16.405	.013*
ชาติพันธุ์	13.401	.001*
ศาสนา	13.015	.001*
รายได้	7.720	.048*

*มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P \leq 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 8.900$, $P\text{-value} = .011$) สถานภาพ (สถานภาพสมรส) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 11.839$, $P\text{-value} = .006$) อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 16.405$, $P\text{-value} = .013$) ชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 13.401$, $P\text{-value} = .001$) และ ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 13.015$, $P\text{-value} = .001$)

ตารางที่ 3 การหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการบริโภคเค็มของประชาชน หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลเมียวยาว จังหวัดเชียงราย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม	r	P-value
อายุ	7.348	.025*
การศึกษา	11.008	.049*
อาชีพ	14.241	.032*
ชาติพันธุ์	26.560	.001*
ศาสนา	24.832	.001*
รายได้	14.378	.002*

*มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P \leq 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม ($r = 7.348$, $P\text{-value} = .025$) อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 14.241$, $P\text{-value} = .032$) ชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = 26.560$, $P\text{-value} = .001$) ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม ($r = 24.832$, $P\text{-value} = .001$) และ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม ($r = 14.378$, $P\text{-value} = .002$)

สรุปอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม ตามหลักโภชนาการของประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว ตำบลเมียวยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าพฤติกรรมการบริโภคหวานของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพงษ์ วงวิริยะ และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.90) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติ และระดับการศึกษาของ

ผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานสูงสุด ($r = 18.063$, $P\text{-value} = .001^*$) ซึ่งแสดงว่าระดับรายได้ของประชากรมีผลต่อแนวโน้มการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง อาจเนื่องมาจากความสามารถในการเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงที่แตกต่างกันตามระดับรายได้ นอกจากนี้ ชาติพันธุ์ ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = 12.605$, $P\text{-value} = .001^*$) กลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันอาจมีพฤติกรรมการบริโภคหวานที่แตกต่างกัน เช่น บางชาติพันธุ์อาจนิยมบริโภคอาหารที่มีหวานสูงเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการกิน หรืออาจมีการประกอบอาหารที่ใช้หวานเป็นหลัก และพฤติกรรมการบริโภคเค็ม ($r = 33.542$, $P\text{-value} = .001^*$) ซึ่งบ่งชี้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันอาจมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากปัจจัยทางวัฒนธรรมและพฤติกรรมการบริโภคที่ถ่ายทอดกันมาในชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ จุฑามาศ เมืองมูล (2560) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ และมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมในขณะที่ผลการศึกษาของ สุธานาด สนแย้ม (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้แก่ ทศนคติด้านโภชนาการ แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชากรในพื้นที่ศึกษานี้ด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ของ สกุนา กันหาสุระ (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงในผู้ใหญ่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เพศ รายได้ต่ำ (ต่ำกว่า 5000 บาทต่อเดือน) ดัชนีมวลกายสูง และระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารโซเดียมต่ำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่พบว่าชาติพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญในการบริโภคเค็ม แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของพื้นที่และประชากรกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค จากผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนร่างกาย ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งหวาน มัน และเค็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคหวาน มีค่าสหสัมพันธ์ $r = .179$, $P\text{-value} = .003^*$ พฤติกรรมการบริโภคมัน มีค่าสหสัมพันธ์ $r = .269$, $P\text{-value} = .001^*$ และพฤติกรรมการบริโภคเค็ม มีค่าสหสัมพันธ์ $r = .117$, $P\text{-value} = .003^*$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีน้ำหนักและส่วนสูงสูงชัน อาจมีแนวโน้มในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการและความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับ อนงค์ คำตัน (2566) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะโภชนาการเกิน โดยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มปรุงรส เช่น เกลือ ผงชูรส และเครื่องดื่มปรุงรสในอาหาร เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการบริโภคโซเดียมสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็มสูง ผ่านการจัดอบรมและสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน
2. ปรับปรุงนโยบายด้านอาหารสุขภาพ เช่น การสนับสนุนให้มีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมต่ำในพื้นที่ชุมชน
3. พัฒนาโครงการลดการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือโรค NCDs

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค เช่น การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับความตระหนักรู้ด้านโภชนาการ
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบในประชากรกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ หรือประชากรในเขตเมือง เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน



3. ควรใช้วิธีการศึกษาเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- อนงค์ คำตัน, วันเฉลิม ฤทธิมนต์, & สุรางค์รัตน์ พ้องพาน. (2566). ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชากรวัยทำงานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) ตำบลเวียงเหนือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน [รายงานการวิจัย/วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- กันต์วิรุฬห์ พลูปราชนุญ. (2563). พฤติกรรมและความต้องการทางด้านผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร.
- จุฬามาศ เมืองมูล. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย].
- นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, มณฑกานติ ตระกูลดิษฐ์, และอำนาจ คำยาดิ. (2556). พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประพิมพ์พร ฉัตรานุกุลชัย. (2563). ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคไขมัน และผลกระทบจากการบริโภค. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. (2565). การกินอาหารหวาน มัน เค็มสูง เสี่ยงต่อโรค NCDs. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- สโรชิน สมพงษ์พันธุ์ และคณะ. (2565). พฤติกรรมการบริโภคอาหารบุคลากร. สำนักงานศรีนครินทร์เวชสารฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุธานาถ สนแย้ม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย, วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น].
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2565). รายงานการวิเคราะห์สารอาหารของอาหารและเครื่องดื่มในแอปพลิเคชันอาหารออนไลน์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม. เข้าถึงได้จาก <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/eat-test>
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ & กานดา จันทรแย้ม. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่: ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการ [รายงานการวิจัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- วสุนธรา รตโนภาส & ตรรกพร สุขเกษม. (2565). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลคลองพิไกร อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- วิชิตพงษ์ วงศ์เรือน. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ



ความดันโลหิตสูงในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

วิชิตพงษ์ วงศ์เรือน. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตใน อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง: ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดัน

โลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
Factors Associated with Basic Vaccination Uptake for Children Aged 0 to 5
Years at Mae Yao Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang District,
Chiang Rai Province

วีรพงศ์ สมคำ¹, ศิริทิพย์ เขาวนเกษม¹, เอื้ออารีย์ ไชยชนะ¹, จุตามาต เมืองมูล¹, วิมลมนี เมฆขำ¹ และ อนุสรุ บุญจิตร์^{1*}

Weerapong Somkham¹ Sirinthip Chaokasem¹, Auaree Chaichana¹, Jutamas Muangmool¹,
Wimonmanee Olivia Mekkhum¹ and Anusara Boonjit^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional study) เพื่อศึกษาการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 508 คน และทำการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 246 คน สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อต่อการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมต่อการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก และส่วนที่ 6 ประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ และใช้สถิติ Chi-square เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .019

ผลการศึกษา พบว่าเด็กส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 98.8) และ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนอยู่ในระดับสูง จำนวน 244 คน (ร้อยละ 99.2) มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนอยู่ในระดับสูง จำนวน 245 คน (ร้อยละ 99.6) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานพบว่าปัจจัยเสริมในหัวข้อเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและรณรงค์และให้ความรู้ผู้ปกครองที่จะเป็นสาเหตุของการนำเด็กไปรับวัคซีนพื้นฐานต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐาน, ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐาน, การเข้ารับวัคซีนพื้นฐาน, วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study to examines the uptake of basic vaccines for children aged 0 to 5 years at Mae Yao Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang District, Chiang Rai Province, as well as identifies factors associated with vaccine uptake among children in this age group. The study sample consisted of parents of children aged 0 to 5 years who lived within the hospital's service area. The total population was 508 individuals. The sample size was determined using Taro Yamane's formula, which yielded a sample of 246 individuals, selected through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire divided into six sections: 1) Personal information, 2) Knowledge of basic vaccines for children, 3) Beliefs about vaccine uptake for children, 4) Enabling factors for vaccine uptake, 5) Reinforcing factors for vaccine uptake, and 6) Vaccination history of children aged 0 to 5 years. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, to examine personal factors. The Chi-square test was used to analyze factors associated with vaccine uptake, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that the majority of children (98.8%) had received all required basic vaccines appropriate for their age. Most parents had a high level of knowledge about vaccines (244 individuals, 99.2%) and a high level of belief in vaccine importance (245 individuals, 99.6%). Analysis revealed that the reinforcing factor of receiving vaccine-related information from public health officers was significantly associated with vaccine uptake a significance level of 0.05. Therefore, the findings from this research can be utilized by relevant organizations to promote awareness, conduct campaigns, and educate parents in order to encourage timely basic vaccination of their children.

Keywords : Knowledge about basic vaccines, Beliefs about basic vaccines, Basic vaccination uptake, Basic vaccines for children aged 0–5 years

¹สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Community Public Health Program, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: anurz429227@gmail.com

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาอย่างได้ผลดียิ่งเป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความคุ้มค่ามากที่สุด แต่ประเทศไทยก็ยังมีโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปีพ.ศ.2561 เด็กกลุ่มอายุ 1-2 ปี มีการได้รับวัคซีน วัณโรค(BCG) ร้อยละ 99.8 ได้รับวัคซีน ตับอักเสบบี (HB) ร้อยละ 99.6 ได้รับวัคซีน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก (DTP) ร้อยละ 96.5 ได้รับวัคซีน หัด หัดเยอรมัน คางทูม(MMR) ร้อยละ 96.1 ได้รับวัคซีน โปлио(IPV,OPV) ร้อยละ 88.4 ในเด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี มีดังนี้ : ได้รับวัคซีน คอตีบ, ไอกรณ, บาดทะยัก (DTP) 4/โปลิโอ (OPV) 4 ร้อยละ95.3 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจอี(JE1-2/LAJE1) ร้อยละ 96.9 ในเด็กกลุ่มอายุ 3-4 ปี ได้รับวัคซีน วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม2/(MMR2) ร้อยละ 86.6 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจอี(JE1-3/LAJE1-2) ร้อยละ 95.1ในเด็กกลุ่มอายุ 5-6 ปี ได้รับวัคซีน คอตีบ, ไอกรณ, บาดทะยัก(DTP) 5/ โปลิโอ (OPV)5 ร้อยละ 87.2 ตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดจากวัคซีนในการป้องกันและ ควบคุมโรค โดยเพิ่มกลุ่มเป้าหมายผู้รับวัคซีนและเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค,2561) หากไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด จะส่งผลกระทบต่อเด็กอายุ 0 – 5 ปี เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเด็กทารกจนถึงขวบปีแรก เพราะเป็นช่วงที่เด็กมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคสูง โดยวัคซีนจะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค อีกทั้งยังช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการสมวัย

จากการเก็บข้อมูลของเทศบาลแม่ยาวในปี 2566 พบว่าด้านประชากรเด็กมีเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กครบถ้วนและได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 508 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูล ระบุเหตุผลว่า ไม่แน่ใจ ร้อยละ 19.2 รองลงมา ได้แก่ สาเหตุอื่นๆ เช่น ความ เชื่อ ผู้ปกครองไม่ยินยอม หรือ กลัวเด็กป่วย ร้อยละ 14.5 จำวนผิดไม่ได้ร้อยละ 13.7 ไม่ว่างและไม่มีความเข้าใจ ร้อยละ 12.7 เด็กไม่สบาย ร้อยละ 10.7 และไม่เห็นประโยชน์ของวัคซีน ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ (เทศบาลตำบลแม่ยาว,2567) และปัญหาในเดินทางไปรับวัคซีนที่สถานบริการเนื่องจากพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาวมีลักษณะซับซ้อน ภูมิประเทศส่วนมากเป็นภูเขาและป่า (จากการลงสำรวจพื้นที่) จะส่งให้มีปัจจัยหลายอย่างที่ไม่สามารถพาเด็กเข้ารับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์อายุได้ และด้วยเหตุนี้การที่เจ้าหน้าที่จะเข้าไปลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้เรื่องวัคซีนยาก ไม่ทั่วถึง และแม่ยายยังมีกลุ่มชนชาติพันธุ์อีก 6 ชนชาติพันธุ์เลยยากต่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่งการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กอายุ0-5ปี เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากวัคซีนพื้นฐานช่วยป้องกันเด็กจากโรคติดเชื้อร้ายแรง เช่น โรคหัด คอตีบ ไอกรณ โปลิโอ ไวรัสตับอักเสบบี และโรคอื่นๆ ที่อาจทำให้เด็กเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้รวมถึง สร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ลดอัตราการแพร่ระบาดของโรค และเสริมการพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานของเด็กอายุ 0-5 ปีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ0-5 ปีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ทางการศึกษาการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง พัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของจังหวัดเชียงรายต่อไป โดยพื้นที่แม่ยายนั้นในเดินทางไปรับวัคซีนที่สถานบริการเนื่องจากพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาวมีลักษณะซับซ้อน ภูมิประเทศส่วนมากเป็นภูเขาและป่า และประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ และมีความเชื่อว่าการได้รับวัคซีนนั้นเหมือนคือการนำเชื้อโรคเข้าสู่ตัวเด็กและอาจทำให้เด็กป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเป็นหลักในครัวเรือนอายุ 0 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 508 คน (ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ, ตำบลแม่ยาว, 2567)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยการการคำนวณหาขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณโดยสูตร Taro Yamanae ได้ 224 คนที่ระดับความเชื่อมั่น และระดับการคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวน 246 คน

การสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยวิธีการใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นแบบสอบถามแบบเช็คลิสต์ (Checklist)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก (ด้านปัจจัยนำเข้า) จำนวน 11 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และเป็นคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ คำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน และนำคะแนนที่ได้แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากแนวคิดการแบ่งระดับคะแนนหลักเกณฑ์ของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540) ดังนี้

ระดับความรู้น้อย	หมายถึง ร้อยละ 0 – 59	(0.00 – 7.00 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ 60 – 79	(7.10 – 9.40 คะแนน)
ระดับความรู้มาก	หมายถึง ร้อยละ 80 – 100	(9.50 – 11.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก (ด้านปัจจัยนำเข้า) จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 1 ข้อ และข้อความเชิงลบ 8 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือก ตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงลบ ดังนี้ เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3 คะแนน การแบ่งระดับความเชื่อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยความกว้างของแต่ละช่วงในคำนวณจากสูตรดานิล (Danile, 1995 : 19) ดังนี้ ได้ค่าเท่ากับ 0.67 จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน จัดระดับความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐาน

ความเชื่อที่สนับสนุนวัคซีนพื้นฐานระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67
ความเชื่อที่สนับสนุนวัคซีนพื้นฐานระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34
ความเชื่อที่สนับสนุนวัคซีนพื้นฐานระดับสูง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการบริการการรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ระยะทางในการมารับวัคซีน อาการข้างเคียงภายหลังการรับวัคซีน เป็นแบบสอบถาม 3 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ และอธิบายเหตุผลเป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยเสริม ประกอบไปด้วย การได้รับความรู้ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวัคซีนและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การกระตุ้นติดตามจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อมูลข่าวสารหรือรณรงค์เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นแบบสอบถาม 3 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ และอธิบายเหตุผลคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 6 ประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก โดยจะดูจากการบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) เป็นหลัก เพื่อตรวจสอบว่าได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานครบถ้วนตามเกณฑ์อายุหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1) การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) จากการนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.5 - 1

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นรายฉบับ มีค่า 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดย สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดย (Descriptive Statistics) ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0 - 5 ปี

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน (คิดเป็นร้อยละ 79.) ช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 118 คน (คิดเป็นร้อยละ 48) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 163 คน (คิดเป็นร้อยละ 66.3) มีความสัมพันธ์กับเด็กคือ แม่ จำนวน 167 คน (คิดเป็นร้อยละ 67.9) ระดับการศึกษามีระดับมัธยมศึกษา จำนวน 92 คน (คิดเป็นร้อยละ 37.4)

ผลการวิเคราะห์ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 244 คน (ร้อยละ 99.2) และเมื่อจำแนกตามข้อคำถามส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 10 กรณีมีประวัติแพ้ยา ควรแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนรับบริการ จำนวน 243 คน (ร้อยละ 98.8) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กพบว่าส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง จำนวน 245 คน (ร้อยละ 99.6) และเมื่อจำแนกตามข้อคำถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ตอบมากที่สุดคือ ข้อ 7 เด็กที่ดื่มนมแม่ไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก จำนวน 245 คน (ร้อยละ 99.6)

ผลการวิเคราะห์ประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อายุ 0 - 5 ปีตามเกณฑ์อายุ

ผลการวิเคราะห์ประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อายุ 0 - 5 ปีตามเกณฑ์อายุ พบว่าประวัติการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์อายุ ครบตามเกณฑ์อายุ (คิดเป็นร้อยละ 98.8) และ ไม่ครบตามเกณฑ์อายุ (คิดเป็นร้อยละ 1.2)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐานพบว่าส่วนใหญ่ตอบมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านมีความพึงพอใจในการรับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 246 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) รองลงมาคือ ระยะทางในการเดินทางไปรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กเป็นอุปสรรคหรือไม่ จำนวน 166 คน (คิดเป็นร้อยละ 67.4)



ร้อยละ 67.5) และ น้อยที่สุดคือเด็กมีอาการข้างเคียงภายหลังการรับวัคซีนหรือไม่ จำนวน 151 คน (คิดเป็นร้อยละ 61.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยเอื้อต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n = 246)

ปัจจัยเอื้อ	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านมีความพึงพอใจในการรับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	246 (100)	0 (0)
2. ระยะเวลาในการเดินทางไปรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กเป็นอุปสรรคหรือไม่	80 (32.5)	166 (67.5)
3. เด็กมีอาการข้างเคียงภายหลังการรับวัคซีนหรือไม่	95 (38.6)	151 (61.4)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมต่อการเข้าวัคซีนพื้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐานพบว่าส่วนใหญ่เคยถูกติดตามการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ร้อยละ 84.6 รองลงมาเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ร้อยละ 83.3 และน้อยที่สุด คือ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ร้อยละ 26.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยเสริมต่อการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n = 246)

ปัจจัยเสริม	เคย	ไม่เคย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กหรือไม่ (ไม่เคยข้ามไปข้อ 2)	205 (83.3)	41 (16.7)
1.1 โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	195 (95.1)	10 (4.9)
1.2 ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	178 (86.8)	27 (13.2)
2. ท่านเคยถูกติดตามการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในพื้นที่หรือไม่	208 (84.6)	38 (15.4)
3. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กหรือไม่	66 (26.8)	180 (73.2)
3.1 แผ่นพับ/ใบปลิว	0 (0)	66 (100)
3.2 วิทยู/โทรทัศน์	0 (0)	66 (100)
3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	42 (63.7)	24 (36.3)
3.4 อสม.	58 (87.8)	8 (12.2)



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=246)

ปัจจัยเสริม	การได้รับวัคซีน		ค่าสถิติ χ^2	P-value
	ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบตาม เกณฑ์		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยนำ				
เพศ				
ชาย	50 (20.6)	1 (33.3)	0.293	0.504
หญิง	193 (79.4)	2 (66.7)		
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	8 (3.3)	0 (0)	0.815	0.936
21 – 30 ปี	116 (47.7)	2 (66.7)		
31- 40 ปี	79 (32.5)	1 (33.3)		
41 – 50 ปี	19 (7.8)	0 (0)		
51 ปีขึ้นไป	21 (8.6)	0 (0)		
ศาสนา				
พุทธ	162 (66.7)	1 (33.3)	1.572	0.456
คริสต์	79 (32.5)	2 (66.7)		
อิสลาม	2 (0.8)	0 (0)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
พ่อ	42 (17.3)	1 (33.3)	7.991	0.110
แม่	166 (68.3)	1 (33.3)		
ปู่ย่า/ตายาย	24 (9.9)	0 (0)		
ป้า/ลุง	5 (2.1)	0 (0)		
น้า/อา	6 (2.5)	1 (33.3)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	28 (11.5)	0 (0)	5.090	0.622
ประถมศึกษา	29 (11.9)	0 (0)		
มัธยมศึกษา	90 (37)	2 (66.7)		
อนุปริญญา/ปวส.	35 (14.4)	1 (33.3)		
ปริญญาตรี	60 (24.7)	0 (0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.4)	0 (0)		
ระดับความรู้การเข้ารับวัคซีน				
ระดับน้อย	0 (0)	0 (0)	0.012	0.988
ระดับปานกลาง	2 (0.8)	0 (0)		
ระดับสูง	242 (99.2)	3 (100)		
ระดับความเชื่อการเข้ารับวัคซีน				
ระดับน้อย	0 (0)	0 (0)	0.012	0.911
ระดับปานกลาง	1 (0.4)	0 (0)		
ระดับสูง	242 (99.6)	3(100)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=246)(ต่อ)

ตัวแปร	การได้รับวัคซีน		ค่าสถิติ χ^2	P-value
	ครบตามเกณฑ์ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยเอื้อ				
ท่านมีความพึงพอใจในการรับบริการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ใช่	242 (96.6)	3 (100)	0.012	0.911
ไม่ใช่	1 (0.4)	0 (0)		
ระยะทางในการเดินทางไปรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กเป็นอุปสรรคหรือไม่				
ใช่	79 (32.5)	1 (33.3)	0.001	0.976
ไม่ใช่	164 (67.5)	2 (66.7)		
เด็กมีอาการข้างเคียงภายหลังการรับวัคซีนหรือไม่				
ใช่	93 (38.3)	1 (33.3)	0.045	0.978
ไม่ใช่	150 (61.7)	2 (66.7)		
ปัจจัยเสริม				
ท่านเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก				
เคย	204 (84)	1 (33.3)	5.467	0.019*
ไม่เคย	39 (16)	2 (66.7)		
- โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน				
เคย	195 (95.1)	1 (33.3)	0.051	0.822
ไม่เคย	10 (4.9)	0 (0)		
- ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน				
เคย	178 (86.8)	1 (33.3)	0.051	0.822
ไม่เคย	27 (13.2)	1 (33.3)		
ท่านเคยถูกติดตามการฉีดวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในพื้นที่หรือไม่				
เคย	178 (86.8)	1 (33.3)	0.051	0.822
ไม่เคย	27 (13.2)	1 (33.3)		
ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กหรือไม่				
เคย	66 (26.8)	0 (0)	1.137	0.566
ไม่เคย	180 (73.2)	3 (100)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยเสริมในหัวข้อเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = .019$

สรุป อภิปรายผล

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กับกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 92 คน (คิดเป็นร้อยละ 37.4) เด็กที่เข้ารับวัคซีนพื้นฐานอายุ 0 - 5 ปี ครบตามเกณฑ์อายุถึงร้อยละ 98.8 โดยทางด้านปัจจัยนำพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนในระดับสูง ร้อยละ 99.2 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ รุสนา ดอแม้ง (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลในการนำบุตรหลานอายุ 0 - 5 ปีรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน ของผู้ปกครอง จังหวัดปัตตานี และสอดคล้องกับงานวิจัยของคุณชาชูดิน ดายะ และคณะ (2561) เรื่องประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี สืบเนื่องจากผู้ปกครองในพื้นที่แม่ยาวได้รับความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กจากอสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีวันวัคซีนคือวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 ของทุกๆ เดือน จึงทำให้ผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีนมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก อยู่ในระดับสูงร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ปกครอง อายุ 21 - 30 ปี จำนวน 118 คน (คิดเป็นร้อยละ 48) ซึ่งสามารถสืบค้นและรับรู้ของการได้รับวัคซีน จึงทำให้ระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก ส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรกร คอนจันงค์ และคณะ (2565) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา สืบเนื่องจากผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีนพื้นฐานนั้น ส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสูง และเชื่อว่า หากเด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและเชื่อว่าถ้าเด็กได้รับวัคซีนพื้นฐานแล้วจะทำให้เด็กร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรค จึงทำให้ผู้ปกครองนำเด็กเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กครบตามเกณฑ์อายุ

ผลการวิเคราะห์พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมการเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอแม้ง (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลในการนำบุตรหลานอายุ 0 - 5 ปีรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน ของผู้ปกครอง จังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยเสริมเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ สืบเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ จำนวน 167 คน (คิดเป็นร้อยละ 67.9)ซึ่งมีความตระหนักในการดูแลบุตร จึงส่งผลต่อการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก และผู้ปกครองในพื้นที่แม่ยาวได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม.เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลก่อนที่จะฉีดยานั้นเจ้าหน้าที่จะแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัคซีนและบอกว่าวันนี้จะฉีดยาวัคซีนอะไรบ้างและหลังฉีดยาเสร็จเจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ปกครองว่าให้นำเด็กมารับวัคซีนครั้งถัดไปวันไหนตามใบนัด จึงทำให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก และนำเด็กเข้ารับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กครบตามเกณฑ์อายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลแม่ยาวสามารถนำ ผลการศึกษาไปเป็นแนวทางการส่งเสริมและรณรงค์เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนและนำเด็กมาเข้ารับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ
2. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลแม่ยาวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลหรือปัจจัยเสริม คือการที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัคซีนพื้นฐานจะทำให้ผู้ปกครองพาเด็กมารับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์อายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตพื้นที่ในการศึกษาไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เนื่องจากครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย

เอกสารอ้างอิง

- รุสนา ดอแม้ง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปีรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัด
ปัตตานี. *วารสารสุขภาพและสาธารณสุข*, 2(2), 45-56
- ชำชุนิน ดายะ. (2561). ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี. *วารสารสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1), 12-25
- ชลดา เพ็ชรไทย. (2566). การประเมินคุณภาพและตรวจติดตามสายพันธุ์ย่อยของวัคซีนปัสสาวะพิษพิษ Tokyo 172-1 ที่
ผลิตโดยสถานเสาวภา สภากาชาดไทย. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 58(3), 112-126
- เขมณียา ปาโพ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัด
เชียงราย. *วารสารควบคุมโรค*, 49(4), 89-102.
- ณศมน วรณลภากร. (2561). ผลระยะยาวของการให้วัคซีนไคกรอนชนิดเต็มเซลล์หรือไร้เซลล์ในเด็กทารกที่คลอดจาก
มารดาที่ได้รับวัคซีนไคกรอนขณะตั้งครรภ์. *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- เดือนใจ นุชเทียน. (2566). การสำรวจความครอบคลุมของการรับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีน Covid-19 ในกลุ่มเด็กข้ามชาติ
อายุไม่เกิน 12 ปี ในพื้นที่เศรษฐกิจภาคตะวันออก. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(2), 55-71
- เทศบาลตำบลแม่ยาว. (2567, 26 สิงหาคม). ข้อมูลประชากรเด็กอายุ 0-5 ปีในเทศบาลตำบลแม่ยาว. จาก
<https://maeyao.go.th/>
- พัชรกร คอนจันงค์. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดนครราชสีมา.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 16(1), 33-47
- สวัสต์ อภิวิชญ์. (2562). ปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการ
สาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพและสาธารณสุข*, 2(2), 78-90
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). รณรงค์เด็กไทยรับวัคซีนพื้นฐานให้ครบ สร้างภูมิคุ้มกันทุกช่วง
วัยสุขภาพดี. จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2567). ตารางการให้วัคซีนในเด็กไทย. จาก
<https://cimjournal.com/special-articles/2567-pediatric-id-vaccines/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). สำรวจประชากรเด็กอายุ 0-6 ปี ในประเทศไทย. จาก https://nhso.gdcataset-rg_11_04/
- อาทิตยา สมโลก. (2566). เื่อนไขที่เอื้อต่อความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้ารับวัคซีนในเด็กแรกเกิด-12 ปีในจังหวัดปัตตานี.
วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 14(2), 45-60.

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Knowledge Attitudes and Waste Separation Behavior of Residents in Ban Dong Charoen Community, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province.

พิชชาพร ขระเชื่อน¹, ปทุมทิพย์ เทิดพุทธคุณ¹, พรทิพา ยานะสุทธิ¹, เมธาวี แสนชาติ¹, พิณภูริณีย์ จิตคำ¹,
พัชรินทร์ วินยางค์กุล¹ และ อนุสรรา บุญจิตร^{1*}

Pitchaphorn Krakuan¹, Pathumthiphy Thoedphuttakhun¹, Pornthipa Yanasut¹, Methawee Saenkhat¹,
Pinatthinee Jitkham¹, Phatcharin Winyangkul¹ and Anursara Boonjit^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนหมู่บ้านดงเจริญและเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะเวลาตั้งแต่เดือนกันยายน – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 และหาค่าความตรง (IOC) ต้องได้ค่า 0.5 ขึ้นไปค่าที่ได้ 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าที่ได้ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ One-way ANOVA และ Scheffe

ผลการวิจัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2 ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกขยะอยู่ในระดับสูง จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 และพฤติกรรมการคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 และผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารของบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การคัดแยกขยะ, ความรู้การคัดแยก, ทักษะการคัดแยกขยะ, พฤติกรรมการคัดแยก

Abstract

This study employed a cross-sectional design with the objectives of (1) investigating the knowledge, attitudes, and practices regarding municipal waste separation among residents of Dongcharoen Village, and (2) comparing the knowledge, attitudes, and practices regarding waste separation among residents of different affiliated villages. The sample comprised 285 households selected through stratified random and systematic random sampling methods. Data were collected using a structured questionnaire between September 2024 and February 2025. The validity of the questionnaire, evaluated by the Index of Item-Objective Congruence (IOC), achieved a value of 0.80, exceeding the acceptable threshold of 0.5. The reliability of the instrument, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was 0.75. Data were analyzed using a statistical software package. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were employed. Inferential statistics were conducted using One-way ANOVA and Scheffé's method to test for group differences.

The results revealed that the level of knowledge about waste separation was high among 256 households (97.2%). The attitude toward waste separation was also at a high level among these households (89.8%). Additionally, waste separation behavior was found to be at a high level among 215 households (75.4%). Furthermore, a comparison of knowledge, attitudes, and waste separation behavior among residents of different surrounding villages of Dong Charoen Village, Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province, revealed statistically significant differences at the 0.05 level.

Keywords: Waste separation, Knowledge of waste separation, Attitude toward waste separation, Waste separation behavior

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Community Public Health Program, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: anurz429227@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ สาเหตุเนื่องมาจากประชากรในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น ชุมชนก็เพิ่มขึ้น ทำให้ขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2566 พบว่าประเทศไทยมีขยะมูลฝอยประมาณ 26.95 ล้านตันต่อปี ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 9.31 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 10.17 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.47 ล้านตัน ในปี พ.ศ.2565 มีปริมาณขยะมูลฝอย 25.70 ล้านตันต่อปี ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.80 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 9.80 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.10 ล้านตัน และในปี พ.ศ.2564 มีปริมาณขยะมูลฝอย 24.98 ล้านตันต่อปี ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 7.89 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 9.28 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.81 ล้านตัน ภาคเหนือในปี พ.ศ.2566 มีปริมาณขยะมูลฝอย 1.67 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 0.56 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 0.56 ล้านตัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 0.55 ล้านตัน จังหวัดเชียงรายมีขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ.2566 เกิดขยะมูลฝอย 874.00 ตันต่อวัน ปี พ.ศ.2565 เกิดขยะมูลฝอย 930.00 ตันต่อวัน และในปี พ.ศ.2564 เกิดขยะมูลฝอย 834.00 ตันต่อวัน หลายแห่งไม่มีพื้นที่สำหรับใช้กำจัดขยะมูลฝอยด้วยการนำไปเทกองกลางแจ้งหรือเผากลางแจ้งซึ่งไม่ถูกต้อง หลักสุขาภิบาลนอกจากนี้ประชาชนยังขาดองค์ความรู้และจิตสำนึกเกี่ยวกับปัญหาและการจัดการขยะมูลฝอยจึงเพิ่มขึ้นทุกปีทำให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ถ้าขาดการจัดการที่เหมาะสมอาจเกิดผลกระทบต่อชุมชนที่ผู้นอนอาศัยอยู่ทำให้เกิดการปล่อยให้ขยะตกค้างหรือเน่าเปื่อยในพื้นที่ชุมชน อาจกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส แมลงวัน หนู และยุง ซึ่งเป็นพาหะนำโรคภัยร้ายแรง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจ ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมขยะที่ไม่ถูกคัดแยก เช่น พลาสติกหรือขยะมีพิษ ที่รั่วไหลลงสู่แหล่งน้ำหรือสิ่งแวดล้อมธรรมชาติสามารถทำลายระบบนิเวศ บันทอนแหล่งอาหารธรรมชาติ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การไม่คัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางทำให้ต้นทุนการจัดการขยะเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากต้องมีการคัดแยกภายหลังหรือกำจัดขยะรวมที่มีต้นทุนสูงกว่าการรีไซเคิล นอกจากนี้ขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น พลาสติก โลหะ หรือเศษอาหาร จะสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจไปโดยเปล่าประโยชน์ และในพื้นที่ที่เข้าไปศึกษาถึงขยะแยกสีไม่เพียงพอต่อพื้นที่ในหมู่บ้านมีเพียงหนึ่งจุดทำให้เกิดปัญหาในการคัดแยกขยะและประชาชนในชุมชนก็จะไม่เกิดทักษะการคัดแยกขยะ (กรมควบคุมมลพิษ, 2566)

บ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 628 ครัวเรือน มีปริมาณขยะมูลฝอยของครัวเรือนละ 2.835 เฉลี่ยต่อครัวเรือน ทำให้ปริมาณขยะต่อวันเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงขยะไม่เพียงพอในครัวเรือนหรือไม่ การขาดความรู้การคัดแยกขยะก่อนทิ้งและพื้นที่ในการจัดการขยะในชุมชนไม่เพียงพอต่อความต้องการ และในชุมชนอาจจะขาดแนวทางการจัดการขยะในชุมชน ทำให้มีปัญหามลพิษเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมและการคัดแยกขยะและเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมคัดแยกขยะของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและสร้างแนวทางในการทางการส่งเสริมการคัดแยกขยะมูลฝอยในบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมคัดแยกขยะของประชาชนในชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารของบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมคัดแยกขยะและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายมีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้แทนครัวเรือนของประชาชนที่อยู่อาศัยเป็นประจำในชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 628 ครัวเรือน (เทศบาลตำบลแม่ยาว, 2567)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้แทนครัวเรือนของประชาชนที่อยู่อาศัยเป็นประจำในชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรของ (Taro Yamane) หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 ได้จำนวน 265 คน

การสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ด้วยการแบ่งจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 265 คน ออกเป็น 4 หมู่บ้านบริวาร โดยแบ่งตามสัดส่วนของครัวเรือนในหมู่บ้านบริวาร

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้บ้านเลขที่ จัดเรียงไว้แล้วกำหนดหมายเลขหรือการสุ่มหรือช่วงการห่างได้ บ้านดงเจริญ มีจำนวนครัวเรือน 628 ต้องการ กลุ่มตัวอย่าง 265 ช่วงห่างการสุ่ม $628/265 = 2$ วิธีการสุ่ม คือ จับฉลากจุดเริ่มต้นแล้วนับไปทีละ 2 หน่วยเป็นตัวอย่างที่สุ่มได้ตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ชาติพันธุ์และหมู่บ้านบริวาร การวิเคราะห์ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย จำนวน 14 ข้อ มีให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยข้อคำถามที่ตอบใช่ = 1 คะแนน ข้อคำถามที่จะตอบ ไม่ใช่ = 0 คะแนน (Bloom, 1967)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Likert, 1967) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นปานกลาง ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, เห็นด้วย = 2 คะแนน, เห็นปานกลาง = 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 4 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

3.68 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	ระดับทัศนคติสูง
2.34 – 3.67 คะแนน	หมายถึง	ระดับทัศนคติปานกลาง
1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง	ระดับทัศนคติต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้งและไม่เคย โดยข้อคำถามที่ตอบ ทุกครั้ง = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน นานๆ ครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

3.68 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมมาก
2.34 – 3.67 คะแนน	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมปานกลาง
1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1) การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) จากการนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.5 - 1

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน
2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ มีค่า 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สถิติ One-way ANOVA และ Scheffe' ($p < 0.05$) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามของหมู่บ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 171 คน (คิดเป็นร้อยละ 60.0) อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี จำนวน 135 คน (คิดเป็นร้อยละ 47.4) ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 155 คน (คิดเป็นร้อยละ 54.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 131 คน (คิดเป็นร้อยละ 46.0) มีอาชีพค้าขาย/รับจ้าง จำนวน 176 คน (คิดเป็นร้อยละ 61.8) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน จำนวน 115 คน (คิดเป็นร้อยละ 40.4) เป็นชาติดินดำจำนวน 189 คน (คิดเป็นร้อยละ 66.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=285)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	171	60.0
หญิง	114	40.0
ช่วงอายุ		
14-20 ปี	4	1.4
21-40 ปี	57	20.0
41-59 ปี	135	47.4
60 ปีขึ้นไป	89	31.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	155	54.4
ประถมศึกษา	67	23.5
มัธยมต้น	40	14.0
มัธยมปลาย/ปวช.	13	4.6
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.0
ปริญญาตรี	7	2.5
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	37	13.0
ต่ำกว่า 5,000	131	46.0
5,001 – 10,000	88	30.9
10,001 – 15,000	12	4.1
15,001 – 20,000	7	2.5



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=285)	ร้อยละ
มากกว่า 20,001	10	3.5
อาชีพ		
รับราชการ	4	1.4
รัฐวิสาหกิจ	11	3.9
ค้าขาย / รับจ้าง	176	61.8
เกษตรกร	37	13.0
นักเรียน/นักศึกษา	3	1.0
อื่นๆ.	54	18.9
สมาชิกในครัวเรือน		
1-2 คน	50	17.5
3-4 คน	115	40.4
5-6 คน	78	27.4
4-7 คนขึ้นไป	42	14.7
ชาติพันธุ์		
ลาหู่	1	0.7
อาข่า	189	66.5
ชนพื้นราบ	93	32.8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ระดับความรู้การคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก จำนวน 277 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 97.2 ระดับทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 และระดับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารของบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารของบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในหมู่บ้านบริวาร บ้านดงเจริญที่ต่างกัน โดยใช้ One-way ANOVA

ปัจจัย		SS	DF	MS	F	P-value
ความรู้การคัดแยกขยะมูลฝอย	ระหว่างกลุ่ม	0.096	3	0.032	3.860	0.01*
	ภายในกลุ่ม	2.340	281	0.008		
ทักษะการคัดแยกขยะมูลฝอย	ระหว่างกลุ่ม	3.497	3	1.166	6.834	0.000**
	ภายในกลุ่ม	47.936	281	0.171		
พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย	ระหว่างกลุ่ม	8.374	3	2.791	7.253	0.000*
	ภายในกลุ่ม	108.145	281	0.385		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) *** ($p < 0.000$)



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’

	ค่าเฉลี่ย	บ้านดงเจริญ	บ้านห้วยปูเจริญ	บ้านสันเจริญ	บ้านใหม่เจริญ
		12.89	13.21	13.02	12.57
บ้านดงเจริญ	12.89	-	0.04*	0.13	1.00
บ้านห้วยปูเจริญ	13.21	0.04*	-	0.83	0.20
บ้านสันเจริญ	13.02	0.13	0.83	-	0.44
บ้านใหม่เจริญ	12.57	1.00	0.10	0.44	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’ พบว่า มี 1 คู่ คือ บ้านดงเจริญ กับ บ้านห้วยปูเจริญ ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกันที่มีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.4$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’

	ค่าเฉลี่ย	บ้านดงเจริญ	บ้านห้วยปูเจริญ	บ้านสันเจริญ	บ้านใหม่เจริญ
		43.12	41.70	40.59	39.82
บ้านดงเจริญ	43.12	-	0.005**	0.12	0.004**
บ้านห้วยปูเจริญ	41.70	0.005**	-	0.45	0.89
บ้านสันเจริญ	40.59	0.12	0.45	-	0.21
บ้านใหม่เจริญ	39.82	0.004**	0.89	0.21	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’ พบว่า มี 2 คู่ คือ บ้านดงเจริญ กับ บ้านห้วยปูเจริญ บ้านห้วยปูเจริญกับบ้านใหม่เจริญที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญที่แตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’

	ค่าเฉลี่ย	บ้านดงเจริญ	บ้านห้วยปูเจริญ	บ้านสันเจริญ	บ้านใหม่เจริญ
		36.45	39.71	40.42	38.68
บ้านดงเจริญ	36.45	-	0.02*	0.000**	0.43
บ้านห้วยปูเจริญ	39.71	0.02*	-	0.93	0.92
บ้านสันเจริญ	40.42	0.000**	0.93	-	0.63
บ้านใหม่เจริญ	38.68	0.43	0.92	0.63	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบริวารแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe’ พบว่า มี 2 คู่ คือ บ้านดงเจริญ กับ บ้านห้วยปูเจริญและบ้านดงเจริญ กับ

บ้านสันเจริญ ที่มีพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านบวรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 และระดับ 0.01 ตามลำดับ

สรุป อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าระดับความรู้การคัดแยกขยะอยู่ในระดับมากร้อยละ 97.2 ระดับทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 89.8 และระดับพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ ศรีมณี และ โชติ บดีรัฐและคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตตำบลท่าเยี่ยม อำเภอสาละวิน จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัยพบว่า ผลด้านความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ผลด้านทักษะในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง และผลด้านพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, นิชา ประดังถาโต และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนในชุมชนบ้านสระโคก จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผลด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ด้านทักษะอยู่ในระดับดีมาก และด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สืบเนื่องจาก ในพื้นที่ที่ศึกษาบ้านดงเจริญ (บ้านบวร) ทางเทศบาลจะเข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยและได้นำถังขยะ 5 สี นำมาวางไว้แต่ละจุดของบ้านดงเจริญ (บ้านบวร) และคนในชุมชนร่วมมือกันในการคัดแยกขยะมูลฝอย จึงทำให้ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 59 ปี ซึ่งสามารถหาความรู้ข้อมูลได้ ทำให้ความรู้เพิ่มมากขึ้นจนส่งผลต่อทัศนคติทำให้เกิดพฤติกรรมคัดแยกขยะได้อย่างถูกต้อง

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนในหมู่บ้านที่แตกต่าง ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยระหว่างหมู่บ้านที่ต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยระหว่างหมู่บ้านที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิวรรณ บุญแสงโท, สุรัสวดี นางแล และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ความรู้ของกลุ่มคนพื้นราบและความรู้ของกลุ่มชาติพันธุ์ ค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สืบเนื่อง จากในพื้นที่บ้านดงเจริญเป็นชนพื้นราบ มีแกนนำอาสาสมัครเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยและทางเทศบาลสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าบ้านห้วยปูเจริญที่เป็นชาติพันธุ์ เนื่องจากการใช้ภาษาที่เข้าถึงยากและในบ้านห้วยปูเจริญอาสาสมัครไม่เพียงพอต่อประชากรในบ้านห้วยปูเจริญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลตำบลแม่ยาว สามารถนำผลวิจัยที่ได้จากการศึกษาพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยและแนวทางการส่งเสริมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนบ้านดงเจริญ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในชุมชนต่อไป
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ไปวางแผนพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ
3. หน่วยงานเทศบาลควรเพิ่มถังขยะที่มีการระบุประเภทที่ชัดเจนในพื้นที่ชุมชน เพื่อให้ประชาชนสะดวกสบายในการคัดแยกขยะมูลฝอยในเบื้องต้นและควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งพื้นที่ส่วนกลางเป็นสถานที่เก็บรวบรวมขยะมูลฝอย เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากขยะมูลฝอย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาการรับรู้การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลแม่ยาว
3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลแม่ยาว



เอกสารอ้างอิง

- การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Determining the sample size by the Yamane's formula.). สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 กรกฎาคม 2567. จาก https://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
- กนกวรรณ ศรีมณี และ โชติ บัณฑิต (2565). การศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนใน เขตตำบลท่าเยียม อำเภอสาเกเหล็ก จังหวัดพิจิตร. *Journal of Modern Learning Development*, 7(5), 166-178.
- กัญธณิศา วัฒนพานิชกุล. (2563). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตเทศบาลนครสมุทรสาครจังหวัด สมุทรสาคร. *วารสารสหศาสตร์*, 19(2), 55-72.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2566). ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของภูมิภาค. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567. จาก https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2024/05/pcdnew-2024-05-09_07-53-50_682275.pdf
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2567). ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องการจัดการมูลฝอย. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567. จาก https://www.dla.go.th/upload/template/tempNews/2567/4/78508_1.pdf
- ทฤษฎีการเรียนรู้ Bloom (Bloom's Taxonomy). อ้างอิงใน ขวาล แพร่ตฤกล ได้จำแนกออกเป็น 3 ด้าน. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567. จาก <http://www.edu.nu.ac.th/researches/admin/upload/53404111152055is.pdf>
- บทที่ 3 การดำเนินงานวิจัย ทฤษฎีการเรียนรู้ Likert. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567. จาก http://etheses.psru.ac.th/libirpsru/sites/default/files/site/http://etheses.psru.ac.th/libirpsru/sites/default/files/site/default/thesis/ch3-_6.pdf
- ธนวรรณ ตรีศุนย์, จันทรเพ็ญ เจริญทรัพย์. (2564). การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหาร ส่วนตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารมณีเศรษฐาราม วัดจอมมณี*, 1(2), 22-29.
- ธีรวรรณ บุญโทแสง, สุรัสวดี นางแล และคณะ. (2561). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะ ของชาวบ้าน ในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย*, 11(3), 369-378
- ปริญญา ตรีธัญญา. (2565). แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยในโรงเรียนบ้านป่าหวาย ตำบลตาตทอง อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 11(2), 31-46.
- ศักดิ์ศรี สืบสิงห์, นิธินาถ อุดมสันต์, สุกิมล บุญพอก. (2563). การศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนในพื้นที่ตำบล ท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *Research and Development Journal, Loei Rajabhat University*, 15(51), 80-90.
- ศุภกิจ ศรีสำราญ, สาธินี ศิริวัฒน์, อภิรติ วั่งคะฮาด, จักรกฤษณ์ พลราชม. (2565). พฤติกรรมและปัจจัย เชิงสาเหตุในการ จัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 46-59.
- ศศิวิมล จันทร์มาลี, พัชรินทร์ แต่งอ่อน และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติก่อนการจัดการขยะมูล ฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 150-165.
- ศิริวรรณ พันธุ์ยางน้อย, จตุรงค์ บุญรัตนสุนทร. (2563). แนวทางการส่งเสริมชุมชนปลอดขยะบ้านหัวช้าง ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *Journal of Social Synergy*, 10(2), 76-85.
- สิริวัฒน์ आयुวัฒน์, นิชา ประตังถาโต และคณะ. (2562). ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการคัดแยกขยะมูลฝอย ครัวเรือนในชุมชนบ้านสระโคก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*. 8, 1 (ม.ค. 2020), 68-78.
- เทศบาลตำบลแม่ยาว. (2566). เทศบัญญัติเทศบาลแม่ยาว การจัดการขยะมูลฝอย. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2567. จาก <https://www.maeyao.go.th/department/download-detail.php?type=590&dep=9>
- เทศบาลตำบลแม่ยาว. (2567). ข้อมูลหมู่บ้านและจำนวนประชากร. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2567. จาก <https://www.maeyao.go.th>

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Preparation for Entering the Elderly Age of Middle-Aged Adults in Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province.

อริศรา อุดมพันธ์^{1*}, สายฝน สุภาศรี¹, รวิพรดิ พูลลาภ² และวรัญญา มณีรัตน์²
Arisara Udompan^{1*}, Saiphon Supasri¹, Rawipat pullarp² and Waranya Maneerat²

บทคัดย่อ

การเตรียมตัวให้ทันต่อการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ช่วยให้พึ่งตนเองให้นานที่สุดจนถึงบั้นปลายชีวิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 45 – 59 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 400 คน โดยวิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่มและแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยเลือกบ้านที่มีที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี อาศัยอยู่จากทะเบียนประชากรของเขตเทศบาลตำบลนางแล เครื่องมือในการวิจัยที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก ที่พัฒนาขึ้นโดยมีการวิเคราะห์และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45$, S.D. = 0.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านชำระหนี้สินปัจจุบันของท่าน ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.594) รองลงมา คือ ท่านจัดบ้านและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองทั้งในปัจจุบัน และเพื่ออนาคตข้างหน้า ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.605) ท่านทำบัญชีรายรับและรายจ่ายของท่าน และ ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของท่าน ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.614) ส่วนการเตรียมความพร้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.849) และท่านสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.868) ตามลำดับ การเตรียมพร้อมรับมือกับวัยสูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ, กลุ่มวัยกลางคน, ผู้สูงอายุ

^{1,2} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

^{1,2} Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: aom248653@gmail.com

Abstract

Preparing for quality aging is essential to enable individuals to maintain self-reliance for as long as possible throughout their lives. This study aimed to investigate the preparedness for aging among middle-aged individuals in Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The data were collected between June 2024 and February 2025. The sample consisted of 400 participants aged 45–59 years residing in the Nang Lae municipality area. Participants were selected using a stratified and simple random sampling method based on the municipal population registry. The research instruments included a general information questionnaire and a questionnaire on aging preparedness, which assessed readiness at three levels: low, moderate, and high. The content validity index of the questionnaire was 0.90, and the reliability coefficient was 0.73. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that most participants had a moderate level of preparedness for aging ($\bar{x} = 2.45$, S.D. = 0.11). The highest average score was for the item “You have repaid your current debts” ($\bar{x} = 2.67$, S.D. = 0.594), followed by “You have arranged your home and living environment to suit both your current and future needs” ($\bar{x} = 2.60$, S.D. = 0.605), and “You record your income and expenses” and “You participate in activities with your family” ($\bar{x} = 2.60$, S.D. = 0.614). The lowest average scores were for “You consume alcoholic beverages” ($\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.849) and “You smoke cigarettes” ($\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.868). These findings highlight the importance of aging preparedness to ensure good physical and mental health and to enhance the quality of life in later years.

Keywords: Ageing Preparation, Middle-Aged, Elderly.

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณร้อยละ 10.40 (กรมสุขภาพจิต, 2564) โดยสังคมสูงวัยเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.00 (Thailand Bureau of Congresses and Exhibitions (TCEB), 2019) เมื่อเข้าสู่ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนครอบครัวสามรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.00 (อาทิตย์ เคนมี, 2560) ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.00 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนในช่วง 50 ปี ที่ผ่านมา และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.00 ของประชากร) อีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก อัตราการเพิ่มประชากรจะลดต่างจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เฉลี่ยร้อยละ 4.00 ต่อปี ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.00 ต่อปี (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2564) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบต่อนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรใน การตอบสนองความต้องการของประชาชนในประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) นอกจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ รวมถึงเศรษฐกิจของประเทศ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการแพทย์ มีความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีการพัฒนาทางการแพทย์ พยาบาล และมีนวัตกรรมใหม่ทั้งรักษาโรค และควบคุมโรคระบาด การบำรุงร่างกาย ให้มีสุขภาพแข็งแรงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ง่ายขึ้น รวดเร็ว ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร จากนโยบายวางแผนครอบครัวให้มีบุตรน้อยลง เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจเปลี่ยนไป การมีบุตรมากอาจก่อให้เกิดภาระเพิ่มขึ้น และเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ ทำให้บางประเทศที่มีนโยบายวางแผนครอบครัว มีผลทำให้อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็ว หรือตัวอย่างที่เห็นได้ชัด อย่างกรณีประเทศจีนที่มีนโยบายควบคุมการมีบุตร ซึ่งเห็นผลได้อย่างรวดเร็วทำให้อัตราการเกิดลดลงและผลที่ตามมาทำให้จีนเป็นประเทศหนึ่งี่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (พรณรงค์ อยู่คง และพัฒน์พันธ์ เขตต์กัน, 2562) การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทั้งทางด้านบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดสังคมสูงวัยที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สิทธิชัย ใจขาน และคณะ, 2565) ดังนั้น ประชากรก่อนวัยสูงอายุต้องเร่งตระหนักโดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อประชากรก่อนวัยสูงอายุในสังคมมีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพ และความพร้อมในระดับบุคคล ก็จะสามารถช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งต้องเริ่มเตรียมความพร้อมในขณะที่ร่างกาย ยังมีความสมบูรณ์ แข็งแรง จากข้อมูลประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราส่วนของประชากรที่มีอายุ 45 – 59 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 คิดเป็นร้อยละ 23.16, 23.25 และ 23.26 ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2568) หากไม่มีการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุจะถือเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งโดยมีเป้าหมายอยู่ที่การประสบความสำเร็จและความสุขในชีวิต เริ่มสาเหตุที่ต้องการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราการใช้บริการสูงเป็น 2 เท่าของทุกกลุ่มอายุ เมื่อดูข้อมูลการรับบริการ

ผู้ป่วยนอกอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 6.33 ครั้ง/คน/ปี ขณะที่กลุ่มอายุทั่วไปจะอยู่ที่ 3.53 ครั้ง/คน/ปี โดยปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่จำนวน 63.96 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 38.22 ของจำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกทุกกลุ่มอายุ ส่วนการรับบริการผู้ป่วยในอัตราเฉลี่ย อยู่ที่ 0.22 ครั้ง/คน/ปี ขณะที่กลุ่มอายุทั่วไปอยู่ที่ 0.13 ครั้ง/คน/ปี โดยปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่จำนวน 2.17 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนการรับบริการผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2568) และถ้าต้องพักรักษาตัวที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (เนอร์ซิงโฮม) ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของการดูแลที่บ้าน และการรักษาที่โรงพยาบาลค่าใช้จ่ายจะเพิ่มเป็น 3 เท่า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบางหนึ่งในสามของผู้สูงอายุ มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียว หรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนในปี 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปี ข้างหน้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน (เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์, วริยา บุญทอง และ เสาวลักษณ์ ท้วมเจริญ, 2564)

จากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสถานการณ์ที่กล่าวมา หากไม่มีการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยทำงานตอนปลายเข้าสู่วัยผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวและวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้น บุคคลเหล่านี้จะกลายเป็นประชากรสูงอายุที่เป็นภาระพึ่งพิงของสังคมและรัฐ ในการดูแลและส่งผลกระทบโดยรวมต่อเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในจังหวัดเชียงรายมีการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนค่อนข้างน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการเตรียมความพร้อมเพื่อสู่วัยผู้สูงอายุ ที่จะประโยชน์ให้ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมบุคคลก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 8,706 คน (กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐานประชากร จังหวัดเชียงราย, 2567)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) จำนวนหมู่บ้านของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทั้งหมดจำนวน 16 หมู่บ้าน 2) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย คำนวณโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาด ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายจากการวิจัยเป็น 400 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) แลแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเลือกบ้านที่มีที่มีอายุตั้งแต่ 45 – 59 ปี อาศัยอยู่จากทะเบียนประชากรของเขตเทศบาลตำบลนางแลตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่ด้วยการเทียบสัดส่วน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย และการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ภาวะสุขภาพ ลักษณะครอบครัว ที่พักอาศัย

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับปรุงจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิตสูงอายุ โดยใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงบวก	
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	3 คะแนน	
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน	
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน	

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 นำไปใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ประเมินค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วย การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) มีค่าเท่ากับ 0.73

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้

3.1 ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ใหญ่วัย 60 ปีขึ้นไปในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

3.2 ประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อนัด วัน/เวลา ที่ชัดเจนและเหมาะสม เพื่อนพแบบสอบถามเข้าไปถามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้แล้ว โดยสอบถามความยินดีให้ความร่วมมือ

3.3 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตรวจสอบคำตอบให้ครบถ้วน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 209 คน ร้อยละ 52.2 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี (โดยมีอายุเฉลี่ยโดยประมาณ 52 ปี)นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 310 คน ร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่จะมีสถานะภาพสมรส จำนวน 78 คน ร้อยละ 69.5 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 220 คน ร้อยละ 55.0 ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร จำนวน 148 คน ร้อยละ 37.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 140 คน ร้อยละ 35.0 สภาพทางการเงินส่วนใหญ่พบว่า เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 192 คน ร้อยละ 48.0 และมีหนี้สิน จำนวน 255 คน ร้อยละ 63.7 ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 270 คน ร้อยละ 67.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 229 คน ร้อยละ 57.2 และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง จำนวน 400 คน ร้อยละ 100.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาข้อมูลด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน จำแนกตามระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน (n = 400)

ระดับการเตรียมความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (3 คะแนน)	173	43.2
ระดับปานกลาง (2 คะแนน)	227	56.8
รวม	400	100.0

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาข้อมูลด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน พบว่า ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45$, S.D. = 0.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านชำระหนี้สินปัจจุบันของท่าน ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.594) รองลงมา คือ ท่านจัดบ้านและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเองทั้งในปัจจุบัน และเพื่ออนาคตข้างหน้า ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.605) และท่านทำบัญชีรายรับและรายจ่ายของท่าน และ ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของท่าน ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.614) ส่วนการเตรียมความพร้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.849) และท่านสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.868) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ	ระดับปฏิบัติการ			$\bar{X}$	S.D.
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. ท่านศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ เช่น การอ่าน บทความ การดูสื่อ โทรทัศน์การฟังรายการวิทยุ เป็นต้น	192 (48.0)	208 (52.0)	-	2.48	0.500
2. ท่านรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการและเหมาะสมตามวัย	219 (54.8)	181 (45.8)	-	2.55	0.498
3. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ต่อวัน	179 (44.8)	221 (55.3)	-	2.45	0.498
4. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที	205 (51.2)	140 (35.0)	55 (13.8)	2.38	0.715
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	142 (31.0)	107 (26.8)	169 (42.3)	1.89	0.849
6. ท่านสูบบุหรี่	127 (31.8)	92 (23.0)	181 (45.3)	1.86	0.868
7. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรเงินเพื่อให้เพียงพอในวัยสูงอายุ ได้อย่างไม่เดือดร้อนหรือสร้างความลำบากแก่ลูกหลาน	221 (55.3)	151 (37.8)	28 (7.0)	2.48	0.625
8. ท่านออมเงินไว้เป็นหลักประกันของตนเองเพื่อใช้จ่ายยามประสบ ปัญหาหรือสุขภาพ	223 (55.8)	177 (44.3)	-	2.56	0.497
9. ท่านจัดบ้านและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเองทั้งในปัจจุบัน และเพื่ออนาคตข้างหน้า	251 (62.7)	137 (34.3)	12 (3.0)	2.60	0.549
10. ท่านชำระหนี้สินปัจจุบันของท่าน	293 (73.3)	81 (20.3)	26 (6.5)	2.67	0.954



การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ระดับปฏิบัติการ			$\bar{X}$	S.D.
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)		
11. ท่านทำบัญชีรายรับและรายจ่ายของท่าน	164 (66.0)	111 (27.8)	25 (6.3)	2.60	0.605
12. ท่านสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านและเพื่อน ในวัยเดียวกัน	245 (61.3)	130 (32.5)	25 (6.3)	2.55	0.611
13. ท่านใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพ ร่างกายและเศรษฐกิจของท่าน	245 (61.3)	130 (32.5)	25 (6.3)	2.47	0.561
14. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับงานอดิเรกที่ท่านชอบ	201 (50.2)	186 (46.5)	13 (3.3)	2.49	0.571
15. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนของท่าน	212 (53.0)	173 (43.3)	15 (.38)	2.53	0.620
16. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของท่าน	241 (60.3)	132 (33.0)	63 (6.8)	2.60	0.614
รวม				2.45	0.11

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 45-59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จะมีสถานะภาพสมรส และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ 10,001 - 15,000 บาท สภาพทางการเงินส่วนใหญ่ พบว่า เพียงพอไม่เหลือเก็บ และมีหนี้สิน ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง โดยมีบางส่วนที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กริช เกียรติญาณ และ ธนัสสา โรจนตระกูล (2564) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 216 คน อายุ 55-59 ปี รายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท สถานภาพสมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และอาชีพเกษตรกร

ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน จำแนกตามระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45$, S.D. = 0.11) สอดคล้องกับการศึกษาของ (สิทธิชัย ใจขาน และคณะ, 2565) ที่ศึกษา การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอเวียงชัย จังหวัดดอยสะเก็ด พบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุบ้างแล้ว แต่เป็นการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่ายังไม่เห็นถึงผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่จะตามมาต่อการดำเนินชีวิต จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษากับกริช เกียรติญาณ และ ธนัสสา โรจนตระกูล (2564) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อม

เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากบริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งหน่วยงานที่ดูแลกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัยของตำบลควรมีการส่งเสริมกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนให้ตรงตามบริบทพื้นที่ หากประชาชนมีการเตรียมความพร้อมที่ดี อาจสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุได้ดีมากขึ้น

ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยกลางคน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านข้าราชการหนี้สินปัจจุบันของท่าน ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.594) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีหนี้สิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิทธิชัย ใจขาน, สุภาณี จันทศิริ, รัชณี ชุมเงิน, ธีระวัฒน์ พิมพ์ชาย และอรรถพงษ์ ฤทธิพิศ (2565) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหนี้สิน ร้อยละ 71.30 เป็นหนี้จากการกู้ยืมกองทุนหมู่บ้าน ร้อยละ 43.80 รองลงมา คือ การกู้ยืมธนาคาร ร้อยละ 27.80 รองลงมา คือ ท่านจัดบ้านและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเองทั้งในปัจจุบัน และเพื่ออนาคตข้างหน้า ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.605) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกริช เกียรติญาณ และ ธนัสภา โรจนตระกูล (2564) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.558$, S.D. = .400) ส่วนด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.298$, S.D. = .569) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็นตัวเอง ทำให้เกิดความสนใจในการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม (2562) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่อยู่อาศัย จากการศึกษาผู้วิจัยมองว่าการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัย ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทำให้มีความสะดวกในการดำรงชีวิต และลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ อาทิ ลดพื้นที่ต่างระดับ เพิ่มแสงสว่าง เพิ่มราวจับ เป็นต้น และท่านทำบัญชีรายรับและรายจ่ายของท่าน และ ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของท่าน ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.614) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของวชากร นพนรินทร์ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ได้แก่ การได้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ($\bar{X} = 2.16$, S.D. = 0.495) จะเห็นว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านครอบครัว อาจส่งผลให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1974) อ้างใน (ชากร นพนรินทร์, 2563) ได้เสนอว่า สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจจะเป็นแรงผลักดันหรือกำลังใจให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการได้สำเร็จ ส่วนการเตรียมความพร้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.849) และท่านสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.89$, S.D. = 0.868) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ (สิทธิชัย ใจขาน และคณะ, 2565) ที่ศึกษา การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในวัยแรงงานและประกอบอาชีพเกษตรกร มีแนวโน้มการเข้าร่วมสังคมและเกิดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ จึงควรมีการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่อายุน้อยให้กับประชาชนอย่างรอบด้าน เนื่องจากการเตรียมตนเองให้พร้อมอย่างรอบด้านจะต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและมีความเกี่ยวข้องระหว่างการเตรียมความพร้อมในแต่ละด้าน เพื่อการส่งเสริมภาวะพลุดพลังของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการเตรียมความพร้อมควรเริ่มตั้งแต่ก่อนวัยเกษียณ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาวัฒนธรรมและบริบทแต่ละท้องถิ่นในการปรับแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การเตรียมความพร้อมก่อนวัยเกษียณแต่ละช่วงวัยอายุให้เหมาะสม
2. ควรมีการจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่ประชาชนสามารถเข้าร่วมได้ เช่น สุขภาวะด้านร่างกาย สุขภาวะด้านจิตใจ สุขภาวะด้านเศรษฐกิจ สุขภาวะด้านสังคม สุขภาวะด้านสติปัญญา และสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่หลากหลาย สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นคุณค่า มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมสำหรับการเตรียมความพร้อม
3. ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการออม หรือการลงทุนเพื่อผลกำไรในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการเข้าถึงข้อมูลนโยบายสาธารณะของชุมชน และการพัฒนากระบวนการประชาสัมพันธ์ข้อมูลระหว่างองค์กรของรัฐกับภาคประชาชน
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุเปรียบเทียบในแต่ละอาชีพ เพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ที่มีบริบทและวัฒนธรรมแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (30 ตุลาคม 2564). วันสู่สังคม “คนชรา” 5 จังหวัด? คนแก่ เยอะสุด-น้อยสุด. https://www.dmh.go.th/news_dmh/view.asp?id=30453
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). กลุ่มรายงานมาตรฐานประชากรจังหวัดเชียงราย. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ รายปี สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2567, สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- กริช เกียรติญาณ และ ธนัสภา โจนตระกูล. (2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. *Journal of Modern Learning Development*. 6(2), 59-74.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
- ชากร นพนรินทร์. (2563). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย). มหาวิทยาลัยนเรศวร, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.

- พรณรงค์ อยู่คง และพัฒน์พันธ์ เขตต์กัน. (2562) การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในเขต
อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวามัญองแหรภพทศศาสตรปริทรศน์*. 6(2). 13-27.
- เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์, วริยา บุญทอง และ เสาวลักษณ์ ท้วมเจริญ. (2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัย
ผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(2). S218-S227.
- สิทธิชัย ใจขาน, สุภาณี จันทศิริ, รัชนี ชุมเงิน, อีระวัฒน์ พิมพ์ชาย และ อรรถพงษ์ ฤทธิพิศ. (2565). การ
เตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัด
อุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 31(4). 587-597.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564) *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง* (พ.ศ. 2560-2564). http://www.nesdb.go.th/ewtdl_link.php?nid=642
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (1 พฤษภาคม 2568). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร*.
กระทรวงแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย.
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/stat/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (1 พฤษภาคม 2568). การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไทย. สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News>
- อาทิตย์ เคนมี. (2560). *รายงานสถานการณ์เด็ก เยาวชน และครอบครัว ประจำปี 2560*. กรุงเทพมหานคร:
เป็นไทพับลิชชิ่ง 2560.
- อุทุมพร วานิชคาม. (2562). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม
กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 25 (1), 164-179.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health* New York. Behavioral
Publicatiems
- Thailand Bureau of Congresses and Exhibitions (TCEB). (2020 Jun 27). *Aging population and
future trends*. <https://intelligence.businesseventsthailand.com/th/insight/aging-trends01-th>.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Relationship Between Perceived Health Status and Quality of Life Among Elderly People in Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province

รวีพรดี พูลลาภ^{1*}, สายฝน สุภาศรี¹, วรัญญา มณีรัตน์¹, ฌาณัฐิฌาญา ชัยสนธิ² และขวัญชนก นันตาแสง²
Rawiat Pullarp^{1*}, Saiphon Supasri^{1*}, Waranya Maneerat¹, Chapattichata Chaisanit²
and Khwanchanok Nantasaeng²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาศัยในตำบลนางแล จำนวน 2,057 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 335 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้น และป้องกันการสูญหายจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 353 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แบ่งผู้สูงอายุในตำบลนางแล ทั้งหมด 20 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 50.4 มีอายุในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 32.9 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 77.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 79.6 มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 49.3 เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.6 การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.0 ออกกำลังกายประเภทการเดิน คิดเป็นร้อยละ 96.2 ด้านคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.50 ถ้าแยกออกเป็นองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 97.7, 89.8, 82.2 และ 84.1 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สถานภาพสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 46.2 และคิดว่ามีระดับสุขภาพเท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่า Fisher exact Test 2.536 และค่า p-value เท่ากับ 0.416

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed to (1) examine the levels of quality of life (QoL) and perceived health status, and (2) investigate the relationship between perceived health status and QoL among elderly individuals in Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. Methods: The population consisted of individuals aged over 60 residing in Nang Lae Subdistrict, totaling 2,057 persons. The sample group comprised 335 elderly representatives, determined using Taro Yamane's formula. To enhance data robustness and mitigate potential attrition during the research process, the sample size was increased by an additional 5%, resulting in a final sample of 353 participants. A stratified random sampling method was employed, categorizing the elderly population across all 20 villages within Nang Lae Subdistrict to ensure proportional representation. Data were collected using a questionnaire divided into two sections: (1) personal information and (2) the abbreviated Thai version of the WHO Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF-THAI). Statistical analyses included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics Fisher's exact test to determine correlations. Results: The majority of participants were male (50.4%), aged 60–69 years (49.3%), married (58.6%), and had completed primary education (74.5%). Most were engaged in agriculture (32.9%) and reported sufficient income without savings (77.6%). 55.2% lived with spouses and children, while 79.6% had underlying diseases hypertension being the most prevalent (49.3%). 47.6% participated in community activities once a month, and 66.0% exercised regularly walking was the most common activity, 96.2%. Overall QoL was moderate (93.5%). When analyzed by domain, moderate QoL levels were reported for: Physical health (97.7%) Psychological health (89.8%) Social relationships (82.2%) and Environmental factors (84.1%). Perceived health status was rated as very good by 46.2%, and 70.0% perceived their health as comparable to peers. No statistically significant relationship was found between perceived health status and QoL (Fisher's exact test = 2.536, p-value = 0.416).

Keywords: quality of life, perceived health status, Elderly People

¹อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Lecture of Faculty of Public Health Chiang Rai Rajabhat University

²นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Student of Faculty of Public Health Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: aladinny@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันแทบทุกประเทศเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรโลกกำลังมีอายุเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ใน ปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลก 6 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2022) ส่วนประเทศไทยนั้นก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา ซึ่งกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร จะเห็นได้จากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 20.08 ของประชากรประเทศทั้งหมด และภาคเหนือมีผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 23.39 รองลงมา คือ ภาคกลางและ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.61 และ 19.07 ตามลำดับ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิด และอัตราการตายของประชากรลดลง ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ในจังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดในภาคเหนือที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 271,888 คน หรือร้อยละ 23.34 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีมากกว่าผู้สูงอายุภาพรวมของประเทศ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น พบว่าในปี พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 17.40 เพิ่มเป็นร้อยละ 23.34 ในปี พ.ศ.2566 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละประเทศต้องเผชิญกับปัญหา ทั้งด้านการบริการด้านสุขภาพ การบริการด้านสังคม ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศ (Department of Older Persons, 2023) ซึ่งในจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่สำคัญ ร่วมกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตมีหลายปัจจัย เช่น รายได้ การไม่มีโรคประจำตัว และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Tantinatrakun et al., 2021; Kongla, 2021) มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายมิติ เช่น Tantinatrakun et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา รายได้ และปัญหาสุขภาพโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chen and Chen (2017) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในประเทศไต้หวัน พบว่าความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Kongla (2021) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดี และระดับไม่ดี ร้อยละ 59.9, 21.9 และ 18.2 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 23.07 ของผู้สูงอายุทั้งจังหวัด และมีจำนวนสูงสุดในอำเภอเมือง (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย, 2568) อาจสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้สถานการณ์ปัญหาด้านสังคมในเมือง พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อยู่ลำพังมากขึ้น อาจเกิดจากการแยกครอบครัวออกไปทำงานต่างถิ่นของคนในครอบครัว การที่ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลำบาก ปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐานได้ลดลง ไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเอง ติดบ้าน (Meechin et al., 2023) เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศเพิ่มสูงขึ้น และยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (Liang et al., 2018) และข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง เนื่องจากร่างกายมีการเสื่อมสภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ มักจะพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ หลงลืม

อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนไป ภาระหน้าที่ และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุอาจจะมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต อาจเกิดอันตรายเกิดการหกล้ม จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยอยู่เฉพาะภายในบริเวณบ้านของตนเอง

จากการทบทวนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไรจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตนเช่นนั้น โดยการรับรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1974) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จะช่วยให้การมีอายุยืนยาวมีคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสภาพแวดล้อม จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อจะได้นำข้อมูลจากผลการวิจัยมาใช้พัฒนากิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาศัยในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,057 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา 1. ผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการพูดและการฟัง 3. สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่องและสามารถตอบแบบสอบถามได้ และ 4. ยินดีให้ข้อมูลตลอดเวลาที่ศึกษา ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 335 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane กำหนดความคลาดเคลื่อน 0.05 แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้น และป้องกันการสูญหายจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 353 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แบ่งผู้สูงอายุในตำบลนางแล ทั้งหมด 20 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านข้าวแคร่ หมู่ 2 บ้านป่าซาง หมู่ 3 บ้านดู่ หมู่ 4 บ้านสันติ หมู่ 5 บ้านป่าไร่ หมู่ 6 บ้านโป่งพระบาท หมู่ 7 บ้านโป่งน้ำตก หมู่ 8 บ้านป่าอ้อ หมู่ 9 บ้านป่าแฝก หมู่ 10 บ้านปางลาว หมู่ 11 บ้านต้นลุง หมู่ 12 บ้านป่าสักไก่อ หมู่ 13 บ้านหัวฝาย หมู่ 14 บ้านเหล่าพัฒนา หมู่ 15 บ้านป่ากุก หมู่ 16 บ้านสันตันก่อ หมู่ 17 บ้านข้าวแคร่ หมู่ 18 บ้านโป่งพระบาท หมู่ 19 บ้านหนอปึง และหมู่ 20 บ้านปอแดง โดยเก็บแบบสอบถามทุกหมู่บ้านรวมทั้งหมด 353 คน ส่วนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ

อายุ สถานภาพระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู การเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย รับรู้สถานะสุขภาพ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) (World Health Organization, 2002) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนัย (Subjective) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 96-130) คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 61-95) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 26-60) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านสาธารณสุข ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.795 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงให้มีความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบก่อนนำไปใช้จริง (Pre-test) กับกลุ่มผู้สูงอายุตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ชุด เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น และนำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความถูกต้องมากขึ้นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.841 (Cronbach, 1951)

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกเทศมนตรี กำนัน และผู้ใหญ่บ้านตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษา และเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ตรวจสอบคำตอบให้ครบถ้วน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) (อุมาพร จันทร, 2542)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เพศชาย จำนวน 178 คน (ร้อยละ 50.4) และเพศหญิง จำนวน 175 คน (ร้อยละ 49.6) ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี จำนวน 174 คน (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ อายุในช่วง 70-79 ปี จำนวน 145 คน (ร้อยละ 41.1) สถานภาพสมรสจำนวน 207 คน (ร้อยละ 58.6) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ จำนวน 139 คน (ร้อยละ 39.4) ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 263 คน (ร้อยละ 74.5) ทำอาชีพเกษตรกรจำนวน 116 คน (ร้อยละ 32.9) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 97 คน (ร้อยละ 27.5) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 274 คน (ร้อยละ 77.6) รองลงมา คือ เพียงพอเหลือเก็บ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน จำนวน 195 คน (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบุตรหลาน จำนวน 140 คน (ร้อยละ 39.7) และอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 281 คน (ร้อยละ 79.6) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด โรคข้อเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ และมะเร็ง ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 72 คน (ร้อยละ 20.4) การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 168 คน (ร้อยละ 47.6) รองลงมาคือเข้าร่วมกิจกรรมเดือนละ 2-3 ครั้ง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 30.9) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 67 คน (ร้อยละ 19.0) การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกาย จำนวน 233 คน (ร้อยละ 66.0) โดยการเดิน ยืดเหยียด และแกว่งแขน ตามลำดับ ส่วนไม่ออกกำลังกายมี จำนวน 120 คน (ร้อยละ 34.0) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สถานสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 163 คน (ร้อยละ 46.2) รองลงมา คือ ระดับดี จำนวน 156 คน (ร้อยละ 44.2) ระดับพอใช้ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 6.5) และระดับดีเยี่ยม จำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพเท่ากับเพื่อน รุ่นเดียวกัน จำนวน 247 คน (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน จำนวน 91 คน (ร้อยละ 25.8) และแย่กว่ารุ่นเดียวกัน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.5) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด ($\bar{x}=2.15$, S.D.=0.37) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}=2.14$, S.D.=0.37) สำหรับด้านร่างกาย ($\bar{x}=2.01$, S.D.=0.23) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x}=2.01$, S.D.=0.49) มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคิดเห็นในแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL- BREF-THAI)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับ						$\bar{X}$	S.D.
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	23	6.50	330	93.5	-	-	2.07	0.27
- ด้านร่างกาย	2	0.6	345	97.7	6	1.7	2.01	0.23
- ด้านจิตใจ	33	9.3	317	89.8	3	0.8	2.15	0.37
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	28	7.9	325	92.1	-	-	2.01	0.49
- ด้านสิ่งแวดล้อม	53	15.0	297	84.1	3	0.8	2.14	0.37

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า Fisher exact Test = 2.536 และค่า P-value = 0.416

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	
	ค่าการทดสอบเกี่ยวกับ ความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher exact test)	P - value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.536	0.416

สรุป อภิปรายผล

ด้านคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.50 ถ้าแยกออกเป็นองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 97.7, 89.8, 82.2 และ 84.1 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สถานสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 46.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในสังคมของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยภาพรวม และรายด้าน ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.7) สอดคล้องกับการศึกษา (Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K., 2019) พบว่าผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) โดยผู้สูงอายุที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด ($\bar{x}=1.95$, S.D.=0.68) เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับสามีและภรรยา (ร้อยละ 55) ซึ่งคอยดูแลเอาใจใส่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 39.7) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดี และทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองนำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อความเครียดได้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการมีโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 281 คน (ร้อยละ 79.6) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะการที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรคจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุมาก ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความยุ่งยากใจเป็นภาระทั้งต่อครอบครัว และสังคม เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Becker, 1974)

ส่วนระดับสุขภาพเท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีการรับรู้สถานสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 46.2) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 44.2) สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ สายฝน สุภาศรี วารุณี พันธวงศ์ และวรัญญา มณีรัตน์ (2023) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงรายด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ย มากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.67, SD = .52) ทั้งนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการความในสิ่งที่ได้รับรู้ มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จากผลของการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 174 คน (ร้อยละ 49.3) ซึ่งยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาการดูแล และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพที่ดีทำให้การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองดีเช่นเดียวกัน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรณก นาเครือ (2567) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.3, X=11.4, S.D.=1.1) การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตซึ่งผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ได้แก่ สัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับ อยู่ในระดับดีเยี่ยม

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย มีค่า Fisher exact Test = 2.536 และ ค่า P-value = 0.416 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.5) แสดงว่าผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี อาจจะดูแลตนเองได้ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K.(2019) พบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจสิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้น ๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงจะมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Seehawong, M. (2019) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (P-value=0.04) สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และตนเองได้ไป อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการเกิดโรคจะเกิดอันตรายต่อร่างกายจิตใจ และกระทบกระเทือนต่อฐานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคเป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ

ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) ผู้สูงอายุที่ตระหนักการรับรู้ภาวะสุขภาพจะทราบว่าการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Rosenstock (1974)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยประกอบด้วย 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายควรกำหนดมาตรการในการส่งเสริม และพัฒนาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความยั่งยืน 3) บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย และเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพกับเพื่อนในวัยเดียวกัน 4) การนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยแบ่งตามลักษณะของประชากรโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงเพื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามลักษณะประชากร 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ผลการศึกษาเชิงลึก ที่สามารถนำมาประกอบการวางแผน พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and preventive behavior*. Health Education Monographs, 2, 324–473.
- Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). *Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan*. International Journal of Gerontology, 11, 12–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.03.002>
- Cronbach, L. J. (1951). *Essentials of psychological testing (3rd ed.)*. Harper.
- Department of Older Persons. (2023). *Current situation of aging society and economy in Thailand*. [อินเทอร์เน็ต]. <https://dop.go.th/th/know/15/926>
- Meechin, N., Dongruangrach, R., & Daouruang, S. (2023). *The development clinical nursing practice guideline for fall prevention in hospitalized elderly patients*. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office, 5 (1) , 1 3 7 – 1 5 0 . <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/263038>
- Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I. O., & Poomphakwaen, K.

- (2019). *Quality of life of the elders in Toobkob Village, Kokdu Sub-district, Mueang District, Loei Province. 1st National Conference in Science, Technology and Innovation 2019*. Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Tantinatrakun, S., Khrobsorn, C., & Wichairam, N. (2021). *Factors related to quality of life of the elderly in a community in Bang Pho Nuea Subdistrict, Sam Khok District, Pathum Thani Province*. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(11), 352–373. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/261920>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. [https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/World Health Organization. \(2022, October 1\). Aging and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health](https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/World%20Health%20Organization.%20(2022,%20October%201).%20Aging%20and%20health.%20https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)
- Yodkul, S., & Srijakkot, J. (2012). *Predicting factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital*. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-eastern Division*, 33(3), 50–57.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนปฏิบัติการราชการกรมกิจการผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570)*. https://www.dop.go.th/download/laws/th1691739659-845_0.pdf
- กรกนก นาเครือ. (2567). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 47(พิเศษ), 82–97.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, สายฝน สุภาศรี, วารุณี พันธวงศ์, & มณีรัตน์, ว. (2566). *พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย*. *Kuakarun Journal of Nursing*, 30(2), 213–227.
- สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. (2568). *ตัวชี้วัดที่สำคัญของจังหวัด*. <https://chiangrai.nso.go.th/>
- ศรีเอื้อง มาศวงศ์. (2562). *การรับรู้ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 418–431.
- อุมาพร จันทศร. (2542). *สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์*. *ฟิสิกส์เซ็นเตอร์*.

ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The General Health Status of Older Adults Who Use Smartphones living in Mueang District, Chiang Rai Province.

ธัญชนก ปันแก้ว^{1*}, สุทธิตา ปาละกา¹, อนัญญา อยู่สวัสดิ์² รวิพรดิ พูลลาภ²และธิตติมา ทาสุวรรณอินทร์²

Thanchanok Pankaew^{1*}, Sutthita Palaka¹, Ananya Laorinthong² Rawipat Pullarp²and Thitima Thasuwanin²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 368 คน ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (GHQ-28) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอาการทางกาย ด้านอาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ ด้านการบกพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 84.5 มีการมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 45.4 มีการได้ยินชัดเจน ร้อยละ 97.6 และมีสุขภาพปกติ ร้อยละ 81 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความบกพร่องทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.34$, $SD = 1.46$) รองลงมาเป็นด้านอาการทางกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.12$, $SD=1.67$) ด้านอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.03$, $SD=1.36$) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=0.17$, $SD=0.50$) ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในแต่ละด้าน คือ คิดว่าตนเองรู้สึกสบายและมีสุขภาพดี ($\bar{x}=0.90$, $SD=0.290$) รองลงมาคือ ห่าอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลว่างได้ ($\bar{x}=0.32$, $SD=0.467$) รู้สึกนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ($\bar{x}=0.29$, $SD=0.455$) และรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ($\bar{x}=0.08$, $SD=0.278$) ตามลำดับ ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพควรมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ด้านการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการทำกิจกรรมยามว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ การส่งเสริมการนอนหลับที่ดี และการได้รับคำปรึกษา

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, สมาร์ทโฟน, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the general health status of older adults who use smartphones in Mueang District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 368 older adults, selected through stratified random sampling. The research instruments included a general information questionnaire and the 28-item, known as the General Health Questionnaire (GHQ-28), which assesses four dimensions including somatic symptom, anxiety and insomnia, social dysfunction, and severe depression. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results revealed that the majority of participants were female (71.7%), aged between 60 and 69 years (63%), had completed Grade 4 of primary education (84.5%), had clear vision (45.4 %), had clear hearing (97.6%) and reported normal health status (81%). When analyzing each health dimensions, it was found that social dysfunction had the highest mean score ($\bar{x} = 1.34$, $SD = 1.46$), followed by somatic symptom ($\bar{x} = 1.12$, $SD = 1.67$), anxiety and insomnia ($\bar{x} = 1.03$, $SD = 1.36$), and severe depression ($\bar{x} = 0.17$, $SD = 0.50$), respectively. Item-level analysis showed that the highest mean scores in each domain were as follows: participants perceived themselves as feeling comfortable and healthy ($\bar{x} = 0.90$, $SD = 0.29$); were able to find something to do in your free time. ($\bar{x} = 0.32$, $SD = 0.467$); experienced insomnia due to worry ($\bar{x} = 0.29$, $SD = 0.455$); and felt completely hopeless about life ($\bar{x} = 0.08$, $SD = 0.278$). These findings suggest that healthcare personnel should focus on promoting psychosocial health in older adults who has risk. This includes enhancing social support, promoting meaningful leisure activities, encouraging participation in senior school programs, encouraging good sleep hygiene, and providing counseling.

Key word: Health status, Smartphone, Older adults

¹นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ (การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ)

¹The student of faculty of Public Health (Elderly Health management)

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ (การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ)

²The faculty of Public Health (Elderly Health management)

*corresponding author e-mail: 651473044@crru.ac.th

บทนำ

การคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2564 แสดงถึงสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นไปถึงร้อยละ 20-30 ของประชากร ซึ่งแสดงว่าประชากรทุก ๆ 100 คน จะพบจำนวนผู้สูงอายุ 30 คน และ พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีสัดส่วนเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากร เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2543 ที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 9.4 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) หมายความว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์แล้ว ดังนั้นการก้าวขึ้นสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมของทุกคนเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตด้านต่าง ๆ มากกว่าวัยอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะด้านสังคม

ปัจจุบันผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีการใช้สมาร์ตโฟนเพื่อติดต่อสื่อสารและรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากการสำรวจในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในครัวเรือนในปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 52.4 ใช้สมาร์ตโฟนสูงถึงร้อยละ 82.5 และมีสมาร์ตโฟนร้อยละ 72.2 เพศชายใช้อินเทอร์เน็ต ใช้โทรศัพท์มือถือ และมีโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 56.7 ร้อยละ 85.0 และร้อยละ 74.7 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงใช้อินเทอร์เน็ต ใช้โทรศัพท์มือถือ และมีโทรศัพท์มือถือร้อยละ 49.3 ร้อยละ 80.7 และร้อยละ 70.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565) ผู้สูงอายุมักใช้สมาร์ตโฟนในการติดต่อสื่อสารทางสังคมที่หลากหลาย ทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน รวมถึงการติดต่อธุรกิจต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังใช้เพื่ออ่านข่าวสารทางสังคม (Busch, et al., 2021) ด้วยสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการมีสมาร์ตโฟนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้มีการศึกษาผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวนมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้สมาร์ตโฟนนั้นมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผลกระทบด้านบวกพบว่าการใช้สมาร์ตโฟนส่งผลดีอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (Wei and Guo, 2023) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถค้นคว้าหาความรู้และข้อมูลข่าวสารได้มากยิ่งขึ้น เพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคทางกายและจิตใจได้ และรับข่าวสารที่ทันสมัยในเวลาอันรวดเร็ว ยิ่งไปกว่านั้นสมาร์ตโฟนยังใช้ติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้มีการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย พบว่าการมีสมาร์ตโฟนในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางได้ ทั้งนี้ในการป้องกันภาวะเปราะบางให้มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่มีสมาร์ตโฟน จะต้องอาศัยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย (Yi, et al., 2024) ยิ่งไปกว่านั้นในมุมมองด้านสุขภาพจิต มีการศึกษาผู้สูงอายุชาวจีน พบว่าการใช้สมาร์ตโฟนทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง โดยต้องทำควบคู่กับการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง (Ji, Chen, and Ding, 2023) นอกจากนี้สมาร์ตโฟนยังช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังมีการศึกษาที่กล่าวถึงการช่วยลดความเหงาอีกด้วย โดยจากงานวิจัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าการรับมือกับความเหงาและความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาสำคัญ ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าการใช้สมาร์ตโฟนเป็นวิธีการที่พบบ่อยที่สุด ในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในช่วงเวลาดังกล่าว (Grey, et al., 2024) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้สมาร์ตโฟนนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามการใช้สมาร์ตโฟนเป็นเวลานานย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านลบเช่นเดียวกัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการติดสมาร์ตโฟนในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ (Lai et al., 2025) นอกจากนี้การใช้สมาร์ตโฟนโดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันทางสังคมที่เพิ่มขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสติปัญญา การรู้คิดที่แย่ลงในผู้สูงอายุเพศชาย (Chen, et al., 2025) นอกจากผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนแล้ว ยังมีผลการศึกษาที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและสังคม กับการติดสมาร์ตโฟนของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเสื่อมถอยทางสติปัญญาและความขัดแย้งในความสัมพันธ์ในครอบครัวส่งผลต่อการติดสมาร์ตโฟนของผู้สูงอายุผ่านความรู้สึกแปลกแยก (Xu, et al., 2023) ทั้งนี้สรุปได้ว่าการใช้สมาร์ตโฟนหากใช้เป็นเวลานานก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาลักษณะส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ตโฟน ยังขาดการประเมินภาวะสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือมาตรฐานโดยเฉพาะแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (GHQ-28) ซึ่งแปลและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์โฟนในมิติด้านอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งจากข้อมูลสถิติเว็บไซต์ 3 หมอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (2568) ระบุว่าตำบลนางแลมีผู้สูงอายุติดบ้านและติดสังคมจำนวน 2,058 คน จัดเป็นกลุ่มติดสังคม 2,043 คน กลุ่มติดบ้าน 15 คน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ จึงทำให้มีการใช้สมาร์โฟนเป็นไปอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอแนะการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์โฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ช่วงระยะใดระยะหนึ่ง ซึ่งจะการศึกษาภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์โฟนในเขต ตำบลนางแลอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย จึงกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรที่จะศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลนางแล ซึ่งมีทั้งหมด 2,056 คน โดยจัดเป็น กลุ่มติดสังคม 2,043 คน กลุ่มติดบ้าน 15 คน ซึ่งจะมีผู้สูงอายุทั้งหมด 17 หมู่บ้าน จำนวน 2,056 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในตำบลนางแลสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโรยามาเน Yamane (1967) ได้ 335 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 368 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกหมู่บ้านมา 3 หมู่บ้านขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ จาก 15 หมู่บ้าน ในตำบลนางแล และใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม โดยการเลือกตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ได้แก่บ้านร่องปลาข้าว 80 คนบ้านแม่ปูคา 115 คน บ้านนางแลใน 140 คน โดยจะที่ใช้เกณฑ์เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อให้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุติดสังคมและติดบ้าน 60 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นผู้ที่ใช้สมาร์โฟนอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกหมู่บ้านมา 3 หมู่บ้านขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ จาก 15 หมู่บ้าน ในตำบลนางแล และใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม โดยการเลือกตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ได้แก่ บ้านร่องปลาข้าว 80 คน บ้านแม่ปูคา 115 คน บ้านนางแลใน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา วุฒิการศึกษา สถานภาพ ผู้ร่วมอาศัย ความสามารถการมองเห็นและการได้ยิน

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อถามคำถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28) ซึ่งจะมีอยู่ทั้งหมด 28 ข้อ คำถาม 4 ตัวเลือก แปรและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539) โดยจะเป็นคำถามเพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้ทำแบบสอบถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร โดยจะให้วงกลมในช่องที่ใกล้เคียงกับสภาวะสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามโดยจะไม่รวมกับปัญหาที่เคยมีในอดีต โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)

กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)

กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg ใช้การคิดแบบ GHT score (0-0-1-1)

เกณฑ์การประเมิน



คะแนนตั้งแต่ 0-5 หมายถึง มีภาวะสุขภาพปกติ

คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะสุขภาพผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินรายด้าน 4 ด้าน

ผู้วิจัยได้ทำการตั้งเกณฑ์การประเมินรายด้านโดยหาอันตรภาคชั้น ได้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 0-2.33 หมายถึง มีภาวะสุขภาพระดับดี

คะแนนตั้งแต่ 2.34-4.67 หมายถึง มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 4.68-7 หมายถึง มีภาวะสุขภาพระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง (Content Validity) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความพ้อง (Index Of Concurrence : IOC) จากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา โดยการทดลองครั้งนี้ได้เลือกผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือแจ้งนายกเทศมนตรีและผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ลงพื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ จรรยาบรรณนักวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้นำท้องถิ่น

3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 264 คนคิดเป็นร้อยละ 71.7 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 70-79 ปี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านการศึกษาผลสำรวจพบว่าส่วนใหญ่มักมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 รองลงมาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และปริญญาตรีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมองเห็นไม่ชัดเจนจำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 รองลงมาเป็นผู้ที่มองเห็นชัดเจน จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 และส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจนจำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 97.6 และไม่ได้ยินชัดเจนจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา การมองเห็นและการได้ยิน ของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=368)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	28.3
หญิง	264	71.7
อายุ		



ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี	232	63.0
ผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี	119	32.3
ตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป	17	4.7
การศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	311	84.0
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	56	13.0
ปริญญาตรี	1	3.0
การมองเห็น		
เห็นชัดเจน	167	45.4
เห็นไม่ชัดเจน	201	54.6
การได้ยิน		
ได้ยินชัดเจน	339	97.6
ไม่ได้ยินชัดเจน	29	2.4

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเป็นปกติจำนวน 289 คนคิดเป็นร้อยละ 81 และอีก 70 คนมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 19 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ สภาวะสุขภาพทั่วไปแยกตามภาวะสุขภาพปกติและไม่ปกติ ของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=368)

ระดับสุขภาพทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-5 คะแนน)	289	81.0
ผิดปกติ (6 คะแนนขึ้นไป)	70	19.0
รวม	368	100.0

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านอาการทางกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลรวมค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการทางกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.12$, $S.D=1.67$) และเมื่อแยกตามรายข้อพบว่าข้อที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี ($\bar{x} = 0.90$, $S.D=0.290$) รองลงมาได้แก่รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา ($\bar{x} = 0.22$, $S.D= 0.413$) รู้สึกอ่อนวูบวบหรือหนาว ($\bar{x} = 0.21$, $S.D= 0.407$) รู้สึกเจ็บหรือปวดศีรษะ ($\bar{x} = 0.20$, $S.D= 0.399$) รู้สึกไม่สบาย ($\bar{x} = 0.17$, $S.D= 0.377$) รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี ($\bar{x} = 0.13$, $S.D=0.340$) และรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ ($\bar{x} = 0.10$, $S.D= 0.297$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการทางกายของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=368)



ภาวะสุขภาพทั่วไป	ไม่เลย (ร้อยละ)	ไม่มากกว่า ปกติ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มากกว่าปกติ (ร้อยละ)	มากกว่า ปกติมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ภาวะ สุขภาพ
ด้านอาการทางกาย							
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	3.26	5.99	40.21	50.54	0.90	0.290	
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงกำลังวังชา	56.79	21.47	16.30	5.44	0.22	0.413	
3. รู้สึกสุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	47.28	39.40	8.43	4.89	0.13	0.340	
4. รู้สึกไม่สบาย	45.65	37.23	11.96	5.16	0.17	0.377	
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	57.34	22.83	14.67	5.16	0.20	0.399	
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	51.64	0	38.58	9.78	0.10	0.297	
7. มีอาการรบกวนหรือหนาว	47.83	31.25	17.94	2.98	0.21	0.407	
เฉลี่ยรวมด้านอาการทางกาย					1.12	1.67	ดี

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่างมีผลรวมค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.03$, S.D = 1.04) และเมื่อแยกตามรายข้อพบว่าข้อที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ($\bar{x} = 0.29$, S.D = 0.455) รองลงมาได้แก่ไม่สามารถหลับสนิทหลังจากหลับแล้ว ($\bar{x} = 0.22$, S.D = 0.413) รู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา ($\bar{x} = 0.21$, S.D = 0.409) รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี ($\bar{x} = 0.11$, S.D = 0.312) รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีผลสมควร ($\bar{x} = 0.10$, S.D = 0.301) รู้สึกกังวลกระวนกระวายและเครียดตลอดเวลา ($\bar{x} = 0.07$, S.D = 0.247) และรู้สึกเรื่องต่างๆ หักถมจนรับไม่ไหว ($\bar{x} = 0.04$, S.D = 0.192) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย n=368

ภาวะสุขภาพทั่วไป	ไม่เลย (ร้อยละ)	ไม่มากกว่า ปกติ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มากกว่าปกติ (ร้อยละ)	มากกว่า ปกติมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ภาวะ สุขภาพ
ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ							
1. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	43.21	27.72	27.44	1.63	0.29	0.455	
2. ไม่สามารถหลับสนิทหลังจากหลับแล้ว	50.00	28.26	21.74	0	0.22	0.413	
3. รู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา	59.24	19.57	21.19	0	0.21	0.409	
4. รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี	58.15	30.98	10.87	0	0.11	0.312	
5. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีผลสมควร	72.83	17.12	9.51	0.54	0.10	0.301	
6. รู้สึกเรื่องต่าง ๆ หักถมจนรับไม่ไหว	62.23	33.97	3.26	0.54	0.04	0.192	
7. รู้สึกกังวลกระวนกระวายและเครียดตลอดเวลา	56.79	36.68	6.25	0.27	0.07	0.247	



ภาวะสุขภาพทั่วไป	ไม่เลย (ร้อยละ)	ไม่มากกว่า ปกติ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มากกว่าปกติ (ร้อยละ)	มากกว่า ปกติมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ภาวะ สุขภาพ
เฉลี่ยรวมด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ					1.03	1.36	ดี

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านความบกพร่องทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลรวมค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพทั่วไปด้านความบกพร่องทางสังคม ($\bar{x} = 3.625$, S.D = 4.245) และเมื่อแยกตามรายข้อพบว่าข้อที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกหาอะไรทำให้ตนเองไม่มีเวลาว่าง ($\bar{x} = 0.32$, S.D = 0.467) รองลงมาได้แก่รู้สึกพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป ($\bar{x} = 0.24$, S.D = 0.425) สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้ ($\bar{x} = 0.17$, S.D = 0.380) รู้สึกว่าได้ทำตัวเป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ ($\bar{x} = 0.16$, S.D = 0.370) ทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ ($\bar{x} = 0.14$, S.D = 0.346) และรู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ ($\bar{x} = 0.13$, S.D = 0.334) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการความบกพร่องทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (n=368)

ภาวะสุขภาพทั่วไป	ไม่เลย (ร้อยละ)	ไม่มากกว่า ปกติ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มากกว่าปกติ (ร้อยละ)	มากกว่า ปกติมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ภาวะ สุขภาพ
ด้านอาการความบกพร่องทางสังคม							
1. หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่าง	42.66	25.27	23.64	8.43	0.32	0.467	
2. ทำอะไรช้ากว่าปกติ	14.57	71.47	13.86	0	0.14	0.346	
3. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรอะไร ได้ดี	17.39	64.13	16.03	2.45	0.18	0.389	
4. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	23.64	61.14	0	15.22	0.24	0.425	
5. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ใน เรื่องต่าง ๆ	16.30	64.13	0	19.57	0.16	0.370	
6. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่อง ต่าง ๆ ได้	12.77	0	60.33	26.90	0.13	0.334	
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	0.27	10.87	64.95	23.91	0.17	0.380	
เฉลี่ยรวมด้านความบกพร่องทางสังคม					1.34	1.46	ดี

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟน ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลรวมค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ($\bar{x} = 0.15$, S.D=0.48) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกในชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ($\bar{x} = 0.08$, S.D=0.278) รองลงมาได้แก่เป็นคนคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า ($\bar{x}=0.05$, S.D=0.227) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ($\bar{x}=0.02$, S.D=0.155) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก ($\bar{x} = 0.01$, S.D=0.074) คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจบชีวิตตัวเอง ($\bar{x}$

= 0.00 ,S.D=0.502) พบว่าตนเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ ($\bar{x}$ =0.00 , S.D=0.00) และพบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตนเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ ($\bar{x}$ = 0.00 ,S.D=0.00) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพทั่วไปด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงของผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย n=368

ภาวะสุขภาพทั่วไป	ไม่เลย (ร้อยละ)	ไม่มากกว่า ปกติ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มากกว่าปกติ (ร้อยละ)	มากกว่า ปกติมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ภาวะ สุขภาพ
ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง							
1. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	70.65	23.91	5.44	0	0.05	0.227	
2. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	72.55	19.02	0	8.42	0.08	0.278	
3. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	83.70	13.86	2.44	0	0.02	0.155	
4. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยาก จบชีวิตตัวเอง	80.71	19.02	0.27	0	0.00	0.052	
5. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียดมาก	78.53	20.93	0	0.54	0.01	0.074	
6. พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายให้พ้นๆ	100	0	0	0	0.00	0.000	
7. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำร้าย ชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิด เสมอ	94.57	5.43	0	0	0.00	0.000	
เฉลี่ยรวมด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง					0.17	0.50	ดี

สรุปอภิปรายผล

การศึกษาภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์โฟนประชาชนเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และศึกษาภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์โฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์โฟนในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 84.5 มีการมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 45.4 และมีการได้ยินชัดเจนร้อยละ มีสุขภาพปกติ ร้อยละ 81 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความบกพร่องทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =1.34, SD = 1.46) รองลงมาเป็นด้านอาการทางกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =1.12,S.D=1.67) ด้านอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =1.03,S.D=1.36) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =0.17,S.D=0.50) ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในแต่ละด้าน คือ คิดว่าตนเองรู้สึกสบายและมีสุขภาพดี ($\bar{x}$ = 0.90 , S.D=0.290) รองลงมาคือหาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ ($\bar{x}$ = 0.32 , S.D= 0.467) รู้สึกนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ($\bar{x}$ = 0.29 , S.D= 0.455) และ รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ($\bar{x}$ = 0.08 , S.D= 0.278) ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปกติ เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei and Guo (2023) ที่ศึกษาผลกระทบของการใช้สมาร์โฟนต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจากสี่มณฑลในประเทศจีน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,110 คน ผลการวิจัยพบว่าการใช้สมาร์โฟนส่งผลดีอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่

อาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถค้นคว้าหาความรู้และข้อมูลข่าวสารได้มากยิ่งขึ้น เพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคทางกายและจิตใจได้ และรับข่าวสารที่ทันสมัยในเวลาอันรวดเร็ว หากพิจารณาถึงพื้นที่ตำบลนางแลซึ่งอยู่ในเขตชานเมือง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ย่อมมีสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ที่ดีกว่าพื้นที่ชนบท รวมถึงเข้าถึงการสนับสนุนด้านระบบบริการด้านดิจิทัลและระบบโครงสร้างสัญญาณดิจิทัลได้มากกว่าเมื่อเทียบกับพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเจ้าของสมาร์ตโฟนกับความเปราะบางในผู้สูงอายุ: แบบจำลองการส่งผ่าน ในประเทศเกาหลีใต้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 2,469 คน มีอายุระหว่าง 72–86 ปี พบว่าการมีสมาร์ตโฟนในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางได้ ทั้งนี้ในการป้องกันภาวะเปราะบางให้มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่มีสมาร์ตโฟน จะต้องอาศัยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย (Yi, et al., 2024) เนื่องจากการมีสมาร์ตโฟนอาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะเปราะบางผ่านปัจจัยต่างๆ เช่น การมีเพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์ติดต่อผ่านทางสมาร์ตโฟนในผู้สูงอายุ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าจากหรือให้คำปรึกษาผ่านช่องทางต่างๆ อีกทั้งการใช้สมาร์ตโฟนยังสร้างความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางอีกด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Ji Chen และ Ding (2023) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมสนับสนุนของการใช้สมาร์ตโฟนในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุชาวจีน และผลกระทบจากการมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 5,244 คน ซึ่งเป็นการแสดงในมุมมองผลกระทบเชิงบวกของสมาร์ตโฟนต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าการใช้สมาร์ตโฟนทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง โดยต้องทำควบคู่กับการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง นอกจากนี้ Grey และคณะ (2024) ยังพบว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและความโดดเดี่ยวมากขึ้น การใช้สมาร์ตโฟนจึงเป็นวิธีการที่สะดวกและส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในช่วงเวลาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการใช้สมาร์ตโฟนนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้สมาร์ตโฟนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หากพิจารณาในด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความบกพร่องทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.34$, $SD = 1.46$) รองลงมาเป็นด้านอาการทางกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.12$, $SD=1.67$) ด้านอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=1.03$, $SD=1.36$) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=0.17$, $SD=0.50$) ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนี้แม้ว่าจะเป็นคะแนนที่อยู่ในระดับดี แต่ก็ควรนำมาพิจารณาถึงการป้องกันผลกระทบด้านลบในอนาคต หรือแม้กระทั่งการนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติหรือเสี่ยง ตามปัจจัยข้างต้นนี้ ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันว่าการใช้สมาร์ตโฟนเป็นเวลานานย่อมมีผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ลดลงกับผู้อื่น หรือแม้กระทั่งในทางตรงข้ามการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวส่งผลให้เกิดการแยกตัว และนำไปสู่การใช้สมาร์ตโฟนมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xu และคณะ (2023) ที่ตรวจสอบผลกระทบของการเสื่อมถอยทางสติปัญญาและความขัดแย้งในความสัมพันธ์ในครอบครัวต่อการติดสมาร์ตโฟนของผู้สูงอายุ โดยสำรวจผู้เข้าร่วม 371 คนในประเทศจีน ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเสื่อมถอยทางสติปัญญาและความขัดแย้งในความสัมพันธ์ในครอบครัวส่งผลต่อการติดสมาร์ตโฟนของผู้สูงอายุผ่านความรู้สึกแปลกแยก แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้สมาร์ตโฟนเป็นระยะเวลานาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว นอกจากนี้หากพิจารณาผลจากการใช้สมาร์ตโฟนด้านลบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการวิจัยของ Chen และคณะ (2025) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สมาร์ตโฟนกับการทำงานทางสติปัญญาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชาวจีน: บทบาทการควบคุมของเรื่องเพศ โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 209 คน ผลการวิจัยพบว่าการใช้สมาร์ตโฟนโดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันทางสังคมที่เพิ่มขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสติปัญญาที่แย่ลง ในผู้สูงอายุเพศชาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai และคณะ (2025) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สมาร์ตโฟนกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ: บทบาทการส่งผ่านของความเหงาและภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุ 200 คน พบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเชิงลบระหว่างการใช้สมาร์ตโฟนและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุ อาจทำให้ผลกระทบของการติดสมาร์ตโฟนต่อคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลง ($p < 0.05$) ซึ่งการใช้โทรศัพท์มือถือก่อนนอนทำให้ระยะเวลาการนอนหลับสั้นลง นอนหลับตื้นขึ้นจากเดิม และคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง จากการได้รับข้อความระหว่างนอนได้ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Sara Thomée, 2018) โดยสรุปการใช้สมาร์ตโฟนในผู้สูงอายุ บางรายอาจใช้เพื่อแก้ปัญหาความเศร้าและความโดดเดี่ยว ทำให้ใช้สมาร์ตโฟนมากเกินไป นอกจากนี้การใช้สมาร์ตโฟนยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลิน ผู้สูงอายุบางรายยังขาดความรู้และความตระหนักรู้ผลจากการใช้สมาร์ตโฟนที่มากเกินไป ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบตามมาอีกมากมาย

จากข้อค้นพบในการวิจัย แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพทั่วไปที่ดี แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 5 ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับผิดปกติ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรพิจารณาและตระหนักทั้งข้อดีและผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนเป็นเวลานานหรือมากเกินไป ในบางรายอาจอยู่ในระดับที่มีการติดสมาร์ตโฟน ซึ่งยังมีการศึกษาในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามประเด็นการส่งเสริมด้านทางจิตสังคม สุขภาพกาย และอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ตโฟน เป็นประเด็นหลักที่ถูกเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณา เพื่อนำไปสู่การการป้องกันและรักษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ เพื่อได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงแค่ 3 หมู่บ้านในเขตตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนที่ส่งผลต่อภาวะผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้
2. ควรเพิ่มปัจจัยที่ศึกษาอื่น เช่น ปัจจัยทางจิตสังคม (ความเครียด) ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมใช้สมาร์ตโฟนที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียดในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1) : 2-17.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2568). *รายงานข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย*. สืบค้นจาก <https://3doctor.hss.moph.go.th>
- Busch, P. A., Hausvik, G. I., Ropstad, O. K., & Daniel Pettersen. (2021). Smartphone usage among older adults. *Computers in Human Behavior*, 121, 106783. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106783>.
- Chen, T., Foong, H. F., Li, J., Sun, Y., Tang, W., Fu, J., Ibrahim, R., & Ahmad, S. A. (2025). The relationship between smartphone use and cognitive function among Chinese community-dwelling older adults: The moderating role of sex. *Behaviour & Information Technology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2025.2469666>
- Grey E., Baber F., Corbett E., Ellis D., Gillison F. & Barnett J. (2024). The use of technology to address loneliness and social isolation among older adults: the role of social care providers. *BMC Public Health*, 24, 108 <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17386-w>
- Ji, R., Chen, W., & Ding, M. (2023). The contribution of smartphone use to reducing depressive symptoms of Chinese older adults: The mediating effect of social participation. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1132871. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1132871>
- Lai, H.-J., Mei, X.-X., Huang, S.-J., Wu, X.-N., Liang, J.-Y., Zhou, L.-M., & Ye, Z.-J. (2025). The relationship between smartphone addiction and sleep quality in older adults: The mediating role of loneliness and depression. *BMC Nursing*, 24(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02883-7>
- Thomé, S. (2018). Mobile phone use and mental health: A review of the research that takes a psychological perspective on exposure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2692. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122692>

- Wei, Y. & Guo, X. (2023). Impact of smart device use on objective and subjective health of older adults: findings from four provinces in China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1118207. doi: 10.3389/fpubh.2023.1118207
- Xu, Y., Zeng, K., Dong, L., Zheng, X., & Si, Y. (2023). Understanding older adults' smartphone addiction in the digital age: Empirical evidence from China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1136494. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1136494>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis (2nd ed.)*. New York: Harper and Row.
- Yi, J., Yoon, J. Y., Won, C. W., Kim, M., & Lee, K. S. (2024). The roles of health literacy and social support in the association between smartphone ownership and frailty in older adults: A moderated mediation model. *BMC Public Health*, 24(1), 1064. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18163-z>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5

ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

Factors Related to Household Waste Management Behavior in Ban Pa Or, Village No. 5, Mae Yao Subdistrict, Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province

ศุภิสรา เมืองอินทร์¹, จันทรรณภา ปิยพัทธ์อุดม¹, ดวงวิภา ผาณิตนิภา¹, เมธาวี บุตรพรม¹, พินัญญิณีย์ จิตคำ^{1*}

เนตรรา สมกำลัง^{1*} และ จุฑามาศ เมืองมูล^{1*}

Suphitsara Mueangin¹, Jannapa Phiyaphatudom¹, Duangwipa Panitnipa¹, Methawee Butprom¹

Pinatthinee Jitkham^{1*}, Nattri Somkamlang^{1*} and Jutamas Muangmool^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 ครัวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยนำ ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ในขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ปัจจัยเอื้อ นโยบายและระบบสนับสนุนในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก ปัจจัยเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะ ในขณะที่นโยบายและการสื่อสารข้อมูลอาจยังไม่เพียงพอในการกระตุ้นพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมแนวทางที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้เชิงปฏิบัติ และการเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ปัจจัย , พฤติกรรม, การจัดการ, ขยะมูลฝอยครัวเรือน

Abstract

This survey research aimed to examine household solid waste management behaviors and the factors associated with these behaviors in Ban Pa Or, Village 5, Mae Yao Subdistrict, Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province. A total of 230 households were selected as the study sample. Data were collected using questionnaires, and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as Pearson's correlation coefficient analysis.

The results revealed that the overall level of household waste management behavior among respondents was high. The factors associated with this behavior include predisposing factors, where knowledge of solid waste management showed a moderate correlation, while attitudes had a very low correlation. Enabling factors, such as policies and support systems for waste management, showed a very low negative correlation. Reinforcing factors, such as public participation, had a moderate correlation, whereas information awareness had a moderate negative correlation. The findings suggest that knowledge and public participation are key factors in promoting waste management behavior, while policies and communication may still be insufficient to encourage better practices. Therefore, appropriate strategies should be promoted, such as providing practical knowledge and increasing opportunities for public participation, to develop sustainable household waste management behavior.

Keywords: Factors, Behavior, Waste management, Household

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: Pinatthinee.Jit@crru.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบัน ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขอนามัยของมนุษย์ เนื่องจากการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของการพัฒนาเทคโนโลยีและการเพิ่มขึ้นของประชากร ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้นทุกขณะ โดยในแต่ละวันมีอัตราการขยะมูลฝอยในประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน เมื่อพิจารณาปริมาณขยะที่เกิดขึ้น ขยะมูลฝอยมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา 25.70 ล้านตัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2566) เมื่อพิจารณาปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นรายภูมิภาค ภาคกลางมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงที่สุด 31,339 ตัน/วัน รองลงมา เป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณขยะมูลฝอย 17,873 ตัน/วัน ภาคใต้ 9,705 ตัน/วัน ภาคตะวันออก 7,073 ตัน/วัน ภาคเหนือ 4,582 ตัน/วัน และภาคตะวันตก 3,268 ตัน/วัน ตามลำดับ (กรมควบคุมมลพิษ, 2566) โดยปริมาณขยะมูลฝอยในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเกิดจากพฤติกรรมของประชาชนซึ่งคาดว่า ในอนาคตปริมาณขยะมูลฝอยจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 พันล้านตัน/ปี ในปี 2593 โดยมีขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการที่ไม่เป็นผลดีต่อสิ่งแวดล้อมถึง 33% (The World Bank, 2020) ขยะจำนวนมหาศาลนี้หากไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแวดล้อม สุขอนามัยของมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในปี พ.ศ 2565 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยจำนวน 25.7 ล้านตัน มีการจัดการขยะภายในครัวเรือน 1.7 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 7 มีการคัดแยกเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์จากครัวเรือนและแหล่งกำเนิด 4 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนที่เหลือเป็นขยะที่ถูกเก็บขน 20 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 78 และนำไปกำจัดตามสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งมีกระบวนการคัดแยกเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ รวม 4.8 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 19 คงเหลือขยะมูลฝอยจำนวน 15.2 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 59 ที่นำไปกำจัดโดยได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง 9.8 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 37 (ผังกลบร้อยละ 21 เตาเผาผลิตพลังงานร้อยละ 6 ปุ๋ยหมักร้อยละ 4 ระบบผสมผสานร้อยละ 4 การผลิตเชื้อเพลิงขยะร้อยละ 2) และการจัดอย่างไม่ถูกต้อง 5.4 ล้านตัน (สุรัสวดี จันทร์บุญนะ , 2566) ภาคเหนือมีปริมาณการจัดการขยะที่ถูกต้อง 0.63 ล้านตัน และปริมาณการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง 0.37 ล้านตัน และในจังหวัดเชียงรายมีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย 874 ตันต่อวัน โดยสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ประมาณ 280 ตันต่อวัน ปริมาณขยะที่กำจัดได้อย่างถูกต้อง 150 ตันต่อวัน และปริมาณขยะที่กำจัดไม่ถูกต้อง 444 ตันต่อวัน ส่งผลให้มีปริมาณขยะตกค้างสะสม 30,000 ตัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2566)

ในพื้นที่ชุมชนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ลักษณะสภาพทั่วไปเป็นชนบท ลักษณะพื้นที่เป็นภูเขาที่มีราบเป็นหย่อมๆ อยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงราย ในชุมชนมีหลายชาติพันธุ์ผสมผสานกันส่วนใหญ่เป็นชนพื้นเมือง มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 427 หลัง จำนวนประชากร 919 ราย อยู่ในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลแม่ยาวในแต่ละเดือนมีปริมาณขยะมูลฝอยปริมาณมาก สาเหตุเกิดจากการอุปโภค บริโภคในชีวิตประจำวัน ซึ่งถ้ามีการจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ทางเทศบาลจึงได้มีการจัดการขยะมูลฝอยโดยมีรถเก็บขยะจากเทศบาลมาเก็บขยะในทุกวันพุธ แต่อย่างไรก็ตามประชาชนในพื้นที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการจัดการขยะเท่าที่ควร ซึ่งจากการลงพื้นที่สำรวจชุมชนของผู้ศึกษาซึ่งพบครัวเรือนที่ไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง และมักจะมีการเผาขยะในที่โล่งแจ้งซึ่งก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศตามมา หรือการนำขยะไปทิ้งในที่สาธารณะ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมายังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของชุมชนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDR – PROCEED Model (Green and Kreuter, 2005) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ชาติพันธุ์ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เป็นต้น ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน รวมทั้งการมีส่วนร่วม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะในครัวเรือน มาวิเคราะห์หาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านการจัดการขยะในครัวเรือนประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้สำคัญที่นำไปสู่การปรับปรุงการจัดการปัญหาขยะในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์ , 2561) เพื่อเป็นแนวทางวางแผนและพัฒนาและแก้ไขปัญหามลพิษจากการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและสร้างจิตสำนึกของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน บ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน บ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ทำการศึกษาเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2567 – เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ แม่บ้านหรือหัวหน้าครอบครัวจำนวน 427 ครัวเรือน ในหมู่บ้านป่าอ้อ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนผู้อยู่อาศัยประจำครัวเรือนในบ้านป่าอ้อ ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นแม่บ้านหรือหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สมจริตและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ไม่รู้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 207 ครัวเรือน และเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บข้อมูล 230 ครัวเรือน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic Random Sampling) จากบ้านเลขที่ตามทะเบียนราษฎร์ โดยวิธีการคำนวณช่วงของการส่งได้เท่ากับ 2 เพื่อให้ทุกครัวเรือนมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน ดังนั้นจำนวนครัวเรือนทุกๆ 2 ครัวเรือนจะได้รับการส่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เมื่อผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว มีการไปทดลองใช้ได้ที่บ้านพระเนตร หมู่ 4 ตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มาเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม จำนวน 7 ตอน ข้อคำถามประกอบไปด้วย ตอนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2) ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ โดยแปรผลความรู้เป็นใช่ และไม่ใช่ 3) ทศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ แปรผลตามมาตรวัดการประมาณค่า Rating scale แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ 4) นโยบายและระบบสนับสนุนการจัดการขยะ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ แปรผลตามมาตรวัดการประมาณค่า Rating scale แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มี ไม่มี และไม่แน่ใจ 5) การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ โดยแปรผลเป็นใช่ และไม่ใช่ 6) การรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ แปรผลตามมาตรวัดการประมาณค่า Rating scale แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เคย ไม่เคย และไม่แน่ใจ และ 7) พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ แปรผลตามมาตรวัดการประมาณค่า Rating scale แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of itemobjective congruence : IOC) เท่ากับ 0.87 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.71 ส่วนด้านพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 123 คน (ร้อยละ 53.5) มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี มากที่สุดจำนวน 86 คน (ร้อยละ 37.4) ส่วนใหญ่เป็นชนพื้นเมือง จำนวน 107 (ร้อยละ 46.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 131 (ร้อยละ 57.0) สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ที่สถานภาพสมรส จำนวน 182 (ร้อยละ 79.1) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 94 (ร้อยละ 40.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 117 (ร้อยละ 50.9) ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน จำนวน 89 (ร้อยละ 38.7) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนอยู่ที่ 3 – 4 คน จำนวน 143 (ร้อยละ 62.2) และสถานภาพในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จำนวน 123 (ร้อยละ 53.5)

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (n = 230)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
สูง (11 - 15 คะแนน)	224	97.4
ปานกลาง (6 - 10 คะแนน)	6	2.6
ต่ำ (0 - 5 คะแนน)	0	0.0
ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
สูง (31 - 45 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (16 - 30 คะแนน)	230	100.0
ต่ำ (1 - 15 คะแนน)	0	0.0
ปัจจัยเอื้อ		
นโยบายและระบบสนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
สูง (21 - 30 คะแนน)	229	99.6
ปานกลาง (11 - 20 คะแนน)	1	0.4
ต่ำ (1 - 10 คะแนน)	0	0.0
ปัจจัยเสริม		
การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
สูง (3.35 - 5 คะแนน)	193	83.9
ปานกลาง (1.68 - 3.34 คะแนน)	37	16.2
ต่ำ (0 - 1.67 คะแนน)	0	0.0
การรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
สูง (10.35 - 15 คะแนน)	168	73.0
ปานกลาง (5.68 - 10.34 คะแนน)	62	27.0
ต่ำ (1 - 5.67 คะแนน)	0	0.0

จากตาราง 1 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับความรู้สูง คิดเป็น (ร้อยละ 97.4) ทศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น (ร้อยละ 100) นโยบายและระบบสนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง คิดเป็น (ร้อยละ 99) การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง คิดเป็น (ร้อยละ 83.9) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการจัดการขยะในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง คิดเป็น (ร้อยละ 73)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน (n = 230)

ระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
สูง (41 – 60 คะแนน)	206	89.6
ปานกลาง (21 – 40 คะแนน)	24	10.4
ต่ำ (1 – 20 คะแนน)	0	0.0
$\bar{X} = 1.74$ SD.=0.59		

จากตาราง 2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 89.6 ($\bar{X}=1.74$ SD=0.56) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการขยะเปียกในครัวเรือนโดยวิธีฝังกลบมากที่สุด และมีการนำเศษอาหารไปทำปุ๋ยหมักหรือใช้ในการเกษตรในครัวเรือนน้อยที่สุด

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการขยะในครัวเรือน บ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ตัวแปร	r	P - value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน	0.552	0.000**
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน	0.165	0.012**
ปัจจัยเอื้อ		
นโยบายและระบบสนับสนุนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน	- 0.072	0.280
ปัจจัยเสริม		
การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ	0.412	0.000**
การรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะ	- 0.330	0.000**

** p < 0.01 * p < 0.05

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนบ้านป่าอ้อหมู่ 5 ตำบลแม่ยาวอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ทศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

ด้านความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.000)

ด้านทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.012)

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายและระบบสนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

ด้านนโยบายและระบบสนับสนุนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.280) โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก และจากการศึกษาพบว่านโยบายและระบบสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะส่งผลให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของตนเอง ปัจจัยที่เป็นไปได้อาจรวมถึงการขาดแรงจูงใจเชิงบวก หรือการสื่อสารนโยบายที่ไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ประชาชนอาจมองว่านโยบายและระบบที่มีอยู่ยังไม่สะดวกต่อการนำไปปฏิบัติจริง เช่น การขาดจุดทิ้งขยะที่เหมาะสม

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการจัดการขยะในครัวเรือน

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ด้านการรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)

สรุป อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าวิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDR – PROCEED Mode ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน บ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในภาพรวมประกอบด้วยปัจจัยต่างๆประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ทักษะในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายและระบบสนับสนุนการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จึงสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDR – PROCEED Mode (Green and Kreuter, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของอกินันท์ นิลสุข, (2565) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะ

1. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนบ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่บ้านป่าอ้อ หมู่ 5 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเป็นอย่างดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโสมศิริ เดชารัตน์ และพิริยลักษณ์ เพชรห้วยลึก, (2565) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของบุคคลากรในสถานศึกษา พบว่าพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื่อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยในภาพรวมความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมากขึ้น มักจะมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชญาพร สังข์ขาว พรชัย ขุนคงมี และคณะ, (2563) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชน ป่าแป๊ะ แม่ฮ่องสอน พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการกำจัดมูลฝอยในชุมชน และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมากขึ้นมักจะมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีขึ้นเช่นกัน

ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยในภาพรวมทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลางโดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีความรู้ที่ต่ำแต่ขาดความรู้ หรือทรัพยากรที่จำเป็น อาจไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับทัศนคติของตนเองได้อย่างเต็มที่ การจัดการขยะมูลฝอยเป็นพฤติกรรมที่ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งในระดับบุคคลและสังคม แม้ว่าบุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะ แต่หากไม่มีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เช่น ระบบการจัดเก็บขยะที่เหมาะสม การเข้าถึงถังขยะรีไซเคิล พฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของชญาพร สังข์ขาว พรชัย ขุนคงมี และคณะ, (2563) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชน ป่าแป๊ะ แม่ฮ่องสอน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการกำจัดมูลฝอยในชุมชน โสมศิริ เดชารัตน์, (2565) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของบุคคลากรในสถานศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ดีแต่ขาดความรู้ หรือทรัพยากรที่จำเป็น อาจไม่สามารถไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทัศนคติของตนเองได้อย่างเต็มที่ และการจัดการขยะมูลฝอยเป็นพฤติกรรมที่ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งในระดับบุคคลและสังคม แม้ว่าบุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะ แต่หากไม่มีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เช่น ระบบการจัดเก็บขยะที่เหมาะสม การเข้าถึงถังขยะรีไซเคิล พฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการจัดการขยะ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุดกาญจน์ โคตรมี , (2566) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าความร่วมมือในชุมชนมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ รัญญา แสงพิทักษ์, (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การอบรมเลี้ยงดูทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นักศึกษามีการรับรู้ที่ก่อเกิดตั้งแต่อดีตที่ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่ได้รับการดูแลผ่านการเปิดรับ สอดคล้องกับงานวิจัย สุริยัน แบนเนียม ,ธรรมศักดิ์ สายแก้ว ,และคณะ, (2567) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการขยะในอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี และจากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการจัดการขยะ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนสามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้น

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยภาพรวมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลาง และจากการศึกษาพบว่าข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน หรือไม่ได้มีความน่าสนใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภินันท์ นิลสุข, ศรีณญา เบญจกุล และคณะ , (2565) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการรับรู้ รับทราบการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และจากการศึกษาพบว่าข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนหรือไม่ได้มีความน่าสนใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เทศบาลตำบลแม่ยาวสามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปพัฒนาโครงการอบรมและให้ความรู้โดยเพิ่มการสร้างทัศนคติที่ดีในการคัดแยกขยะเพื่อให้เป็นนโยบายของการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ การลดปริมาณขยะ และแนวทางการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของประชาชนในระยะยาว
2. ชุมชนบ้านป่าอ้อ ตำบลแม่ยาว สามารถนำข้อมูลจากการศึกษามาปรับใช้กับการกำหนดนโยบาย ในการสร้างทัศนคติที่ดีในการคัดแยกขยะเพื่อสามารถสร้างการรวมกลุ่มคัดแยกขยะ ธนาคารความดีเพื่อใช้สร้างรายได้เสริม
3. หน่วยงานเทศบาลตำบลแม่ยาวสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาวางแผนนโยบายสนับสนุนกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การเพิ่มจุดทิ้งขยะ การจัดหาถังขยะที่เหมาะสม และการกำหนดรอบการเก็บขยะให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในพื้นที่ต่างอำเภอ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของแต่ละพื้นที่และหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมในระดับกว้างขึ้น

2. ศึกษาประสิทธิภาพนโยบายการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลแม่วาวที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลแม่วาว เพื่อนำมาเปรียบเทียบและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา แซ่อึ้ง. (2567). ปริมาณ องค์ประกอบขยะมูลฝอยและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 13(1), 5-16.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2564). *รายงานสถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี 2563*. <https://www.pcd.go.th/publication/31985/>
- ชุติกานุจน์ โคตรมี. (2566). /ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จะจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการพัฒนาการเรียนรู้สมัยใหม่*, 8(6), 146-163.
- ชฎาพร สังข์ขาว. (2562). /ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำจัดมูลฝอยในชุมชนป่าแป๋ แม่ฮ่องสอน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(1), 73-82.
- สุริย์พันธุ์ วรพงศธร. (16, /06, 2558). *PRECEDE-PROCEED Model*. /การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17.
- รัชชานนท์ ศรีสุภักดิ์. (2567). /ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการขยะพลาสติกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 19(68), 65-71.
- วิรุทธิ์ เอี่ยมสหนเกียรติ. (2565). /ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ค้าหาบเร่แผงลอย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 9(2), 278-289.
- วรัญญา/แสงพิทักษ์. (2564). /ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(2), 286-298.
- ศรินทร์ทิพย์ บุญจันทร์. (2561). /ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 12(1) 181-190.
- สุริยันต์ แนนเนียน. (2567). /ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการขยะในอำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย*, 1(1), 2-13.
- สุกษา คำเขียน. (2564). /ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 125-139.
- โสมศิริ เดชารัตน์. (2565). /ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1) 127-139.
- อภิรักษ์ นิลสุข. (2565). /ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในอำเภอบ้านดง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา (JBSD)*, 14(1) 19-38.

ภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Health status and Social Participation of older adults in Nang Lae Subdistrict Municipality, Mueang District, Chiang Rai Province.

ธีรสรินทร์ กำไรสิน¹, สุทธิกานต์ สมทะนะ¹, สายฝน สุภาศรี¹, รวิพรดิ พูลลาภ¹, อนัญญา อยู่สวัสดิ์¹
และธิติมา ทาสุวรรณอินทร์^{1*}

Theeritsarin Kamraisin¹, Sutthikan Somthana¹, Saiphon Supasri¹, Rawipat pullarp¹, Ananya Eusawat¹
and Thitima Thasuwana^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 335 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาเท่ากับ .75 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแคว์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.90 เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 53.40 มีภาวะสุขภาพดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 71.90 มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.34, S.D. = .522) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.59, S.D. = .756) และพบว่าข้อท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น งานสังสรรค์ งานเลี้ยง) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.80, S.D. = 1.088) และพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมทางสังคม อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, การมีส่วนร่วมทางสังคม, ผู้สูงอายุ, นางแล, เชียงราย

Abstract

This descriptive study aimed to examine the health status, social participation, and the relationship between health status and social participation among older adults in Nang Lae Subdistrict Municipality, Mueang District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 335 older adults. The research instruments included a personal information record form and a social participation assessment questionnaire specifically developed for this study, with a content validity index ranging from 0.66 to 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.75. Data were collected from November 2024 to February 2025. Descriptive statistics were used for data analysis, and the chi-square test was applied to examine the relationship between health status and social participation.

The results revealed that the majority of the participants were male (57.90%) and belonged to the middle-old age group (70–79 years) at 53.40%. Most participants had good health and were able to care for themselves (71.90%). The overall mean score of social participation was at a high level (Mean = 3.34, S.D. = 0.522). Among specific activities, volunteer work to help others had the highest mean score at a high level (Mean = 3.59, S.D. = 0.756), while participation in social events (e.g., parties, gatherings) had the lowest mean score at a moderate level (Mean = 2.80, S.D. = 1.088). In addition, the study found a statistically significant relationship between health status and social participation ($p = .000$).

The findings of this study can be used as a guideline for health promotion through enhancing social participation, which may contribute to the sustainable well-being of older adults.

Keywords: Health status, Social Participation, older adults, Nang Lae, Chiang Rai Province

¹สาขาวิชาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Elderly Health Management, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: Tithima.ta@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด หมายความว่าสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) และยิ่งพบว่าจังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 26.1 ของประชากรทั้งหมด ทำให้จังหวัดเชียงรายต้องมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) พบว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เช่น การมองเห็นลดลง การได้ยินลดลง หรือการเคลื่อนไหวช้าลง และต้องใช้พลังงานมากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามมาได้ (อริสรา บุญรักษา, 2564) จากเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล แยกตัวจากสังคม จนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ทั้งนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเสื่อมถอย ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลจากการคัดกรองสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 10.88 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 6.78 และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 5.32 (สำนักกรมอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผลกระทบจากการพลัดตกหกล้ม จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 75.9 กลุ่มโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.9 และกลุ่มโรคโครงร่างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ และพบว่าเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 83.2 รองลงมาได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 16.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) อีกทั้งข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ (2566) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกื้อหนุนจากปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 4.14 ลดลง เป็น 3.22 ในปี พ.ศ. 2566 ทำให้วัยแรงงานต้องแบกรับภาวะการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาให้ช้าที่สุด

ปัจจุบันแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมคิดร่วมทำ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, จิราวรรณ กล่อมเมฆ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส, 2563) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น พบว่าผู้สูงอายุมีการอาศัยเพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 6.3 ใน พ.ศ. 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.8 ใน พ.ศ. 2564 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การมีส่วนร่วมทางสังคมจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังได้มีกิจกรรมร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยน ส่งผลให้ความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวลดลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมทำให้เกิดทักษะการดำเนินชีวิต เกิดการแลกเปลี่ยนปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลงได้ แต่หากผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ย่อมอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจตามมาได้ ดังนั้นการเตรียมผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จึงควรเน้นการมีส่วนร่วมทางสังคม นำไปสู่การมีกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเอง ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุน้อย และการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท และได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่าการสนับสนุนศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำศักยภาพของตนเองออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม อันจะเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 2,053 คน (ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เดือนสิงหาคม, 2567) มีเกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ในการศึกษาผู้วิจัยจะทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ วิธีการคำนวณตามสูตรของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ความคาดเคลื่อนร้อยละ 5) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 335 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified Random Sampling) จากนั้นสุ่มแบบง่าย (Simple Sampling) สุ่มโดยใช้อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ละหมู่บ้าน จนครบ 335 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อ ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้งให้ 3 คะแนน บ่อยครั้งให้ 4 คะแนน และเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 10 - 20 คะแนน หมายถึง การมีส่วนร่วมทางสังคมน้อย 21 – 35 คะแนน หมายถึง การมีส่วนร่วมทางสังคมปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน การมีส่วนร่วมทางสังคมมาก วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00 – 1.66) ระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และระดับมาก (3.27 – 5.00) (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลาดยาว โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายวันเวลา ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 สถานภาพสมรส จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 78.20 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 68.10 ไม่ได้ทำงาน จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 79.10 มีโรคประจำตัว จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 มองเห็นชัดเจน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 ได้ยินชัดเจน จำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 78.50 และพบว่าเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 71.90 รองลงมาอยู่ในระดับดี แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่น จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ($n = 335$)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	241	71.90
ดี แต่ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่น	94	28.10
รวม	335	100

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.34, S.D. = .522) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.59, S.D. = .756) รองลงมาได้แก่ ท่านออกกำลังกายกลางแจ้ง (เช่น การเดินเล่น การไปสวนสาธารณะ) อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.56, S.D. = .715) และพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น งานสังสรรค์ งานเลี้ยง) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลาง (Mean = 2.80, S.D. = 1.088) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ($n = 335$)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม
1.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น งานสังสรรค์, งานเลี้ยง)	2.80	1.088	ปานกลาง
2.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (เช่น การประชุม, การทำงานอาสาสมัคร)	3.61	1.176	มาก
3.ท่านมักติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนผ่านโทรศัพท์หรือการพบปะ	3.29	1.210	ปานกลาง
4.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (เช่น การทำบุญ, การร่วมพิธีทางศาสนา)	2.84	1.285	ปานกลาง
5.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ (เช่น การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ, การฝึกอบรมปฏิบัติการ)	3.49	1.091	มาก



คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม
6.ท่านเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนหรือชมรม (เช่น กลุ่มดูแลสุขภาพ, ชมรมผู้สูงอายุ)	3.79	.719	มาก
7.ท่านออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้ง (เช่น การเดินเล่น, การไปสวนสาธารณะ)	3.56	.715	มาก
8.ท่านทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น	3.59	.756	มาก
9.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการออกกำลังกาย (เช่น การออกกำลังกายกลุ่ม)	3.12	.872	ปานกลาง
10.ท่านมีการร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน (เช่น การรับประทานอาหาร)	3.30	.821	มาก
รวม	3.34	.522	มาก

ระดับของมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 70.40 รองลงมาได้แก่ ระดับมาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ($n = 335$)

ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง (21-35 คะแนน)	236	70.40
มาก (36 – 50 คะแนน)	99	29.60
รวม	335	100

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมทางสังคม

ตัวแปร	χ^2	P-value
การมีส่วนร่วมทางสังคม	12.483	.000
ภาวะสุขภาพ		

สรุป อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 ซึ่งยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พบว่าส่วนใหญ่การมองเห็นยังคงชัดเจน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 และได้ยินชัดเจน จำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 78.50 สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิรุวรรณ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,348 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสังคมที่พึ่งตนเองได้ แม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาโรคข้อต่อ กระดูก กล้ามเนื้อ และอาการปวดหลังเรื้อรัง (นิรุวรรณ เทิร์นโบล์และคณะ, 2563) สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

แม้ว่าจะมีโรคประจำตัว จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 แต่ยังคงไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น ร่วมกับยังคงเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 และผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.34, S.D. = .522) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้สูงอายุยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ และเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 พบว่าผลของการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิรุวรรณ เทิร์นโบลและคณะ (2563) ที่พบว่าคะแนนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผลจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) 83 คน คิดเป็นร้อยละ 24.80 และตอนกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 ซึ่งยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และมีส่วนร่วมในสังคมได้ และพบว่าผลของการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 79.10 สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตรา อนุเรือง (2560) ที่ศึกษาการรับรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เขตราชบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 264 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10

เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าข้อท่านทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.59, S.D. = .756) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย วรรณธนะทิศ (2564) ที่ศึกษาทัศนคติและความต้องการมีงานทำของผู้สูงอายุในเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 307 คน พบว่าผู้สูงอายุมองว่าตนเองมีประโยชน์ในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 65.47 (เอกชัย วรรณธนะทิศ, 2564) และผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น งานสังสรรค์ งานเลี้ยง) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.80, S.D. = 1.088) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 (2564) ที่ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงถูกรบกวน : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง จำนวน 400 คน พบว่าการไม่ได้ไปพบปะสังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือมีเพื่อน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.05, S.D. = 1.07) (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3, 2564) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ยังคงมีโรคประจำตัว จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 ทำให้ต้องดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างยังคงไม่ได้ทำงาน จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 79.10 ซึ่งการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานสังสรรค์ หรืองานเลี้ยง จะช่วยทำให้ลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันลง

ผลจากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 ซึ่งยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 79.10 ทั้งนี้พบว่าเมื่อมีภาวะสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม อันจะทำให้ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของภัทรดา อุ่นกลม (2562) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรับรู้คุณค่าของตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร จำนวน 237 คน พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ภัทรดา อุ่นกลม, 2562) อีกทั้งยังพบว่าการปฏิบัติงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.46, S.D. = .57) (กรรวิ แก้วมณี, 2560)

ผลจากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการการมีส่วนร่วมทางสังคมผู้สูงอายุ อันจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสุขภาพและการออกกำลังกาย (เช่น การออกกำลังกายกลุ่ม) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 872) จึงควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว เพื่อนำมาใชวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีสำหรับผู้สูงอายุต่อไป
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางทางในการจัดการด้านสุขภาพ ที่เน้นการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ อันจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรรวิ แก้วมณี.(2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครกับการปฏิบัติงานอาสาสมัคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566. กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). รายงานข้อมูลตำบลนางแล. From: <https://3doctor.hss.moph.go.th/main>
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2557). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 15. นนทบุรี : เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์ จำกัด
- ภัทรธรา อุ่นกลม. (2562). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรับรู้คุณค่าของตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 22(1), 125-36.
- นิรุวรรณ เทรินโบล, วิลาวัลย์ ขาดา, วิภา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุทิน ชนะบุญ, เบญจพล แสงใส, สุภาพร ชัยชาญ วัฒนา และนงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล. (2563). ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 35-49
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, จีราวรรณ กล่อมเมฆ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส.(2563). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของ ผู้สูงอายุในตำบล มวกเหล็ก อำเภอเมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 15-25.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ3.(2564).รูปแบบที่เหมาะสมของการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ดูครอบครัวย : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์.
- สำนักกรมอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานประจำปี 2566.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด.กระทรวงดิจิทัลเพื่อ เศรษฐกิจและสังคม.
- อริสรา บุญรักษา.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง อำเภอกู่แก้ว จังหวัดพะเยา. สาธารณสุข มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- อนุดตรา อนุเรือง.(2560). *การรับรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เขตราชภัฏบวรณะ กรุงเทพมหานคร*. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอกชัย วรรณธนะทิศ.(2564). *ทัศนคติและความต้องการมีงานทำของผู้สูงอายุในเทศบาลนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper. & Row

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

Factors Associated with Rice Farmers' Attitudes Toward Chemical Use in Rice Farming in Mae O Subdistrict, Phan District, Chiang Rai Province

ศรัณยา คำน้อย¹, วารุณี พันธวงศ์², พัทธนีย์ คำธาร³, มณีรัตน์ สวนม่วง⁴, อารีย์ จอแย^{5*}

Saranya Khamnoi¹, Warunee Phanwong², Phatanit Khamthan³, Maneerat Suanmuang⁴, Aree Choyae^{5*}

บทคัดย่อ

การใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยแต่ละปีมีผู้ได้รับอันตราย จากการสัมผัสสารเคมีจำนวนมาก งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของเกษตรกรชาวนา ทัศนคติ ใน การใช้สารเคมี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติในการใช้สารเคมีของเกษตรกรในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรชาวนา จำนวน 336 คน ใช้การสุ่มแบบง่าย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี จำนวน 14 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.80) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 49.70) สมรส (ร้อยละ 48.50) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.60) และมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 35.70) ทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมีอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.20) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ ทาง สถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

ผลการศึกษาควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมี ส่งเสริมเกษตรปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์ หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำคู่มือการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย จัดการตรวจสุขภาพประจำปี และสนับสนุนการรวมกลุ่ม เกษตรกรเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ในการลด การใช้สารเคมี

คำสำคัญ: เกษตรกรชาวนา, การใช้สารเคมี, ทัศนคติ, พฤติกรรมการใช้สารเคมี, ผลกระทบต่อสุขภาพ

Abstract

The use of chemical substances among rice farmers remains a significant public health concern. Each year, with many individuals affected by chemical exposure each year. This study to examine the personal characteristics of rice farmers, their attitudes toward chemical use, and the relationship between personal factors and attitudes toward chemical use among farmers in Mae Or Subdistrict, Phan District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 336 rice farmers selected through simple random sampling. A cross-sectional descriptive study design. Data were collected using a questionnaire divided into 2 parts: (1) personal information and (2) attitudes toward chemical use, consisting of 14 items measured using a 4-point rating scale. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using the Chi-square test.

The research findings revealed that the majority of the participants were female (51.80%), aged between 51 and 60 years (49.70%), married (48.50%), had completed primary education (42.60%), and had an average annual income between 50,001 and 100,000 baht (35.70%). Attitudes toward chemical use were found to be at a high level (54.20%). Personal factors that showed a statistically significant relationship with attitudes toward chemical use ($p < 0.05$) included gender, age, marital status, education level, and income.

Based on the findings, it is recommended that training programs be organized to educate farmers about the dangers of chemical use. Additionally, promoting safe and organic farming practices is encouraged. Public health agencies should develop safety manuals for chemical use, conduct annual health check-ups, and support the formation of farmer groups to facilitate knowledge exchange on reduce chemical usage.

Keywords: Rice farmers, Chemicals, Attitude, Chemical usage behavior, Health effects

¹สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Major of Occupational Health and Safety, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: choyae@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีจำนวนประชากรในภาคเกษตรไม่น้อยกว่าสามสิบล้านคน การผลิตพืชไร่เป็นกิจกรรมทางการเกษตรที่สำคัญ เนื่องจากให้ผลผลิตที่สามารถใช้เป็นสินค้าเพื่อการบริโภคภายในประเทศและสามารถส่งออกได้ เช่น ข้าว ยางพารา มันสำปะหลัง โดยเฉพาะข้าว ซึ่งไม่เพียงเป็นอาหารหลักของประชาชนไทย แต่ยังสามารถแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ และถือเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีบทบาทสำคัญในการส่งออก ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนาสายพันธุ์ข้าวและยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้าวไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นข้าวคุณภาพดีในตลาดโลก (สยาม อรุณศรีมรกด, 2564) จากสถิติปี 2567 ระบุว่าประเทศไทยมีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 6,903,587 ครัวเรือน สมาชิกในครัวเรือนทั้งสิ้น 16,711 คน (กรมส่งเสริมการเกษตร, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาคเกษตรยังคงเป็นอาชีพหลักของประชากรไทย ขณะเดียวกันการใช้วัตถุอันตรายทางการเกษตรก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรถึง 0.114 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 16.32 ที่มีการนำเข้า 0.098 ล้านตัน ซึ่งรวมถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีแนวโน้มใช้เพิ่มขึ้นทุกปี เกษตรกรนิยมใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิตและป้องกันศัตรูพืช การใช้สารเคมีอย่างไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดกระทบทั้งต่อสุขภาพของผู้ใช้ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยของผู้บริโภค ดังนั้นทัศนคติของเกษตรกรต่อการใช้สารเคมีจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย ทัศนคติดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพส่วนบุคคล แรงจูงใจทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม การส่งเสริมให้ความรู้และมาตรการสนับสนุนจากภาครัฐมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรให้ปลอดภัยมากขึ้น (สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2565)

จังหวัดเชียงราย ซึ่งตั้งอยู่ในภาคเหนือของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ปลูกข้าวมากที่สุดในภูมิภาค โดยมีการทำนาทั้งในรูปแบบนาปรังและนาปี โดยเฉพาะในอำเภอยางนา ซึ่งถือเป็นแหล่งผลิตข้าวสำคัญของจังหวัด ปัจจุบันเกษตรกรในพื้นที่มีแนวโน้มใช้สารเคมีในการทำนามากขึ้น ทั้งเพื่อเร่งการเจริญเติบโตของต้นข้าว ใช้ควบคุมวัชพืชที่อาจปกคลุมและสร้างความเสียหายให้กับต้นข้าว และใช้สารกำจัดศัตรูพืชต่างๆ ซึ่งมักได้ผลรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการใช้สารเคมีเหล่านี้ส่งผลให้มีการตกค้างของสารเคมีในผลผลิตและผลิตภัณฑ์จากข้าว อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งเกษตรกรผู้ปลูกข้าวเอง รวมถึงประชาชนผู้บริโภค อีกทั้งยังสร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและด้านเศรษฐกิจ (สยาม อรุณศรีมรกด, 2564) เกษตรกรในพื้นที่ยังนิยมใช้สารเคมีในปริมาณมาก โดยเฉพาะในกระบวนการทำนาปลูกข้าว ซึ่งรวมถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่แพร่หลาย ได้แก่ สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดวัชพืช สารป้องกันและกำจัดโรคพืช รวมถึงปุ๋ยเคมี การใช้สารเคมีเหล่านี้มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การตกค้างของสารเคมีในดินและแหล่งน้ำ และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร ทั้งในรูปแบบของพิษเฉียบพลันและพิษเรื้อรัง โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้สารเคมีในปริมาณมากเกินไปจนเกินความจำเป็นหรือมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักความปลอดภัย (กรมวิชาการเกษตร, 2561) ในปี พ.ศ. 2563 รายงานว่ามีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตรจำนวน 5,721 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 8.62 ต่อประชากรแสนคน โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด 14.89 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดเชียงรายอยู่ในอันดับ 7ของประเทศด้วยอัตรา 20.13 ต่อแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2563) แม้จะมีมาตรการควบคุมและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงพบว่ามีเกษตรกรจำนวนมากยังขาดความตระหนักเรื่องความปลอดภัย เช่น ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน หรือใช้สารเคมีในปริมาณที่เกินคำแนะนำ ซึ่งอาจมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความเสี่ยงของสารเคมี ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของเกษตรกรในการใช้สารเคมีจึงมีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา โดยเฉพาะในตำบลแม่ฮั่ว อำเภอยางนา จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของเกษตรกรชาวนาในการใช้สารเคมีทางการเกษตร โดยวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อทัศนคติของเกษตรกรชาวนา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรชาวนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาตามวิธีการดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นเกษตรกรชาวนา ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 987 ครัวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 คน การกำหนดขนาดของตัวอย่างตามสัดส่วนที่เท่ากันกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ เกษตรกรชาวนาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จาก 20 หมู่บ้าน ทำการสุ่มตัวอย่างได้ 10 หมู่บ้าน จากวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยวิธีจับฉลาก 10 ครั้ง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่เท่ากันตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างครัวเรือนเกษตรกรชาวนา

ตำบล/หมู่บ้าน	ครัวเรือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ที่ 2 แม่ฮ้อนอก	80	27
หมู่ที่ 3 แม่แก้วใต้	76	27
หมู่ที่ 6 แม่แก้วกลาง	147	50
หมู่ที่ 9 แม่แก้วเด่นชัย	117	40
หมู่ที่ 10 แม่แก้วเหนือ	122	40
หมู่ที่ 11 แม่ฮ้อหลวง	136	47
หมู่ที่ 14 แม่แก้วรุ่งเรือง	170	58
หมู่ที่ 15 แม่ฮ้อสันติ	15	7
หมู่ที่ 16 แม่ฮ้อ	64	20
หมู่ที่ 17 แม่แก้วพัฒนา	60	20
รวม	987	336

(แหล่งที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย, 2566)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา รวมไปถึงศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อ อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยบาท/ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติการใช้สารเคมี จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีการประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



ระดับคะแนน	การแปลผลคะแนน
1.00 – 2.33	มีทัศนคติในระดับต่ำ
2.34 – 3.66	มีทัศนคติในระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	มีทัศนคติระดับสูง

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการตรวจสอบเป็นปรนัยของแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และภาษาสำนวนของข้อความแบบสอบถามว่าถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence: IOC) รวมทั้งปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

- ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence : IOC) 0.98

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลและได้ใช้ทฤษฎีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ (Cronbach,1970) โดยเก็บข้อมูลแล้วนำไปประมวลผลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งผลจากการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือได้รับผล ดังนี้

- ค่าความเที่ยงของทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมีของเกษตรกรชาวนา (Reliability : r) 0.77

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองและนำแบบสอบถามที่ได้คืนมาตรวจสอบการเก็บข้อมูลมีวิธีการ ดังนี้

1. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลแก่กลุ่มเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ส่งหนังสือไปยังผู้ใหญ่บ้าน ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากเกษตรกรชาวนา

3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพื้นที่ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยพร้อมอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มเกษตรกรชาวนา

4. แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยพร้อมอธิบายการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

5. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กับเกษตรกรชาวนา ตำบลแม่ฮ้อย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

6. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง

7. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และดำเนินการตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

8. หากผู้กรอกแบบสอบถามข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งคืน ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูล ณ เวลานั้น

9. เก็บรวบรวมแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

10. ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของค่าไคสแควร์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีการแสดงผลข้อมูลในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกรชาวนา เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยบาท/ปี แบบสอบถามส่วนที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมีของเกษตรกรชาวนา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi – Squared Test) วิเคราะห์แบบสอบถามเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามตอบกลับมาที่มีความสมบูรณ์ของการให้ข้อมูลและเนื้อหา จากชุดแบบสอบถามทั้งสิ้น 340 ชุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ไว้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ้อย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 174 คน (ร้อยละ 51.8) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 167 คน (ร้อยละ 49.7) มีสถานภาพสมรส จำนวน 163 (ร้อยละ 48.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 143 คน (ร้อยละ 42.6) รายได้ 50,001 – 100,000 บาท/ปี จำนวน 120 คน (ร้อยละ 35.7)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=336)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	162	48.2
หญิง	174	51.8
อายุ		
21 – 30 ปี	14	4.20
31 – 40 ปี	39	11.6
41 – 50 ปี	61	18.2
51 – 60 ปี	167	49.7
60 ปีขึ้นไป	55	16.4
สถานภาพ		
โสด	50	14.9
สมรส	163	48.5
แยกกันอยู่	60	17.9
หย่าร้าง	32	9.5
เป็นหม้าย	31	9.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	10.7
ประถมศึกษา	143	42.6
มัธยมศึกษา	134	39.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	23	6.8



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=336) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยบาท/ปี		
ต่ำกว่า 20,000 บาท/ปี	107	31.8
ตั้งแต่ 20,001-50,000 บาท/ปี	109	32.4
50,001-100,000 บาท/ปี	120	35.7

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี ผลการวิเคราะห์ พบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} \pm S.D. = 2.55 \pm 0.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านคิดว่าการทำงานเกี่ยวกับสารเคมี โดยที่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้เป็นโรคผิวหนังหรือโรคอื่นๆได้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.95 \pm 0.22$) รองลงมาคือ ข้อที่ 11 ท่านคิดว่าการทำความสะอาดหัวฉีดโดยใช้ปากเป่า สามารถทำให้สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.94 \pm 0.23$) และน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 6 ท่านคิดว่าในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมี หากมีอาการหน้ามืด ควรรีบพ่นให้เสร็จแล้วค่อยหยุดพัก ($\bar{X} \pm S.D. = 2.20 \pm 0.98$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี (n=336)

ข้อ	ทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมายระดับ
1	ท่านคิดว่าการทำงานเกี่ยวกับสารเคมี โดยที่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้เป็นโรคผิวหนังหรือโรคอื่นๆได้	2.95	0.22	เห็นด้วย
2	ท่านคิดว่าอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทำให้รำคาญเวลาสวมใส่	2.49	0.87	ไม่แน่ใจ
3	ท่านเชื่อว่าการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัยจะไม่ก่ออันตรายต่อสุขภาพ	2.32	0.46	ไม่แน่ใจ
4	ท่านเชื่อว่าการสัมผัสสารเคมีจะส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวได้	2.32	0.46	ไม่แน่ใจ
5	ท่านคิดว่ามีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีเพียงพอที่จะทำงานได้อย่างปลอดภัย	2.45	0.63	ไม่แน่ใจ
6	ท่านคิดว่าในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมี หากมีอาการหน้ามืด ควรรีบพ่นให้เสร็จแล้วค่อยหยุดพัก	2.20	0.98	ไม่แน่ใจ
7	ท่านคิดว่าการผสมสารเคมีไม่จำเป็นต้องสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	2.55	0.82	เห็นด้วย
8	ขณะฉีดพ่นสารเคมี ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงทิศทางลม	2.51	0.89	เห็นด้วย
9	ท่านคิดว่าการล้างภาชนะบรรจุสารเคมีในแหล่งน้ำจะทำให้สัตว์น้ำได้รับอันตราย	2.54	0.49	เห็นด้วย
10	ท่านคิดว่าหากจับสัตว์น้ำที่อยู่แหล่งน้ำที่มีการปนเปื้อนสารเคมีนำมาทำอาหาร จะทำให้ได้รับอันตรายจากสารเคมีด้วย	2.54	0.49	เห็นด้วย
11	ท่านคิดว่าการทำความสะอาดหัวฉีดโดยใช้ปากเป่า สามารถทำให้สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้	2.94	0.23	เห็นด้วย



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี (n=336) (ต่อ)

ข้อ	ทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี	$\bar{x}$	S.D.	แปลความหมายระดับ
12	ท่านคิดว่าการฝังภาชนะบรรจุสารเคมี เป็นวิธีกำจัดที่ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อมมากที่สุด	2.42	0.49	ไม่เห็นด้วย
13	ท่านคิดว่าภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้ว เช่น แกลลอนสามารถนำมาล้างเอาไปบรรจุน้ำดื่มโดยไม่เป็นอันตราย	3.00	0.00	เห็นด้วย
14	ท่านคิดว่าบุคคลที่อยู่ใกล้บริเวณที่มีการฉีดพ่นสารเคมีจะมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากสารเคมี	2.52	0.50	เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ยรวม		2.55	0.53	เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 336 คน มีระดับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี อยู่ในระดับสูง จำนวน 182 คน (ร้อยละ 100.0) และระดับปานกลาง จำนวน 154 คน (ร้อยละ 45.8)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี (n=336)

ระดับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทศนคติในระดับปานกลาง	2.34 – 3.66	154	45.8
ทศนคติระดับสูง	3.67 – 5.00	182	54.2
รวม		336	100.0

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมีของเกษตรกรชาวนาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลกับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี (n=336)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับทศนคติเกี่ยวกับสารเคมี		χ^2	P - value
		ปานกลาง	ระดับสูง		
เพศ	ชาย	47	115	35.65	0.00*
	หญิง	107	67		
อายุ	21 – 30 ปี	6	8	34.35	0.00*
	31 – 40 ปี	6	33		
	41 – 50 ปี	26	35		
	51 – 60 ปี	100	67		
	60 ปีขึ้นไป	16	39		
สถานภาพ	โสด	28	22	40.19	0.00*
	สมรส	97	66		
	แยกกันอยู่	12	48		
	หย่าร้าง	7	25		
	เป็นหม้าย	10	21		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี (n=336) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี		χ^2	P - value
		ปานกลาง	ระดับสูง		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	22	14	78.89	0.00*
	ประถมศึกษา	100	43		
	มัธยมศึกษา	25	109		
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	16		
รายได้เฉลี่ยบาท/ปี	ต่ำกว่า 20,000 บาท/ปี	81	26	125.29	0.00*
	ตั้งแต่ 20,001-50,000 บาท/ปี	66	43		
	50,001-100,000 บาท/ปี	7	113		

สรุป อภิปรายผล

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ในตำบลแม่ฮ่อง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี ($p < 0.00$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันปิติ ธรรมศรี และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดแมลง ($p < 0.01$) และอายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับสารเคมี ($p < 0.00$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันปิติ ธรรมศรี และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดแมลง ($p < 0.01$) และสถานภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี ($p < 0.00$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธงชัย อามตยบัณฑิต (2566) ที่ได้ทำการศึกษปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยเน้นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ และพฤติกรรม แต่ไม่ได้พิจารณาสถานภาพเป็นตัวแปรหลักในการวิเคราะห์ จะมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ส่วนของสถานภาพยังไม่มีการศึกษาหาว่ามีความสอดคล้องกันกับทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมี

ผลจากการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมีของเกษตรกรชาวนา ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับ เห็นด้วย แสดงให้เห็นว่า มีความเห็นด้วยหรือมีทัศนคติที่ตรงกับข้อความหรือคำถาม เช่น ท่านคิดว่าการล้างภาชนะบรรจุสารเคมีในแหล่งน้ำจะทำให้สัตว์น้ำได้รับอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย ชำนาญชลเจริญ และคณะ (2567) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มผู้เพาะกล้าถั่วขาว ตำบลดอนคา อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกษตรกรมีทัศนคติที่ดีขึ้น เช่น เกษตรกรคิดว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้และการฉีดพ่นจำเป็นต้องใส่ใจเรื่องทิศทางลม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยบาท/ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวันปิติ ธรรมศรี และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ และสถานภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวนา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย อามตยบัณฑิต (2566) ซึ่งไม่ได้พบว่าสถานภาพมีผลต่อทัศนคติหรือพฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฮ่อม ตำบลแม่ฮ่อม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และผู้นำชุมชน สามารถนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอบรมภาคทฤษฎีภายในชุมชน/ตำบล โดยร่วมมือกับหน่วยงานด้านเกษตร สาธารณสุขหรือมหาวิทยาลัยในพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง ความเสี่ยงของสารเคมี วิธีการอ่านฉลากสารเคมี การเลือกใช้สารที่ปลอดภัย และการกำจัดสารเคมีที่เหลืออย่างถูกวิธี

2. จัดกิจกรรมเวิร์กช็อปแบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop) เช่น การสาธิตและฝึกปฏิบัติการผสมสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างถูกต้อง โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากกรมวิชาการเกษตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้มีประสบการณ์จริงในพื้นที่ และควรจัดทำคู่มือหรือแผ่นพับความรู้แจกจ่ายแก่เกษตรกร เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมเกษตรกรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมประเภทอื่นๆ นอกเหนือจากชาวนา เช่น ผู้ปลูกผัก ผลไม้ หรือพืชเศรษฐกิจอื่นๆ เนื่องจากภายในพื้นที่วิจัยอาจมีเกษตรกรหลากหลายกลุ่ม การศึกษาเฉพาะกลุ่มชาวนาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการสะท้อนปัญหาและพฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกรทั้งชุมชน การขยายกลุ่มตัวอย่างจะช่วยให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายหรือการส่งเสริมได้หลากหลายยิ่งขึ้น

2. ควรปรับถ้อยคำและภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้เหมาะสมกับระดับความรู้และความเข้าใจของกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ โดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางวิชาการหรือศัพท์เฉพาะที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน ควรมีการทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้นกับกลุ่มเกษตรกรกลุ่มเล็กก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อประเมินระดับความเข้าใจและความเหมาะสมของแบบสอบถามและปรับแก้ให้สามารถสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิชาการเกษตร. (2551). *การวิเคราะห์ระบบนิเวศเกษตรพื้นที่ปลูกข้าวจังหวัดเชียงราย*. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 จาก ; <http://lib.doa.go.th/multim/BB00027.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2563). *สถิติพิษจากสารเคมีทางการเกษตร*. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 จาก ; https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_AESR_NCD_2563.pdf
- กรมส่งเสริมการเกษตร. (2567). *ข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเกษตรกร*. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 จาก ; <http://www.agriinfo.doae.go.th/>
- ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2566). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.
- พิชัย ชำนาญชลเจริญ, อิทธิพล ดวงจินดา, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์. (2567). ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มผู้เพาะกล้าถั่วเขียว ตำบลดอนคา อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสหเวชศาสตร์และสุขภาพชุมชน* ,1(1), 25-43.
- ยลดา เข้มศรีรัตน์. (2557). *เกณฑ์อ้างอิงลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาขาม ตำบลห้วยยาง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร*. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม พ.ศ.2568 จาก ; <http://cupsakol.org/pkp2/pkp2/Thu121503.pdf>
- วันปิติ ธรรมศรี, สิริพร พรหมอุทัย, วนิดา บุษยาตรัส, สุขุมารณ์ ศาลางาม. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ* ,7(2), 71-81.
- สยาม อรุณศรีมรกต, วรพร สังเนตร, ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์. (2564). การใช้สารเคมีในการทำข้าวของเกษตรกรในอำเภอนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารเกษตรพระวรุณ*, 14(2), 173-180.



สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2565). ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568 จาก ; <https://www.onep.go.th/>
องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฮ้อ. (2566). ข้อมูลรายชื่อผู้ลงทะเบียนเกษตรกรชาวนาตำบลแม่ฮ้อ. เจ้าหน้าที่รัฐองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฮ้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

The Relationship Between Occupational Health and Safety Risks and Self-Protection Behavior of Longan Farmers in Mae Tam Subdistrict, Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province

ณัฐริกา ศรีอำคา^{1*}, อารีย์ จอแย², ธนพนธ์ คำเที่ยง², กาญจนา ปินตากำ² และอาจารย์ วารุณี พันธวงศ์^{2*}
Nattharika Sriamca^{1*}, Aree Choyae², Thanaphon Khamthiang², Kanjanar Pintakham²
and Warunee Phanwong^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในเกษตรกรชาวสวนลำไย พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ของเกษตรกรชาวสวนลำไย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 220 คนจากสุตรการหา Taro Yamane เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเสี่ยงอันตรายในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่าความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเกษตรกรชาวสวนลำไยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.90 พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไยมีผลรวมในระดับสูง ร้อยละ 89.10 และความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.856, p = 0.000$) ดังนั้นควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ด้านความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ความเสี่ยง, พฤติกรรม, เกษตรกรชาวสวนลำไย

Abstract

This study employed a descriptive cross-sectional research design and aimed to examine occupational health and safety risks among longan orchard farmers, their risk prevention behaviors, and the relationship between occupational health and safety risks and self-protection behaviors in Mae Tam Subdistrict, Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province. A total of 220 participants were selected using the Taro Yamane formula.

Data were collected using two questionnaires: one on occupational health and safety risks, and another on self-protective behaviors against occupational hazards. Data analysis involved frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that occupational health and safety risks among longan farmers were at a high level (75.90%). Their self-protection behaviors were also at a high level (89.10%). Furthermore, there was a statistically significant positive correlation between occupational health and safety risks and self-protection behaviors ($r = 0.856$, $p < 0.000$). Therefore, it is recommended to promote self-protection behaviors among longan orchard farmers in Mae Tam Subdistrict, Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province, in order to mitigate occupational health and safety risks and promote sustainable health development.

Keywords: Risk, Behavior, Longan orchard farmers

¹ นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Students of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

² Lecturer of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: P.warunee@hotmail.com

บทนำ

ในประเทศไทยมีประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรชาวสวนลำไยถึงมีจำนวนครัวเรือนที่ขึ้นทะเบียนปลูกลำไยกับกรมส่งเสริมการเกษตร 138,656 ครัวเรือน คิดเป็นพื้นที่ปลูกลำไย 1,039,756 ไร่ โดยเฉลี่ยครัวเรือนละ 7.51 ไร่ (กรมส่งเสริมการเกษตร, 2565) และลำไยเป็นผลไม้ยืนต้นที่ปลูกกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคเหนือ ลำไยไทยมีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก ลำไย จากสถิติการส่งออกลำไยของแต่ละจังหวัดที่มีการส่งออกมากที่สุด 5 ลำดับดังต่อไปนี้ เชียงใหม่ มีพื้นที่ปลูกลำไย 455,291 ไร่ คิดเป็นผลผลิต 397,852 ตัน ส่งออก 264,894 ตัน คิดเป็นมูลค่า 8,511 ล้านบาท ลำพูน มีพื้นที่ปลูกลำไย 337,044 ไร่ คิดเป็นผลผลิต 286,921 ตัน ส่งออก 191,548 ตัน คิดเป็นมูลค่า 6,156 ล้านบาท เชียงราย มีพื้นที่ปลูกลำไย 277,570 ไร่ คิดเป็นผลผลิต 234,317 ตัน ส่งออก 155,871 ตัน คิดเป็นมูลค่า 5,049 ล้านบาท แม่ฮ่องสอน มีพื้นที่ปลูกลำไย 94,476 ไร่ คิดเป็นผลผลิต 78,614 ตัน ส่งออก 52,409 ตัน คิดเป็นมูลค่า 1,688 ล้านบาท ตาก: มีพื้นที่ปลูกลำไย 88,725 ไร่ คิดเป็นผลผลิต 74,135 ตัน ส่งออก 49,290 ตัน คิดเป็นมูลค่า 1,582 ล้านบาท (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2566)

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดอันดับที่ 3 ของประเทศไทยที่มีการส่งออกลำไยมากที่สุดทำให้มีเกษตรกรที่ประกอบอาชีพการทำสวนลำไยมีการสร้างรายได้ให้กับประเทศเป็นอย่างมากแต่ในอาชีพเกษตรกรชาวสวนลำไยส่วนใหญ่เป็นแรงงานของคนในครอบครัวทำให้แรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับการคุ้มครองหรือไม่มีหลักประกันทางสังคมในการทำงานและในการทำงานมีความเสี่ยงต่อบริบทของการทำงานในทุกขั้นตอน เช่นการใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมี ยังพ่นให้ลำไยออกดอก ยาฆ่าแมลง และในส่วนอื่นของการตกแต่งกิ่งลำไย การรดน้ำต้นลำไยเนื่องจากฝนที่ไม่ตกตามฤดู ในการทำงานรวมถึงการเก็บผลผลิตที่มีท่าทางในการทำงานไม่ถูกต้องตามการยศาสตร์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรชาวสวนลำไยมีความเสี่ยงต่อการทำงานมีการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยไปถึงรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต

ในพื้นที่ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีจำนวนประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรชาวสวนลำไยจำนวน 398 คน จากปัญหาเกี่ยวข้องต้นจึงทำให้ผู้วิจัยอยากจะศึกษาข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ต้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ต้า นำไปใช้ประโยชน์ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีทั้งหมด 11 หมู่บ้าน จำนวน 398 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ขนาดตัวอย่างคำนวณได้ จำนวน
ทั้งนี้ แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้นและป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10
จึงได้ 220 คน

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ สุ่มตัวอย่างแบบอาศัยหลักความน่าจะเป็นโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นเพื่อหาจำนวนคนที่
เป็นเกษตรกรชาวสวนลำไยในแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างง่าย เป็นการคัดเลือกโดยการกำหนดสัดส่วนในแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามกำหนด โดยมี
เกณฑ์การคัด คือ ต้องมีสมมติฐานเป็นเกษตรกร (ที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกรชาวลำไย), ต้องปฏิบัติงานในสวนโดยตนเอง
(จ้างได้บ้างขั้นตอน) และ สื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ใช้เป็นเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
เกษตรกรชาวสวนลำไยจำนวน 26 ข้อเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันความ
เสี่ยงอันตรายในการทำงานเกษตรกรชาวสวนลำไยจำนวน 13 ข้อแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยการคำนวณการแบ่งเกณฑ์
คะแนนของแบบสอบถามมี 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ได้คะแนน ร้อยละ 80 -
100 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79 มีความรู้ในระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้
อยู่ในระดับต่ำ โดยมีส่วนประกอบเนื้อหาที่สำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเกษตรกรชาวสวนลำไย

26 คะแนน ถึง 58 คะแนน ต่ำ

59 คะแนน ถึง 77 คะแนน ปานกลาง

78 คะแนน ถึง 104 คะแนน สูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงานเกษตรกรชาวสวนลำไย

13 คะแนน ถึง 31 คะแนน ต่ำ

32 คะแนน ถึง 41 คะแนน ปานกลาง

42 คะแนน ถึง 52 คะแนน สูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไยหมู่บ้านแม่ตำเหือ ตำบลตาดคว้น อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Chronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อใช้เป็นแบบสอบถามเป็นข้อมูลของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ตำ
อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือบันทึกข้อความออกหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย ส่งไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เพื่อขอลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล
ประกอบการทำวิจัย

3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยทำการลงพื้นที่ ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามให้กับเกษตรกรชาวสวนลำไย
ตำบลแม่ตำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

4. แจกจ่ายละเอียดยกยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยพร้อมอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มเกษตรกร
ชาวสวนลำไย ตำบลแม่ตำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

5. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามและทำการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง
6. เก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS) ที่สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกรชาวสวนลำไยโดยใช้สถิติอ้างอิง Pearson's Correlation Coefficient ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย (n=220)

ข้อ	ปัจจัยความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
1.	ท่านสัมผัสกับอากาศร้อนในการทำงานหรือกลางแจ้ง	3.70	0.52	สูง
2.	ท่านสัมผัสความสั่นสะเทือนจากเครื่องตัดหญ้า หรือเครื่องจักรในการทำงาน	3.51	0.79	สูง
3.	ท่านสัมผัสกับเสียงดังของเครื่องจักรหรือเครื่องมือในการทำงาน เช่นการพ่นสารบำรุงลูกลำไย	3.21	0.86	สูง
4.	ท่านสัมผัสความชื้นระหว่างทำงาน เช่น เสื้อผ้าเปียกชื้น	2.88	0.84	สูง
5.	บริเวณที่ท่านทำงานมีการพบเจอหรือสัตว์เลื้อยคลาน	2.50	1.03	ปานกลาง
6.	บริเวณที่ท่านทำงานมีแมลงมีพิษ เช่น มด ผึ้ง ต่อ แตน เป็นต้น	3.21	0.86	สูง
7.	บริเวณที่ท่านทำงานมีเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา	2.80	1.02	ปานกลาง
8.	บริเวณที่ท่านทำงานมียุง	2.80	1.02	ปานกลาง
9.	ท่านสัมผัสกับสารเคมีกำจัดวัชพืช	2.99	1.04	ปานกลาง
10.	ท่านสัมผัสกับสารเคมีกำจัดแมลง	3.41	0.94	สูง
11.	ท่านสัมผัสกับสารเคมีกำจัดเชื้อรา หรือโรคของต้นลำไย	2.57	1.01	ปานกลาง
12.	ท่านสัมผัสกับ ปุ๋ยเคมี ฮอร์โมนและสารเร่งการเจริญเติบโต	2.80	1.02	ปานกลาง
13.	ท่านมีการก้มหรือโค้งงอตัวไปด้านหลังในระหว่างการทำงาน	3.60	0.61	สูง
17.	ท่านมีเอียงตัวไปด้านข้างด้านใดด้านหนึ่งในระหว่างการทำงาน	3.21	0.86	สูง
15.	ท่านมีบิดเอี้ยวลำตัวหรือฝ่ามือในระหว่างการทำงาน	3.28	0.85	สูง
16.	ท่านมีการทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ	2.85	0.99	ปานกลาง
17.	ท่านมีออกแรงยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักในระหว่างการทำงาน	3.18	1.07	สูง
18.	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับช่วงเวลาการเก็บเกี่ยวให้ทันกับความต้องการของตลาดรับซื้อ	3.30	0.91	สูง
19.	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะแห้งแล้ง	3.44	0.75	สูง
20.	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับรายได้และราคาของผลผลิต	3.45	0.72	สูง
21.	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับความคุ้มทุนในการทำสวนลำไย	3.50	0.77	สูง
22.	ท่านมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของมีคมในขณะทำงาน	3.70	0.52	สูง
23.	ท่านมีการปีนป่ายหรือขึ้นบนที่สูง	3.08	0.92	ปานกลาง
24.	ท่านมีของเกะกะและกีดขวางทางเดิน	3.31	0.96	สูง



25. บริเวณที่ทำงานพื้นเปียกหรือพื้นลื่น	3.70	0.52	สูง
26. บริเวณที่ทำงานมีพื้นที่ต่างระดับหรือทางลาดเอียง	3.46	0.77	สูง
รวม	3.21	0.35	สูง

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเกษตรกรชาวสวนลำไย โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.21 \pm 0.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 ท่านสัมผัสกับอากาศร้อนในการทำงานหรือกลางแจ้ง ปัจจัยความเสี่ยงทางการเกิดอุบัติเหตุ ข้อที่ 22 ท่านมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของมีคม ในขณะที่ทำงาน ข้อ 25 บริเวณที่ทำงานพื้นเปียกหรือพื้นลื่น ($\bar{X} \pm S.D. = 3.70 \pm 0.52$) และข้อที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อที่ 5 บริเวณที่ทำงานมีการพบเจอหมีหรือสัตว์เลื้อยคลาน ($\bar{X} \pm S.D. = 2.50 \pm 1.03$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงาน เกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย (n=220)

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงาน	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1.	ท่านพักผ่อนเพียงพอก่อนเริ่มปฏิบัติงาน	3.43	0.72	สูง
2.	ท่านมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเองก่อนทำงาน	3.69	0.71	สูง
3.	ท่านอ่านฉลากสารเคมีก่อนใช้งาน	3.46	1.02	สูง
4.	ท่านตรวจสอบสภาพอากาศก่อนทำงาน เช่น แดดร้อน ฝนตก	3.63	0.76	สูง
5.	ท่านสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิดและรัดกุม เช่น เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว รองเท้าบูท หมวกป้องกันแดด	3.41	0.89	สูง
6.	ท่านสวมใส่หน้ากากป้องกันสารเคมี แวนตา และถุงมือยาง เมื่อมีการใช้สารเคมี เช่น พ่นยากำจัดแมลง	3.38	0.89	สูง
7.	ท่านอยู่เหนือลมในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมี	3.35	1.06	สูง
8.	ท่านใช้บันไดเมื่อต้องทำงานขึ้นที่สูง	3.43	1.02	สูง
9.	ท่านไม่สูบบุหรี่ระหว่างทำงาน	3.28	0.98	สูง
10.	ท่านอาบน้ำชำระร่างกาย หลังทำงานทันที	3.27	1.12	สูง
11.	ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันและอุปกรณ์ที่ใช้ทำงาน	3.59	0.76	สูง
12.	ท่านมีการแยกขยะอันตรายที่ปนเปื้อนสารเคมีก่อนทิ้งเมื่อใช้เสร็จ	3.69	0.71	สูง
13.	ท่านมีการจัดเก็บอุปกรณ์เป็นระเบียบเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น	3.63	0.67	สูง
รวม		3.48	0.47	สูง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงานเกษตรกรชาวสวนลำไย โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.48 \pm 0.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 2 ท่านมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเองก่อนทำงาน ($\bar{X} \pm S.D. = 3.69 \pm 0.71$) และข้อที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การป้องกันหลังการทำงาน ข้อที่ 10 ท่านอาบน้ำชำระร่างกาย หลังทำงานทันที ($\bar{X} \pm S.D. = 3.27 \pm 1.12$)

ตารางที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย (n=220)

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Pearson Correlation	p-value
ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย	0.856	0.000**

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการหาค่าความสัมพันธ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.856, p = 0.000$)

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ผลการหาค่าความสัมพันธ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.856, p = 0.000$)

สรุป อภิปรายผล

ความเสี่ยงอันตรายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าเกษตรกรชาวสวนลำไยมีปัจจัยความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ วีระพร สุธารณ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มผู้ปลูกลำไย พบว่าเกษตรกรชาวสวนลำไยมีปัจจัยความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ด้านชีวภาพ และด้านการยศาสตร์ ปัจจัยความเสี่ยงที่สอดคล้องกับวิจัยมากที่สุด คือ ปัจจัยทางด้านกายภาพ เพราะเกษตรกรชาวสวนลำไยมีการได้รับสัมผัสกับความร้อนในการทำงานสูงถึงร้อยละ 58.51 และเป็นการที่ได้รับสัมผัสความร้อนในการทำงานเป็นประจำ ผลการครั้งนี้เป็นไปตามกระบวนการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่ได้ปฏิบัติงานในที่โล่งแจ้งของทุกกระบวนการทำงานในพื้นที่ ส่วนปัจจัยทางด้านสารเคมีพบว่าข้อที่สอดคล้องกัน คือ การสัมผัสกับปุ๋ยหรือสารเร่งการเจริญเติบโต บ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.50 เพราะในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิเคราะห์การทํางานนั้นตรงกับกระบวนการทำงานในสวนลำไยช่วงการเร่งผลผลิตให้ทันช่วงฤดูการเก็บผลผลิตตามราคาที่ดีของท้องตลาด ปัจจัยด้านชีวภาพสอดคล้องกับข้อบริเวณที่ทำงานพบเจอกับแมลงมีพิษ เช่น ผึ้ง ต่อ คิดเป็นร้อยละ 29.79 เพราะมีเกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลแม่ต้า จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 45.90 ได้ตอบแบบสอบถามว่าในพื้นที่การทำงานในสวนลำไย มีการพบเจอกับ แมลงมีพิษ เช่นมด ผึ้ง ต่อ แตน และปัจจัยความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่สอดคล้องในข้อการทำงานที่มีการบิดเอี้ยวลำตัว กับ การก้มและงอตัวไปข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 37.23 เพราะในการตอบแบบสอบถามเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้า ได้มีการตอบคำถามข้อ การก้มหรือโค้งงอตัวไปด้านหลังในระหว่างการทำงาน ถึงร้อยละ 66.80 ส่วน บิดเอี้ยวลำตัวหรือผืนธรรมชาติในระหว่างการทำงาน ร้อยละ 54.50 เนื่องจากช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลเป็นช่วงปลายกระบวนการเร่งการเจริญเติบโตของผลผลิตและช่วงต้นของกระบวนการเก็บเกี่ยวผลผลิตจึงทำให้มีเกษตรกรมีเปอร์เซ็นต์ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์เป็นผลมาจากการที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อที่จะได้ไม่มีการเอี้ยวตัวหรืองอตัวจนเกินไปซึ่งสอดคล้องกับ วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่องความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งพบว่ากลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไยส่วนใหญ่มีการใช้ของมีคมในการทำงานถึงร้อยละ 80.90 สอดคล้องกับข้อท่านมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของมีคมในขณะที่ทำงาน เพราะ ในงานเกษตรกรชาวสวนลำไยมีการใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคมในเกือบทุกกระบวนการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 73.20 ส่วนพื้นที่การทำงานบริเวณที่มีพื้นเปียกชื้น มีน้ำขังหรือดินโคลน ร้อยละ 62.60 เพราะในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์วิจัยนั้นเป็นช่วงฤดูฝนจึงทำให้เกษตรกรชาวสวนลำไยได้รับสัมผัสกับพื้นที่การทำงานเปียกหรือลื่น คิดเป็นร้อยละ 73.20 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนของพื้นที่การทำงานบริเวณที่มีสิ่งของเกะกะ กีดขวางทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 23.20 เพราะในงานเกษตรกรชาวสวนลำไยส่วนใหญ่ในพื้นที่การทำงานมีของ

เกะกะและกีดขวางทางเดินการทำงานร้อยละ 59.10 และปัจจัยความเสี่ยงที่ชาวนาได้รับในระดับสูงที่สุด คือ ปัจจัยความเสี่ยงด้านเคมี คิดเป็นร้อยละ 96.40 ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไยที่มีการตอบแบบสอบถามการได้รับปัจจัยเสี่ยงด้านเคมีในระดับสูง

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไยอยู่ในระดับสูงมากซึ่งสอดคล้องกับ วรจันทร์ จงรุ่งโรจน์สกุล และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวนากรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งพบว่ากลุ่มเกษตรกรชาวสวนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตราย คือการอ่านฉลากก่อนใช้สารเคมี เปลี่ยนเสื้อผ้าอาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการทำงานมีการทำความสะอาดและจัดเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นระเบียบหลังใช้งาน เพราะพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไย ที่มีการอ่านฉลากสารเคมีก่อนใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 76.40 อาบน้ำชำระร่างกาย หลังการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 65.50 และ ทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันและอุปกรณ์ที่ใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 76.40 สอดคล้องกับ กนกวรรณ วรชิตา และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปีมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง เพราะสอดคล้องกับเกษตรกรชาวสวนลำไยที่มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงอันตราย อยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับ วราภรณ์ ไชยชนะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนส้มเขียวหวาน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากพบว่าเกษตรกรสวนส้มเขียวหวาน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีระดับพฤติกรรมป้องกันตนเองในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง เพราะเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายมีระดับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงอันตรายในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกรชาวสวนลำไย สอดคล้องกับ กนกวรรณ วรชิตา และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม พบว่า เกษตรกรชาวผู้ปลูกข้าวนาปีมีปัจจัยความเสี่ยงด้านเคมีอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอันตรายในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพราะในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไยตำบลแม่ต้ามีความสัมพันธ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.856$, $p = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ ธวัชชัย เอกสันติ และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความรอบรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกด้าน (r อยู่ระหว่าง .64 ถึง .75, $p < .001$) อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ แต่ในการวิจัยเกษตรกรชาวสวนลำไยมีความสัมพันธ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบว่าความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.856$, $p = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอยู่ในระดับ พฤติกรรมป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง และความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรชาวสวนลำไยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีนัยสำคัญ ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้กับเกษตรกรชาวสวนลำไยให้มีการป้องกันตนเองในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาและเก็บข้อมูลของเกษตรกรชาวสวนลำไยให้ครบทุกขั้นตอนในการทำงานของทุกฤดูกาล เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นในการวิเคราะห์ผล
2. ควรศึกษาข้อมูลของเกษตรกรชาวสวนลำไยอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นและในงานของเกษตรกรชาวสวนลำไยนั้นมีการออกผลผลิตไม่เท่ากันจึงควรมีการบันทึกสถิติต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2562). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายด้วยอุปกรณ์ป้องกันตนเอง
<https://www.chiangmainews.co.th/page/archives/1002395>
- กรมส่งเสริมการเกษตร. (2565). จำนวนครัวเรือนที่ขึ้นทะเบียนปลูกลำไยกับกรมส่งเสริมการเกษตร.
<https://www.doae.go.th/>
- เกรียงไกร หนูเล็ก พจนารถ สุมาลัย อัจฉรย์ ทิตาวงศ์ และน้ำเงิน จันทรมณี.(2562).รับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม ต้นทุน และผลตอบแทนของเกษตรกรปลูกข้าวแบบเกษตรเคมีกับเกษตรกรอินทรีย์ ตำบลบ้านต๋อน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสาร การพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 9(1), 146-157.
- กนกวรรณ วรชีนา นิภา มหารัษฎพงศ์ และปจจัยย์ อับดุลลาหิม. (2565).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 15(3), 252-265.
- กัลยา เทียมสร และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกแตงโม อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 190-206.
- ธานี แก้วธรรมานุกุล วีระพร ศุทธากรณ์ และกัลยาณี ตันตรานนท์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน. *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน. ม.ป.ท.* , 47(4), 100-112.
- ธวัชชัย เอกสันติ นิภา มหารัษฎพงศ์ ยุวดี รอดจากภัย และอนามัย เทศกะทีก. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1-15.
- วรารณ ไขนชนะ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนส้มเขียวหวาน อำเภอสรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร
- วันธรณ์ จรุงรุ่งโรจน์สกุล ขวพพรธรณ จันทรประสิทธิ์ ธานี แก้วธรรมานุกุล อนนท์ วิสุทธิ์ธนา และวิไลพรณ ใจวิไล. (2562). ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวน: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 46(4), 37-48.
- วีระพร ศุทธากรณ์ ธานี แก้วธรรมานุกุล และกัลยาณี ตันตรานนท์. (2561). สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มผู้ปลูกลำไย. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 45(2), 135-147.
- ศูนย์ข้อมูลเกษตรแห่งชาติ สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2566). *เกษตรกรชาวสวนลำไย*.
<https://www.nabc.go.th/home>
- อนันต์ ไชยกุลวัฒนา เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และวชิรศักดิ์ ปากสิต. (2559). การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่อีสานใต้ 3 จังหวัด ได้กล่าวไว้ว่าเกษตรกรในพื้นที่อีสานใต้ 3 จังหวัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(1), 92-104.
- Adam M. Komarek Alessandro De Pinto & Vincent H. Smith. (2020). A review of types of risks in agriculture: What we know and what we need to know. b Montana State University USA, 178(2020) 102738.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308521X18312034>
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of*



Student Learning. New York: McGraw-Hill

Dilek Ayaz Selma Oncel & Engin Karadag. (2022). The Effectiveness of Educational Interventions Aimed at Agricultural Workers' Knowledge, Behavior, and Perception for Reducing the Risk of Pesticide Exposure. Akdeniz University, Antalya, Turkey.

https://www.researchgate.net/publication/358274208_The_effectiveness_of_educational_interventions_aimed_at_agricultural_workers'_knowledge_behaviour_and_risk_perception_for_reducing_the_risk_of_pesticide_exposure_a_systematic_review_and_meta-analysis = 10.1007/s00420-022-01838-8

Yamane, Taro. (1973). *Statistics : An Introductory Analysis*. 2nd Ed. New York : Harper. and Row.

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

Personal Factors Related to Safety Impacts in the Construction of Double-Track Railways in Pa Daet District, Chiang Rai Province.

นลินรัตน์ มะโนรัตน์¹, วารุณี พันธวงศ์², สันห์พิชญ์ พิมูลชาติ², ธนพนธ์ คำเที่ยง^{2*}

Nalinrat Manorat¹, Warunee Phanwong², Sunphich Phimoolchat², Thanapon Khamthiang^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างก่อสร้างรถไฟรางคู่ ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยใช้วิธีกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ที่อาศัยอยู่โดยรอบพื้นที่การก่อสร้างรัศมี 10 กิโลเมตร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคลและผลกระทบด้านความปลอดภัยจากการก่อสร้างรถไฟรางคู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 มีอายุระหว่าง 34 – 47 ปี ร้อยละ 33.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 29.3 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 37.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 39 การเดินทางตัดผ่านเส้นทางโครงการก่อสร้างรางรถไฟ 3-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.3 และระยะห่างที่พักอาศัยถึงโครงการก่อสร้างอยู่ที่ 1-3 กิโลเมตร ร้อยละ 54 ส่วนผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ พบว่า มีผลกระทบอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.30 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบด้านความปลอดภัย พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาเพื่อให้ประชาชนโดยรอบพื้นที่การก่อสร้างรางรถไฟทราบถึงผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างก่อสร้างรถไฟรางคู่ เพื่อป้องกันผลกระทบจากการก่อสร้างที่จะเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการใช้ควบคุมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อประชาชน

คำสำคัญ : ผลกระทบด้านความปลอดภัย, การก่อสร้างรถไฟ, รางคู่

Abstract

The objective of this research study is to examine the safety impacts during the construction of the double track railway and the personal factors associated with the safety impacts during these impacts Pa Daet District. Chiang Rai Province, conducting a cross-sectional descriptive study with a sample size of 400 people using the stratified sampling method, residing within a 10-kilometer radius of the construction area. Data were collected using questionnaires on personal factors and safety impacts from the dual-track railway construction. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and chi-square analysis.

The research findings revealed that the majority of respondents were female, accounting for 57.7%. The age group between 34 and 47 years made up 33.6%, with 66.1% being married. Additionally, 29.3% had completed primary education, and 37.9% were self-employed. The average monthly income range between 5,001 and 10,000 baht, (39%). Travel through the railway construction project route occurs 3–4 days a week, (51.3%). The distance from residences to the construction site is 1-3 kilometers, at 54%. Regarding the safety impacts during the double-track railway construction, the effects were at a low level for 68.3% of respondents. The relationship between personal factors and safety impacts that shows a statistically significant relationship was found between average monthly income and safety impacts ($p < 0.05$). The study aims to inform the public around the railway construction area about safety impacts during the double-track railway construction to prevent adverse effects on daily life. Therefore, relevant agencies can use the research findings as a guideline to address issues affecting the public.

Keywords : Safety impacts, railway construction, double-track railway

¹ นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Students of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

² Lecturer of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: em_thanaphon_k@cr.ru.ac.th

บทนำ

เนื่องจากในปัจจุบันมีการเติบโตทางเศรษฐกิจและประชากรภายในประเทศอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระบบขนส่งคมนาคม ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศและระบบรางของกระทรวงคมนาคม ในอนาคตทั้งแผนระยะกลางและระยะยาว เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สามารถเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้อย่างทั่วถึง จากนโยบายภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี มุ่งมั่นพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงได้มุ่งมั่นพัฒนาระบบทางถนนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเร่งรัดการพัฒนาระบบขนส่งทางราง ให้เป็นรูปแบบการเดินทางหลักสำหรับการเดินทางของประชาชน และการขนส่งสินค้าให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงคมนาคม ได้วางกรอบแนวทางการพัฒนาระบบการคมนาคมของไทย ไปสู่นาคต ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในการเดินทางในภูมิภาคอาเซียนในอนาคต (กระทรวงคมนาคม, 2562) การคมนาคมขนส่งเป็นกิจกรรมสำคัญทางเศรษฐกิจที่เติบโตและพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมของประเทศไทย และยังเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ ทั้งการเคลื่อนย้ายขนส่ง สินค้าสู่กระบวนการผลิต การตลาดและผู้บริโภค

ภาคเหนือของประเทศไทย เป็นพื้นที่เศรษฐกิจมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมประเพณีที่มีอัตลักษณ์ เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีบริการทางสุขภาพและผลิตภัณฑ์หัตถกรรมที่มีชื่อเสียงระดับสากล รวมทั้งทำเลที่ตั้งของภาคเหนือยังมีศักยภาพในการขยายการค้าการลงทุน และบริการเชื่อมโยงเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน สามารถขยายไปสู่ประเทศจีนทางตอนใต้ และกลุ่มประเทศเอเชียใต้ได้ภาคเหนือจึงได้มีบทบาทที่สำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นทางสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (กระทรวงคมนาคม, 2560) จึงได้มีการพัฒนาระบบการขนส่ง เพื่อพัฒนาการขนส่งสินค้า (Logistics) การท่องเที่ยว และยังเป็นการยกระดับฐานการผลิตทางเกษตร ช่วยให้ประชาชนสามารถเดินทางด้วยความสะดวกรวดเร็ว และปลอดภัยทั้งในประเทศและเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน นำไปสู่การขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวม จึงได้มีโครงการก่อสร้างทางรถไฟ พัฒนาระบบรางภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งของไทย เพิ่มศักยภาพการให้บริการขนส่งระบบราง สนับสนุนการขนส่งผู้โดยสารและสินค้า ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาระบบขนส่งและโลจิสติกส์ และแผนการพัฒนาดังกล่าว ของรัฐบาล ที่สนับสนุนให้มีการใช้ระบบขนส่งระบบราง เพื่อช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดมลพิษ และลดต้นทุนการขนส่งสินค้า (การรถไฟแห่งประเทศไทย, 2561)

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือที่เป็นพื้นที่เศรษฐกิจ เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศเทียบเท่ากับจังหวัดใหญ่ข้างเคียง จากข้อมูลในปี 2565 เชียงราย มีนักท่องเที่ยวมาเยือนสูงถึง 5 ล้านคน และมีรายได้จากการท่องเที่ยวกว่า 34,400 ล้านบาท ด้วยความที่เชียงรายมีภูมิประเทศเป็นภูเขาและที่ราบสูงทำให้มีสถานที่ท่องเที่ยวทางธรรมชาติเป็นจำนวนมาก นอกจากภาคการท่องเที่ยวเชียงรายมีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีสินค้าเกษตรที่สำคัญคือ ข้าว ข้าวโพด และลำไย เป็นต้น มีระบบการคมนาคมขนส่งสินค้าทางการเกษตร ทางรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) ได้มีโครงการก่อสร้างทางรถไฟสายเด่นชัย - เชียงราย - เชียงของ เพื่อพัฒนาระบบรางภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่ง ดำเนินการมีจุดเริ่มต้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ สิ้นสุดที่จังหวัดเชียงราย จากอำเภอป่าแดดถึงอำเภอเชียงของ จากการสำรวจการออกแบบรายละเอียดทางรถไฟ รวมถึงดำเนินการศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและประชาชนโดยรอบในช่วงแรกของการดำเนินโครงการการเตรียมพื้นที่ โดยการรถไฟแห่งประเทศไทยได้จัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ในระหว่างช่วงแรกของการดำเนินโครงการก่อสร้างทางรถไฟ จากการรายงานพบว่าประชาชนโดยรอบได้รับกระทบในระหว่างการก่อสร้างทางรถไฟ จากการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง เสียงจากการก่อสร้าง ระบบนิเวศทางน้ำ การควบคุมน้ำท่วมและการระบายน้ำ พื้นที่การเกษตร การขนส่งวัสดุและอุปกรณ์ในการก่อสร้าง การเดินทางประจำวันของประชาชน ระบบเศรษฐกิจโดยรอบพื้นที่การก่อสร้างและผู้ประกอบอาชีพบริเวณแนวเส้นทางโครงการ พ.ศ. 2565

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นถึงผลกระทบในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่เด่นชัย-เชียงของที่มีต่อประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟที่มีต่อประชาชนโดยรอบพื้นที่การก่อสร้างกรณีศึกษาเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการไปใช้เป็นแนวทางแก้ไข ป้องกัน ในการปรับปรุงระบบความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของประชาชนเพื่อช่วยลดโอกาสในการได้รับผลกระทบด้านความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอน (structured) สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้วิเคราะห์ผลการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาเป็นประชาชนที่อยู่อาศัยโดยรอบพื้นที่ก่อสร้างรางรถไฟผ่าน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 4 ตำบล ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ รัศมี 10 กิโลเมตร จากเขตก่อสร้างโดยประชาชนได้รับกระทบในระหว่างการก่อสร้างรางรถไฟ จากการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง เสียงจากการก่อสร้าง การควบคุมน้ำท่วมและการระบายน้ำ พื้นที่การเกษตร การขนส่งวัสดุและอุปกรณ์ในการก่อสร้าง การเดินทางประจำวันของประชาชน ระบบเศรษฐกิจโดยรอบพื้นที่การก่อสร้างและผู้ประกอบอาชีพบริเวณแนวเส้นทางโครงการ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Simple Size) ได้ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamané) ในกรณีทราบจำนวนประชากรและต้องการประมาณค่าสัดส่วนหลักของประชากร โดยงานวิจัยนี้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร่ ยามาเน่ จากประชากรที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟผ่านอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงรายทั้งหมด 4 ตำบล จำนวน 23,933 คน (เทศบาลตำบลป่าแดด, 2568) เมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาคือเป็นจำนวน 394 คน สามารถคำนวณได้ดังนี้

$$\begin{aligned} N &= \frac{N}{1+(Ne^2)} \\ &= \frac{23,933}{1+(23,933 \times 0.05^2)} \\ &= 394 \end{aligned}$$

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่าง หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P คือ ค่าเปอร์เซ็นต์ที่ต้องการสุ่มจากประชากรทั้งหมด

e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling error) เท่ากับ 0.05

พบว่า ต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 394 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและตกหล่นของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 400 คน

งานวิจัยนี้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแบบสัดส่วน โดยการกำหนดสัดส่วน (Proportion) ให้แต่ละกลุ่ม/ชั้น โดยเทียบกับจำนวนกลุ่มประชากร โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่อาศัยอยู่โดยรอบพื้นที่ก่อสร้างรางรถไฟผ่าน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย รัศมี 10 กิโลเมตรจากเขตก่อสร้าง นอกจากนี้ ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญเจอ (Accidental Sampling) ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในเดือน กันยายน พ.ศ. 2567

คำนวณจำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ของกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟผ่านอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงรายทั้งหมด 4 ตำบล แสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟ

ตำบล	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
สัมมะค่า	5,208	88
ป่าแดด	6,298	104
โรงช้าง	4,633	76
ป่าแงะ	7,794	132
รวม	23,933	400

เครื่องมือ

แบบสอบถาม (Questionnaire) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยเก็บจากประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟผ่าน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟผ่านอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความถี่ในการเดินทาง ข้ามทางตัดบนรางรถไฟ ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงโครงการก่อสร้าง เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำ และเลือกคำตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามในส่วนนี้จะแบบคำตอบจากระดับผลกระทบที่ได้รับ

เกณฑ์การแปลผลของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามในผลกระทบด้านต่างๆ โดยใช้เทคนิคการวัดทัศนคติของ Likert ใช้สถิติแบบพรรณนาแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จำนวนค่าเฉลี่ยไปแปลผลตามช่วงดังนี้ (เศรษฐสิทธิ์ ตลอดโรสงดาภาและคณะ,2563)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง	4.21 - 5.00	หมายถึง ส่งผลกระทบมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.41 - 4.20	หมายถึง ส่งผลกระทบมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.61 - 3.40	หมายถึง ส่งผลกระทบปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.81 - 2.60	หมายถึง ส่งผลกระทบน้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.80	หมายถึง ไม่ส่งผลกระทบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาข้อคำถามการวิจัยเพื่อให้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.5-1 และขั้นตอนที่ 2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ชุด จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach(1970) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามคือ ตำบล อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความถี่ต่อสัปดาห์ในการเดินทางตัดผ่านเส้นทางโครงการก่อสร้างรางรถไฟ และระยะทางจากที่พักอาศัยถึงโครงการก่อสร้าง และส่วนที่ 2 ข้อมูลผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟรางคู่ ประกอบด้วย ผลที่เกิดขึ้นระหว่างการก่อสร้างที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนด้านความปลอดภัย ในวิถีชีวิต และชีวิตประจำวัน โดยใช้รูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-squared test) วิเคราะห์แบบสอบถาม โดยมีการแสดงผลในรูปแบบตารางแจกแจง ความถี่ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลกระทบด้านสุขภาพและความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟฟ้า

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามตอบกลับมาที่มีความสมบูรณ์ของการให้ข้อมูลและเนื้อหา จากชุดแบบสอบถามกระดาษทั้งสิ้น 400 ชุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ไว้ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบเส้นทางรถไฟฟ้าผ่านอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่อายุ 34 – 47 ปี ร้อยละ 35.3 แบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.5 ระดับการศึกษาสูงสุด อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.7 มีอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 39.0 มีการเดินทางตัดผ่านเส้นทางโครงการก่อสร้างรถไฟฟ้ามากที่สุด 3 – 4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.7 และมีระยะทางที่พักอาศัยถึงโครงการก่อสร้าง 1 - 3 กิโลเมตร ร้อยละ 53.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ช่วงอายุ	20 – 33 ปี	88	22.0
	34 – 47 ปี	141	35.3
	48 – 61 ปี	126	31.5
	62 – 75 ปี	45	11.3
เพศ	ชาย	171	42.8
	หญิง	229	57.3
สถานภาพ	โสด	105	26.3
	สมรส	258	64.5
	หย่าร้าง	24	6.0
	หม้าย	13	3.3
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	115	26.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	57	14.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	86	21.5
	อนุปริญญา/ปวส.	73	18.3
	ปริญญาตรี	65	16.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	128	32.0
	ธุรกิจส่วนตัว	146	36.5
	พนักงานบริษัทเอกชน	53	13.3
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	8.8
	นักเรียน/นักศึกษา	3	0.8
	อื่น ๆ	35	8.8



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	87	21.8
	5,001 - 10,000 บาท	156	39.0
	10,001 - 15,000 บาท	99	24.8
	15,001-20,000 บาท	51	12.8
	มากกว่า 20,000 บาท	7	1.8
การเดินทางตัดผ่านเส้นทาง โครงการฯ	น้อยกว่า 3 วัน	118	29.5
	3 - 4 วัน	203	50.7
	5 - 6 วัน	29	7.2
	ทุกวัน	50	12.5
ระยะทางจากที่พักอาศัยถึง โครงการฯ	ต่ำกว่า 1 กิโลเมตร	38	9.5
	1 - 3 กิโลเมตร	214	53.5
	4 - 6 กิโลเมตร	115	28.7
	7 - 9 กิโลเมตร	23	5.8
	10 กิโลเมตรขึ้นไป	10	2.5

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่ ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีผลกระทบด้านความปลอดภัยในระดับได้รับผลกระทบน้อย จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาคือไม่ส่งผลกระทบ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และน้อยที่สุดคือได้รับผลกระทบมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 แสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่ (n=400)

ระดับผลกระทบด้านความปลอดภัย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่ส่งผลกระทบ	84	21.0
ได้รับผลกระทบน้อย	273	68.3
ได้รับผลกระทบปานกลาง	40	10.0
ได้รับผลกระทบมาก	3	0.8
รวม	400	100



ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่ พบว่า มีเพียงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับผลกระทบด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับผลกระทบด้านความปลอดภัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟรางคู่ (n=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับผลกระทบด้านสุขภาพ				χ^2	P-Value
		จำนวน(คน)					
		ไม่ ส่งผล	น้อย	ปาน กลาง	มาก		
อายุ (ปี)	20 – 33	20	60	7	1	8.69	0.46
	34 – 47	32	97	10	2		
	48 – 61	22	89	15	0		
	62 – 75	10	27	8	0		
เพศ	ชาย	37	115	18	1	0.29	0.96
	หญิง	47	158	22	2		
สถานภาพ	โสด	23	72	9	1	4.96	0.83
	สมรส	51	175	30	2		
	หย่าร้าง	6	18	0	0		
	หม้าย	4	8	1	0		
ระดับการศึกษา สูงสุด	ประถมศึกษา	27	76	12	0	13.65	0.55
	มัธยมศึกษาตอนต้น	12	44	1	0		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	58	7	1		
	อนุปริญญา/ปวส.	10	52	10	1		
	ปริญญาตรี	14	40	10	1		
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	3	0	0		
	รับจ้างทั่วไป	27	91	10	0		
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	26	104	13	3		
	พนักงานบริษัทเอกชน	13	34	6	0		
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	22	5	0		
	นักเรียน/นักศึกษา	1	2	0	0		
	อื่น ๆ	9	20	6	0		
	รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	20	62	5	0	26.95
5,001 - 10,000 บาท		37	106	13	0		
10,001 - 15,000 บาท		18	67	13	1		
15,001 - 20,000 บาท		8	34	8	1		
มากกว่า 20,000 บาท		1	4	1	1		

*มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบด้านความปลอดภัยในระหว่างการก่อสร้างรถไฟฟ้า (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับผลกระทบด้านสุขภาพ				χ^2	P-Value
		จำนวน(คน)					
		ไม่ ส่งผล	น้อย	ปาน กลาง	มาก		
การเดินทางตัดผ่านเส้นทางโครงการฯ	น้อยกว่า 3 วัน	30	78	9	1	4.22	0.89
	3 - 4 วัน	39	140	23	1		
	5 - 6 วัน	6	20	3	0		
	ทุกวัน	9	35	5	1		
ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงโครงการฯ	ต่ำกว่า 1 กิโลเมตร	7	26	3	2	17.38	0.13
	1 - 3 กิโลเมตร	41	146	26	1		
	4 - 6 กิโลเมตร	26	79	10	0		
	7 – 9 กิโลเมตร	7	16	0	0		
	10 กิโลเมตรขึ้นไป	3	6	1	0		

*มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยในการก่อสร้างรถไฟฟ้าในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ระดับผลกระทบด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาคือไม่ส่งผลกระทบ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และน้อยที่สุดคือได้รับผลกระทบมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 อาจเนื่องมาจากช่วงในการศึกษาวิจัยอยู่ในระหว่างเริ่มดำเนินการก่อสร้างจึงทำให้ส่งผลกระทบน้อย เช่น ฝุ่นละออง ปัญหาการจราจร เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หลี เหมินเหลียงและคณะ (2561) ได้ศึกษาผลกระทบทางสังคมจากการก่อสร้างรถไฟฟ้าทางคู่สายอีสาน พบว่า มีปัญหาการจราจรบริเวณจุดตัดผ่านทางรถไฟมีการจราจรที่ไม่สะดวกในการใช้ถนนเลียบทางรถไฟ อันตรายจากรถบรรทุกและเครื่องจักรทำงาน ($\bar{X} \pm S.D. = 3.28 \pm 0.79$) และอันตรายจากการเคลื่อนย้ายสิ่งของในระหว่างการก่อสร้าง เช่น หมอนรองราง หิน ดิน ทราย ฯลฯ ($\bar{X} \pm S.D. = 3.25 \pm 0.77$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบด้านความปลอดภัย ในระหว่างการก่อสร้างรถไฟฟ้า พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านความปลอดภัยอย่างมีระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่โดยรอบบริเวณก่อสร้างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันส่งผลกระทบด้านความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ หลี เหมินเหลียงและคณะ (2561) ได้ศึกษาผลกระทบทางสังคมจากการก่อสร้างรถไฟฟ้าทางคู่สายอีสาน พบว่า การโยกย้ายถิ่นฐานของประชาชนที่รูกล้าริมทางรถไฟส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต อาชีพ การงาน เมื่อต้องไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ใหม่ จึงมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันด้านความปลอดภัยที่ลดลง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของบรีต บุญบรรเจิดศรี (2558) การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการสาธารณูปโภคขนาดใหญ่ของรัฐ กรณีศึกษา : การมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบางกรวยกับโครงการรถไฟชานเมือง (สายสีแดง) ช่วงบางซื่อ-ตลิ่งชัน บริเวณสถานีบางบำหรุ พบว่าความปลอดภัยจากการดำเนินการโครงการฯ พบว่าช่วงระหว่างการก่อสร้างประชาชนต้องเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด การลงพื้นที่โดยรอบพื้นที่เขตก่อสร้างของผู้วิจัย จากการสังเกตสภาพแวดล้อมพื้นที่โครงการต่อการสัญจรที่มีความเสี่ยง และมีการทำทางเบี่ยงจากจุดพื้นที่ก่อสร้างให้กับประชาชนที่ผ่านจุดตัดการก่อสร้างและเนื่องจากการขนส่งวัสดุอุปกรณ์โดยรถบรรทุกเป็นจำนวนมากจึงทำให้เกิดการชำรุดเสียหายเป็นหลุม เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใส่ใจกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาฝุ่นละออง การจราจร และแก้ปัญหาให้กับประชาชนอย่างเร่งด่วน
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการให้ความรู้กับประชาชนที่อยู่โดยรอบให้เห็นถึงปัญหาและตระหนักถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการก่อสร้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความอันตรายจากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อประชาชนโดยรอบพื้นที่โครงการก่อสร้างรถไฟรางคู่ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น
2. ควรศึกษาการพัฒนาโครงการก่อสร้างรถไฟรางคู่เด่นชัย-เชียงของเพื่อให้ประชาชนและบุคคลภายนอกทราบถึงผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำไปใช้ศึกษาและวิเคราะห์ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงคมนาคม. (2560). ภาพรวมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งภาคเหนือของกระทรวงคมนาคม. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2568 จาก ; https://resolution.soc.go.th/PDF_UPLOAD/2560/993271397.pdf
- กระทรวงคมนาคม. (2562). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งของไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). กรมการขนส่งทางบก. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2568 จาก ; [[https://web.dlt.go.th/dlt-direction/media/attachments/2565/07/08/-20 --62.pdf](https://web.dlt.go.th/dlt-direction/media/attachments/2565/07/08/-20--62.pdf)]
- การรถไฟแห่งประเทศไทย. (2561). รายละเอียดโครงการก่อสร้างทางรถไฟ สายเด่นชัย-เชียงราย-เชียงของ. <https://www.srt-denchai-chiangrai-chiangkhong.com>
- จุฬารัตน์ ศิริสิงห์ และศิริช ศรีโศคนกุล. (2562). ผลกระทบจากการก่อสร้างทางรถไฟทางคู่ที่มีผลต่อชุมชนริมทางรถไฟ : กรณีศึกษาชุมชนเทพารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- เทศบาลตำบลป่าแดด. (2568). ข้อมูลประชากรในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2568 จาก ; <https://padaet.go.th/?page=home>
- บรีศ บุญบรรเจิดศรี. (2558). การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการสาธารณูปโภคขนาดใหญ่ของรัฐ กรณีศึกษา : การมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบางกรวยกับโครงการรถไฟชานเมือง (สายสีแดง) ช่วงบางซื่อ-ตลิ่งชัน บริเวณสถานีบางบำหรุ
- หลี่ เหมินเหลียง, พิชาย รัตนดิกล ญ ภูเก็ด, สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. (2561). การประเมินผลกระทบทางสังคมจากการสร้างรถไฟทางคู่สายอีสาน: ศึกษากรณีช่วงมาบะเมา - ชุมทางถนนจิระและชุมทางถนนจิระ - ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานในเกษตรกรกรีดยางพารา

ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

The prevalence of work-related muscle injuries among rubber tapper farmers
in Dong Maha Wan Subdistrict, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province

ชวาลินี นัยดีบ¹, มณีรัตน์ สวนม่วง², ผศ.ดร.กาญจนา ปินตากำ² และสันห์พิชญ์ พิมูลชาติ^{2*}

Chawalinee Naitip¹, Maneerat Suanmuang², Kanjanar Pintakham², Sunphich Phimoolchat^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรกรีดยางพาราตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย และเพื่อศึกษาความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพาราตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย แบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ และแบบประเมินการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า แบบแผนทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.63$ S.D. = 0.32) ในส่วนความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร่างกายทั้งซีกซ้ายและซีกขวา ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนบนและหลังส่วนล่าง รวมไปถึงมือ/ข้อมือ และหัวเข่า จำนวน 220 คน (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือไหล่ จำนวน 211 คน (ร้อยละ 95.91) และตำแหน่งที่มีอาการปวดน้อยที่สุดคือข้อศอก จำนวน 24 คน (ร้อยละ 10.91) ผลการศึกษาดังกล่าว สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไข การบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานของเกษตรกรกรีดยางพารา

คำสำคัญ: การยศาสตร์, ความเชื่อทางสุขภาพ, ความชุก, การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ, เกษตรกรกรีดยางพารา

Abstract

This research employed a cross-sectional descriptive design. The objective of this research was to examining the patterns of health beliefs related to ergonomics among rubber tappers in Dong Maha Wan Subdistrict, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province. The study also aimed to investigate the prevalence of work-related musculoskeletal injuries among this occupational group. The sample consisted of 220 rubber tappers. The research instruments included a health belief questionnaire focusing on ergonomics and a musculoskeletal injury assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that the overall pattern of ergonomic-related health beliefs was at a high level ($\bar{X} = 2.63$, S.D. = 0.32). Regarding the 12-month prevalence of work-related musculoskeletal injuries, it was found that all participants reported pain in both the upper and lower back, as well as in the hands/wrists and knees. The second most common complaint was shoulder pain, reported by 211 individuals (95.91%). The least frequently reported injury site was the elbow, with 24 individuals (10.91%). These findings serve as preliminary data for planning surveillance, prevention, and intervention strategies to address musculoskeletal injuries among rubber tappers.

Keywords: Ergonomics, Health beliefs, Prevalence, Musculoskeletal injuries, Rubber tappers

¹นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Students of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

²อาจารย์สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Lecturer of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding author e-mail: sunphich.phic@crju.ac.th

บทนำ

การเจ็บปวดในโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายและถือเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติที่สำคัญทั่วโลก โดยมีรายงานระบุว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของประชากรโลกประสบกับอาการเจ็บปวดในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2561 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นจาก 121.93, 135.26, 167.22 ไปจนถึง 189.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561 (วิพา ชูปวา และคณะ, 2565) ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการขยายตัวของปัญหาดังกล่าวในประเทศไทย โดยพบว่า สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดปัญหาทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ คือ ท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น การออกแบบสถานที่ทำงานและการเลือกใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับสรีระของบุคคล ส่งผลให้เกิดการทำงานในท่าทางที่ไม่เป็นธรรมชาติ หรือมีลักษณะการทำงานที่ต้องทำซ้ำๆ และมีความถี่สูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บในกล้ามเนื้อและโครงร่างได้ (ศรดา จิรัฐกุลธนา, 2561) อาชีพกรีดยางพารามีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดแสงสว่างที่เพียงพอ ท่าทางการยืนเป็นเวลานาน หรือการบิดเอี้ยวตัวและบิดข้อมือซ้ำๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การเกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและส่งผลต่อการทำงานของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ จากรายงานการศึกษาพบว่าตำแหน่งที่เกษตรกรกรีดยางพารามีอาการเจ็บปวดมากที่สุด คือ มือและข้อมือ เข่า และหลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความถี่ของอาการปวดมากที่สุด (กวิศทรารินทร์ คณะพันธ์ และคณะ, 2562) ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านสุขภาพของเกษตรกร และประสิทธิภาพในการทำงานในระยะยาว

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ปลูกยางพารามากที่สุดในภาคเหนือ โดยมีพื้นที่ปลูกยางพาราถึง 369,875 ไร่ (ร้อยละ 24.36) ของพื้นที่ปลูกยางพาราทั้งหมดในภาคเหนือ (กองนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน, 2563) ซึ่งการทำสวนยางพารานับเป็นอาชีพที่มีความมั่นคงและสร้างรายได้ให้แก่เกษตรกรในจังหวัดเชียงรายได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากสามารถทำงานได้ตลอดทั้งปี และจากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2565 มีครัวเรือนที่ทำการปลูกยางพาราในจังหวัดเชียงรายทั้งหมด 26,532 ครัวเรือน (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2565) แม้อาชีพกรีดยางพาราจะสร้างรายได้อย่างมั่นคง แต่เกษตรกรผู้ปฏิบัติงานมักเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจากการทำงานซ้ำๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้มตัว การใช้มีดกรีดยางที่ต้องออกแรงอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลากลางคืน รวมทั้งเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจจากการสัมผัสสารเคมี เช่น กรดฟอร์มิกที่ใช้ในกระบวนการจับยาง (กรมควบคุมโรค, 2560)

อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่า มีอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานสูงถึง 1,086.06 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 2 รองจากอำเภอดอยหลวง และพบว่า ตำบลดงมทาว์น อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย มีอัตราการบาดเจ็บจากการทำงาน 1,034.09 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ และเส้นเอ็น อาจเกิดขึ้นที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งหรือทั่วร่างกาย อาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกเฉียบพลันอาจเป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน ส่วนอาการปวดเรื้อรังอาจเกิดจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย โรคข้ออักเสบ เป็นผลมาจากท่าทางของร่างกายที่ไม่เหมาะสม กล้ามเนื้อเคล็ดขัดยอก การใช้งานกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ กระดูกหักหรือข้อต่อโดนกระแทกจนข้อต่อหลุด (เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์, 2565)

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่สำคัญและความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานในเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ในตำบลดงมทาว์น อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงาน ในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและลดความเสี่ยงในการเกิดอาการบาดเจ็บในอนาคต และเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรกรีดยางพาราให้คุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรกริถียงพารา
2. เพื่อศึกษาความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานของเกษตรกรกริถียงพารา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยการศึกษาความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานในเกษตรกรกริถียงพารา ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกษตรกรกริถียงพารา ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน จำนวน 503 คน สํารวจและวิเคราะห์ข้อมูลประชากรในหมู่บ้านต่างๆ โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา จำนวน 6 หมู่บ้าน ทั้งหมด 392 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือการจับฉลาก และเพื่อคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรทาโรยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน จากนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้น 5% รวมเป็น 220 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ถูกใช้เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละหมู่บ้านที่ทำการศึกษา ตามรายละเอียดในตารางที่ 1 (สำนักงานเกษตรอำเภอเวียงเชียงรุ้ง, 2566)

ตารางที่ 1 แสดงการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

หมู่บ้าน	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
หมู่ที่ 1 บ้านดงมหาวัน	54	30
หมู่ที่ 2 บ้านร่องหาว	27	15
หมู่ที่ 3 บ้านป่าเลา	70	39
หมู่ที่ 5 บ้านสันไทรงาม	45	25
หมู่ที่ 9 บ้านป่าสักงาม	37	21
หมู่ที่ 12 บ้านใหม่มหาวัน	159	89
รวม		220

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน ประกอบไปด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของผลกระทบ การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกัน และความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย (คะแนน 3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (คะแนน 2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (คะแนน 1 คะแนน) และแปลผลความหมายโดยรวมของค่าคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ อยู่ในระดับต่ำ โดยแบ่งประเมินเกณฑ์ของ (Bloom, 1971)

2. แบบประเมินการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ (กรมควบคุมโรค, 2560) เป็นการประเมินอาการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนของร่างกาย ระหว่างทำงานหรือเลิกงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เป็นการเดิมฐ่อความคะแนนความรุนแรงของอาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ โดยมีระดับคะแนนของอาการ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด 1 หมายถึง มีอาการปวด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาข้อคำถามการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ได้เท่ากับ 0.96 หลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่จะศึกษาจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability : r) ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ส่งหนังสือไปยังผู้ใหญบ้าน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 9 และหมู่ที่ 12
2. ผู้วิจัยลงพื้นที่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มเกษตรกรกรรดิยงพารา ตำบลดงมทาวน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมอธิบายการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ให้กับกลุ่มเกษตรกรกรรดิยงพารา ตำบลดงมทาวน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรกรรดิยงพารา

การประเมินระดับความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ในการป้องกัน และความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน	2.90	0.16	สูง
ด้านที่ 2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน	2.58	0.17	สูง
ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน	2.62	0.18	สูง
ด้านที่ 4 ความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน	2.40	0.22	สูง
เฉลี่ยรวม 4 ด้าน	2.63	0.32	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรกรรดิยงพารามีระดับการประเมินโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.63, S.D. = 0.32) โดยพบว่า ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน

มีระดับการประเมินในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.90, S.D. = 0.16) สะท้อนให้เห็นว่าเกษตรกรตระหนักถึงความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน มีระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.58, S.D. = 0.17) แต่ยังคงมีความเชื่อในระดับปานกลางในเรื่องผลกระทบจากการทำงานที่มีท่าทางซ้ำๆ และการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ สำหรับด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน มีระดับการประเมินสูง ($\bar{X}$ = 2.62, S.D. = 0.18) โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการหลีกเลี่ยงการยกของหนัก

อย่างไรก็ตาม ด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานมีระดับการประเมินสูง ($\bar{X}$ = 2.40, S.D. = 0.22) แต่พบว่ามีการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานและการออกกำลังกายยังคงมีระดับการประเมินในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติจริงของเกษตรกรในการดูแลตนเอง

2. ผลการศึกษาความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรรียางพารา

ผลการศึกษาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานในเกษตรกรรียางพารา พบว่า ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ ในภาพรวม หมายถึง คนที่มีอาการปวดที่ตำแหน่งใดๆ ของร่างกาย อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อพิจารณาแยกตามส่วนของร่างกาย พบว่า ส่วนของร่างกายที่มีความชุกมากที่สุด ได้แก่ หลังส่วนบน ร้อยละ 100.00 หลังส่วนล่าง ร้อยละ 100.00 ข้อมือ ร้อยละ 100.00 และหัวเข่า ร้อยละ 100.00 ส่วนของร่างกายที่มีความชุกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อศอก ร้อยละ 10.91 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรรียางพารา

รายการ	จำนวนคน	ร้อยละ
มีอาการปวด	220	100.00
ไม่มีอาการปวด	0	0
รวม	220	100.00

เมื่อทำการวิเคราะห์ถึงอาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรรียางพารา และการเปรียบเทียบอาการปวดในแต่ละส่วนของร่างกาย ระหว่างซีกซ้ายและซีกขวาของกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุจำนวนและร้อยละของผู้ที่มีอาการปวดและไม่ปวดในแต่ละตำแหน่ง ได้แก่ คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง แขนส่วนบน ข้อศอก แขนส่วนล่าง มือ/ข้อมือ สะโพก/ต้นขา หัวเข่า น่อง และเท้า สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ที่ได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางผลการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและการเปรียบเทียบของร่างกายซีกซ้ายและขวา

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	ซีกซ้าย		ซีกขวา		ผลการเปรียบเทียบ
	ไม่ปวด (ร้อยละ)	ปวด (ร้อยละ)	ไม่ปวด (ร้อยละ)	ปวด (ร้อยละ)	
คอ	12 (5.45)	208 (94.55)	12 (5.45)	208 (94.55)	เท่ากัน
ไหล่	9 (4.09)	211 (95.91)	9 (4.09)	211 (95.91)	เท่ากัน
หลังส่วนบน	-	220 (100)	-	220 (100)	เท่ากัน
หลังส่วนล่าง	-	220 (100)	-	220 (100)	เท่ากัน
แขนส่วนบน	105 (47.73)	115 (52.27)	105 (47.73)	115 (52.27)	เท่ากัน
ข้อศอก	196 (89.09)	24 (10.91)	196 (89.09)	24 (10.91)	เท่ากัน
แขนส่วนล่าง	166 (75.45)	54 (24.55)	166 (75.45)	54 (24.55)	เท่ากัน
มือ/ข้อมือ	-	220 (100)	-	220 (100)	เท่ากัน
สะโพก/ต้นขา	166 (75.45)	54 (24.55)	165 (75.00)	55 (25.00)	ซีกซ้ายปวดมากกว่า



ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	ซีกซ้าย		ซีกขวา		ผลการเปรียบเทียบ
	ไม่ปวด (ร้อยละ)	ปวด (ร้อยละ)	ไม่ปวด (ร้อยละ)	ปวด (ร้อยละ)	
หัวเข่า	-	220 (100)	-	220 (100)	เท่ากัน
น่อง	36 (16.36)	184 (83.64)	36 (16.36)	184 (83.64)	เท่ากัน
เท้า	69 (31.36)	151 (68.64)	69 (31.36)	151 (68.64)	เท่ากัน

จากตารางที่ 4 พบว่า เกษตรกรผู้กรีดยางพารามีอาการปวดในบริเวณคอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง มือ/ข้อมือ หัวเข่า และน่อง ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 83.64 – 100.00 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่ต้องใช้ท่าทางซ้ำๆ และการใช้งานกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบระหว่างร่างกายซีกซ้ายและขวา พบว่าการบาดเจ็บมีสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณคอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง มือ/ข้อมือ หัวเข่า และน่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าลักษณะงานกรีดยางพารามีการใช้แรงงานทั้งสองข้างอย่างเท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตในส่วนสะโพก/ต้นขา ที่พบว่าซีกซ้ายมีอาการบาดเจ็บสูงกว่าซีกขวาเล็กน้อย (ร้อยละ 1.00) อาจเป็นผลมาจากท่าทางการทำงานที่ต้องถ่วงน้ำหนักตัวไปทางซีกซ้ายมากกว่า ในขณะที่บริเวณแขนส่วนบน ข้อศอก แขนส่วนล่าง และเท้า พบว่า อาการปวดมีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งสองข้าง สะท้อนถึงลักษณะงานที่ต้องใช้แรงจากแขนทั้งสองข้างในอัตราเท่ากัน

สรุป อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์และความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อในเกษตรกรกรีดยางพารา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหลายประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า เกษตรกรมีความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.63$ S.D. = 0.32) โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีรชัย มัญญารักษ์ (2561) ที่พบว่า เกษตรกรมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการปรับปรุงการทำงานด้านการยศาสตร์ แสดงให้เห็นถึงการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการยศาสตร์ในการทำงาน นอกจากนี้ การบาดเจ็บกล้ามเนื้อที่พบสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ขายเกลี้ยง และคณะ (2564) ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีท่าทางการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เช่น การยืนหรือเดินติดต่อกันนาน การทำงานในลักษณะกระดกหรือบิดข้อมือซ้ำๆ และการทำงานในท่ายกเข่า งานวิจัยของมารุต นามบุตร (2563) ยังชี้ให้เห็นว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ และมีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยเฉพาะอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงาน ความเชื่อทางสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร

2. ความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความชุกของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อในเกษตรกรกรีดยางพารา ส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บโดยเฉพาะที่หลังส่วนบนและล่าง มือ/ข้อมือ และหัวเข่า (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกวิศกรินทร์ คณะพันธ์ และคณะ (2562) ที่พบความผิดปกติบริเวณมือ ข้อมือ เข่า และหลังส่วนบน ปานชนม์ โชคประสิทธิ์ และคณะ (2564) พบอาการปวดมากที่สุดที่หลังส่วนล่าง หัวเข่า ไหล่ และคอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ การศึกษาของ Hernan C. Labao และ Erwin M. Faller (2018) ในแรงงานข้ามชาติฟิลิปปินส์ในมาเลเซียพบความเจ็บปวดบริเวณหลังส่วนล่างและไหล่เป็นหลัก แสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงของปัญหาในกลุ่มแรงงานที่ใช้แรงงานหนัก นอกจากนี้ การศึกษาของ Kee Dohyunga และ Haslam Rogerb (2019) ในประเทศเกาหลี พบความชุกสูงของ WMSDs ในเกษตรกร โดยเฉพาะที่ไหล่ เข่า และหลังส่วนล่าง ซึ่งมีอัตราสูงกว่าอุตสาหกรรมอื่นๆ ในเกาหลี

ผลการวิจัยนี้โดยรวมเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อในเกษตรกรกรีดยางพารา ความชุกของการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและความเชื่อทางสุขภาพที่พบ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

โดยคำนึงถึงความเชื่อทางสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงของเกษตรกร รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน และการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานให้กับเกษตรกร ภัยทางพารา ตำบลดงมหาวัน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง
2. กลุ่มเกษตรกรภัยทางพาราตำบลหรืออำเภออื่นๆ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีผลต่อการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานร่วมด้วย
2. ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อทางสุขภาพด้านการยศาสตร์กับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2560). แบบประเมินความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/69956e0d4b5a1f09414c0f47a5336039.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราของการบาดเจ็บจากการทำงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=15746
- กวิสธารินทร์ คณะพันธ์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2562). ความเสี่ยงทางการยศาสตร์และสมรรถภาพของกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 8(2), 21-31.
- กองนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน. (2563). จังหวัดที่ทำการเกษตรยางพารามากที่สุดในภาคเหนือ. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก <https://webapp.ddd.go.th/lpd/>
- เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์. (2565). ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/musculoskeletal-pain>
- ปานชนม์ โชคประสิทธิ์, สุภาภรณ์ ยิ้มเที่ยง และศิริลักษณ์ วีรสกุล (2564). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่เกิดจากการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา. https://www.ohswa.or.th/attachments/view/?attach_id=320498.
- มารุต นามบุตร. (2563). วิจัยการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรณีศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบกิจการยางพาราจังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 5(1), 25-38.
- วิพา ชูปวา, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัลย์ ขาดตา, กาญจนา แซ่ฮึง และช่วงชัย ชูปวา. (2565). ความชุกและปัจจัยทำทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(1). 17-27.
- วีรชัย มัญญารักษ์. (2561). การลดความสูญเสียในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนยางพาราด้วยวิธีการประเมินผลทางการยศาสตร์: กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล. วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม. 14(1). 13-14.
- ศรุดา จิรัฐกุลธนา. (2561). การยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก <https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1>
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2565). ภาวะเศรษฐกิจการเกษตร. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2567, จาก <https://www.oae.go.th/view/1>

- สุนิสา ชายเกลี้ยง. (2564). การประเมินความเสี่ยงทางอาชีวอนามัยต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการสัมผัสปัจจัยทางกายศาสตร์ในการทำงานของเกษตรกรปลูกยางพารา. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 14(2). 32-44.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Hernan C. Labao, Erwin M. Faller & May Florence D. Bacayo. (2018). Aches and Pains' of Filipino Migrant Workers in Malaysia: A Profile of Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Annals of Global Health*. 84(3), 474–480. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6748270/>.
- Kee Dohyunga, Haslam Rogerb. (2019). *Prevalence of work-related musculoskeletal disorders in agriculture workers in Korea and preventative interventions*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31815716/>.
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics : An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York : Harper. and Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแสงสว่างภายในห้องเรียน ของโรงเรียนใน
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
Factors associated with the level of light intensity in the classrooms of schools
in the Chiang Rai Primary Educational Service Area Office 2, Pa Daet District,
Chiang Rai Province

ขศิรินทร์ พุทธา^{1*}, พัทธนิษฐ์ คำธาร², กาญจนา ปินตาคำ², อารีย์ จอแย² และ มณีรัตน์ สวนม่วง^{2*}
Khasirin Puttha^{1*}, Phatanit Khamthan², Kanjanar Pintakham², Aree Choyae² and Maneerat Suanmuang^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินระดับความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียนและเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน CIE 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพในห้องเรียน และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางกายภาพในห้องเรียนกับความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ได้กลุ่มตัวแทนโรงเรียนจำนวน 4 โรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียน และ Lux Meter วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-Square test

ผลการวิจัย พบว่าความเข้มของแสงภายในห้องเรียนของโรงเรียนทั้ง 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 24 ห้องเรียน เป็นไปตามเกณฑ์ 14 ห้องเรียน (ร้อยละ 58.33) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 10 ห้องเรียน (ร้อยละ 41.67) ผลการสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียน จำนวนทั้งหมด 24 ห้อง ส่วนใหญ่มีการติดตั้งหลอดไฟ ที่มีระยะห่างระหว่างโคมเท่ากันและมีจำนวนแฉวมมากกว่า 2 แฉว จำนวน 18 ห้อง (ร้อยละ 75.00) และแฉวเดียวกลางห้อง จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00) ลักษณะของผนังส่วนใหญ่เป็นแบบปูน จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) ผนังห้องส่วนใหญ่เป็นสีเขียว จำนวน 10 ห้อง (ร้อยละ 41.67) สีครีม จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00) สีเขียวอ่อน จำนวน 5 ห้อง (ร้อยละ 20.83) และสีขาว จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางกายภาพกับความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน พบว่า รูปแบบการติดตั้งหลอดไฟ และสีของผนังห้องเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแสงสว่างในห้องเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความเข้มของแสงสว่าง, ค่ามาตรฐาน CIE, นักเรียน

Abstract

The objectives of this study were to 1) assess the level of lighting intensity in classrooms and compare it with the CIE standard values, 2) examine the physical characteristics of classrooms, and 3) investigate the relationship between these physical characteristics and the lighting intensity within the classrooms. Data were collected using a systematic sampling method, resulting in a representative group of 4 schools. The instruments used included a classroom physical characteristics survey and a Lux Meter. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, maximum, minimum, standard deviation, and Chi-Square test.

The results revealed that the lighting intensity in classrooms of the 4 schools, comprising a total of 24 classrooms, revealed that 14 classrooms (58.33%), while 10 classrooms (41.67%) did not. The survey of the physical characteristics of all 24 classrooms found that the majority had light fixtures installed with equal spacing between the fixtures and arranged in more than two rows on 18 classrooms (75.00%). Meanwhile, 6 classrooms (25.00%) had a single row of fixtures in the center of the room. Regarding wall characteristics, all classrooms (100.00%) had cement walls. The majority of wall colors were green that 10 classrooms (41.67%), cream as 6 classrooms (25.00%), light green as 5 classrooms (20.83%), and white as 3 classrooms (12.50%). The relationship between physical characteristics and lighting intensity in classrooms showed that the pattern of light fixture installation and the wall color had a statistically significant correlation with the level of lighting intensity at the 0.05 significance level.

Keywords: Lighting Intensity, CIE Standards, Student,

¹นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Students of major Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rajabhat University

²อาจารย์สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Lecturer of major Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rajabhat University

*corresponding author e-mail: maneerat.sua@crju.ac.th

บทนำ

สถานการณ์แสงสว่างในโรงเรียนเป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจทั่วโลก องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) รายงานว่าประมาณ ร้อยละ 80 ของโรงเรียนในประเทศกำลังพัฒนามีปัญหาเรื่องแสงสว่างไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเรียนรู้ของนักเรียน (WHO, 2021) ซึ่งแสงสว่างเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมองเห็นและการเรียนรู้ของนักเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนในโรงเรียน การมีแสงสว่างที่เพียงพอและเหมาะสมช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการอ่าน การเขียน และการทำกิจกรรมต่างๆ ในห้องเรียน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2562) ความเข้มของแสงสว่างที่ไม่เพียงพอไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อมองเห็น แต่ยังมีผลต่อระบบการทำงานของร่างกายโดยรวม โดยเฉพาะวงจรการหลับ - ตื่น (Circadian Rhythm) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนเมลาโทนิน และคอร์ติซอลที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความตื่นตัว และความสามารถในการเรียนรู้ (นายอิทธิทธิ บริสุทธิ์, 2566) นอกจากนี้การได้รับแสงสว่างที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพในระยะยาว เช่น ภาวะสายตาสั้น ซึ่งพบว่ามีมากขึ้นในเด็กวัยเรียนทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2022)

ในประเทศไทย การศึกษาของ สมศักดิ์ วงศ์ประดิษฐ์ และคณะ (2563) พบว่า ร้อยละ 60 ของโรงเรียนที่สำรวจมีความเข้มแสงสว่างต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและโรงเรียนขนาดเล็ก สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2562) ที่ระบุว่า การปรับปรุงคุณภาพแสงสว่างในโรงเรียนเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาของประเทศ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรงเรียนหลายแห่งในประเทศไทยยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความเข้มของแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพสายตาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน (วิชัย พงษ์ชัชวาลกุล และคณะ, 2561) การศึกษาของ ธนวรรณ กิจสวัสดิ์ และคณะ (2564) พบว่า โรงเรียนในเขตชนบทมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเรื่องความเข้มแสงสว่างมากกว่าโรงเรียนในเขตเมือง โดยเฉพาะในห้องเรียนที่ตั้งอยู่ในอาคารเก่าหรือมีการออกแบบที่ไม่เอื้อต่อการรับแสงธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นว่า การออกแบบอาคารที่คำนึงถึงการใช้แสงธรรมชาติร่วมกับแสงประดิษฐ์อย่างเหมาะสม สามารถช่วยประหยัดพลังงานและส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Barrett et al, 2015)

มาตรฐานความเข้มของแสงสว่างในสถานศึกษาของประเทศไทย กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย ระบุว่าห้องเรียนทั่วไปควรมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 300 ลักซ์ (กระทรวงมหาดไทย, 2559) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า โรงเรียนหลายแห่งในพื้นที่ยังไม่สามารถจัดการแสงสว่างให้เป็นไปตามมาตรฐานดังกล่าวได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น การออกแบบอาคารเรียน การติดตั้งระบบไฟฟ้าแสงสว่าง งบประมาณในการบำรุงรักษา และความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับความสำคัญของแสงสว่างในการเรียนการสอน (นภดล กรรณิกา และคณะ, 2562)

ในบริบทของจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางภูมิประเทศและสภาพแวดล้อม การจัดการด้านแสงสว่างในโรงเรียนอาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ประมงศึกษาเชียงราย เขต 2 อำเภอป่าแดด ซึ่งมีทั้งพื้นที่ราบและพื้นที่สูง สภาพอาคารเรียนและระบบไฟฟ้าในแต่ละโรงเรียนอาจมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพของแสงสว่างในห้องเรียนมีความแตกต่างกันด้วย (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประมงศึกษาเชียงราย เขต 2, 2563) ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาแนวทางการจัดการแสงสว่างที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนในแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วน เพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของนักเรียนไทยต่อไป ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแสงสว่างภายในห้องเรียน ของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประมงศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของความเข้มแสงสว่างในโรงเรียนในพื้นที่ดังกล่าว ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารสถานศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบายในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาาระบบแสงสว่างในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการเรียนรู้ของนักเรียน และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาและสุขภาวะที่ดีของนักเรียนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินค่าความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประมงศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย และเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน CIE
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประมงศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางกายภาพในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กับความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

โรงเรียนทั้ง 7 แห่ง มีจำนวนห้อง 42 ห้อง

กลุ่มตัวอย่าง

หลังจากการคำนวณแล้วเหลือ โรงเรียน 4 แห่ง และจำนวนห้องทั้งสิ้น 24 ห้อง กำหนดขนาดตัวอย่างวิธีการ ประเมินค่าขนาดตัวอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) สุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) นริศรา เสือคล้าย (2560) กำหนดจำนวนห้องเรียน (N) และหมายเลขสมาชิก จำนวน ห้องเรียน 42 ห้อง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 4 โรงเรียน คำนวณหาช่วง (interval) หรือ ระยะห่างในการสุ่มของแต่ละหน่วย (k)

จากสูตร หาช่วงของการสุ่ม (K) = $\frac{\text{ขนาดของประชากร (N)}}{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n)}}$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad k &= \frac{42}{4} \\ K &= 10.5 \approx 11 \end{aligned}$$

นำหมายเลขภายในช่วงมาสุ่มหาจุดเริ่มต้น (หา A) โดยการจับสลากโดยใช้วิธีการสุ่ม A หมายถึง จุดเริ่มต้น

$$\begin{aligned} \text{วิธีคิด จับฉลากหมายเลข } 1 - 11 &= \text{จับฉลากได้หมายเลข } 5 \\ A &= 5 \end{aligned}$$

ทำการเลือกสมาชิกทุกตัวที่ A ในทุกช่วงของห้องเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นคือนับสมาชิกตัวต่อไป คือ A + k, A + 2k, A + 3k, ... จนครบผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบโดยกลุ่มตัวแทนโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 7 แห่ง เริ่มนับจากโรงเรียนในลำดับ ที่ 5 เป็นจุดเริ่มต้น คือ โรงเรียน ศรีโพธิ์เงินวิทยา และทำการนับวนไป 5 ช่วงลำดับ จนครบ 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนศรีโพธิ์เงินวิทยา โรงเรียนบ้านโป่ง โรงเรียนบ้านสัก โรงเรียนโรงช้างวิทยา แต่ละโรงเรียนจะมีระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน

เครื่องตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง (Lux Meter)

มาตรฐานเครื่องมือ

Lux Meter คุณลักษณะของเครื่องวัดแสงต้องเป็นไปตามมาตรฐาน CIE 1931 ของคณะกรรมการระหว่างประเทศ ว่าด้วยความส่องสว่าง (International Commission on Illumination) หรือ ISO/CIE 10527 หรือเทียบเท่า

แบบสำรวจ มี 2 ส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบฟอร์มการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง และแบบสำรวจลักษณะทาง กายภาพภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัด เชียงราย โดยเก็บจากตัวแทนโรงเรียนจำนวน 4 โรงเรียน ห้องเรียนจำนวน 24 ห้อง ซึ่งแบ่งแบบสำรวจเป็น 2 ตอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบฟอร์มการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียนจำนวน 10 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสำรวจ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือบันทึกข้อความติดต่อขอความอนุเคราะห์ทางโรงเรียนในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และนำหนังสือรับรอง นำส่งผู้อำนวยการโรงเรียน จากนั้นเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจวัดปริมาณความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน และลักษณะทางกายภาพของห้องเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ปริมาณความเข้มของแสงสว่างภายใน โดยนำเสนอในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ลักษณะทางกายภาพของห้องเรียนใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางกายภาพในห้องเรียน กับความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียนโดยใช้สถิติอ้างอิง Chi-Square test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างภายในห้องเรียน ของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย (n = 24)

โรงเรียน	ชั้นปี	ความเข้มแสงสว่าง (ลักซ์)	ผลการประเมิน	
			ผ่านเกณฑ์ 300 (ลักซ์)	ไม่ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่า 300 (ลักซ์)
โรงเรียนที่ 1	ประถมศึกษาปีที่ 1	119	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 2	68	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 3	127	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 4	154	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 5	120	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 6	164	-	✓
รวม			0 (0.00)	6 (100.00)
โรงเรียนที่ 2	ประถมศึกษาปีที่ 1	304	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 2	319	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 3	321	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 4	356	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 5	283	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 6	305	✓	-
รวม			5 (83.33)	1 (16.67)



ตารางที่ 1 ผลการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างภายในห้องเรียน ของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย (n = 24) (ต่อ)

โรงเรียน	ชั้นปี	ความเข้มแสงสว่าง (ลักซ์)	ผลการประเมิน	
			ผ่านเกณฑ์ 300 (ลักซ์)	ไม่ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่า 300 (ลักซ์)
โรงเรียนที่ 3	ประถมศึกษาปีที่ 1	291	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 2	410	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 3	380	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 4	1020	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 5	1146	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 6	1435	✓	-
รวม			5 (83.33)	1 (16.67)
โรงเรียนที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 1	387	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 2	282	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 3	277	-	✓
	ประถมศึกษาปีที่ 4	584	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 5	449	✓	-
	ประถมศึกษาปีที่ 6	338	✓	-
รวม			4 (66.67)	2 (33.33)

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มแสงสว่างของโรงเรียนที่ 1 ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงปีที่ 6 ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 100.00) โรงเรียนที่ 2 พบว่า ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1,2,3,4 และ 6 มีค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 83.33) และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 16.67) โรงเรียนที่ 3 พบว่า ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 2,3,4,5 และ 6 มีค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 83.33) และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 16.67) โรงเรียนที่ 4 พบว่า ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1,4,5 และ 6 มีค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 66.67) และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 33.33)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย (n = 24)

ปัจจัย	จำนวน (ห้อง)	ร้อยละ
การติดตั้งหลอดไฟ		
มีระยะห่างระหว่าง โคมเท่ากันและมีจำนวนแฉวมมากกว่า 2 แฉว	18	75.00
แฉวเดียวกลางห้อง	6	25.00
จำนวนของหลอดไฟ		
4 – 6 ดวง	9	37.50
7 – 9 ดวง	0	0.00
10 – 12 ดวง	15	62.50
ความสะอาดของหลอดไฟ		
สะอาด	24	100.00



ปัจจัย	จำนวน (ห้อง)	ร้อยละ
ชนิดของหลอดไฟ		
หลอดแอลอีดี	24	100.00
สีของหลอดไฟ		
Warm White (สีเหลืองนวล)	1	4.17
Daylight (สีขาวธรรมชาติ)	23	95.83
ลักษณะของผนัง		
แบบปูน	24	100.00
สีของผนังห้อง		
ครีม	6	25.00
เขียว	10	41.67
เขียวอ่อน	5	20.83
ขาว	3	12.50
ขนาดของห้อง		
เล็ก	3	12.50
กลาง	12	50.00
ใหญ่	9	37.50
จำนวนประตูและหน้าต่าง		
จำนวนประตู		
1 บาน	20	83.33
2 บาน	4	16.67
วัสดุประตู		
ไม้	24	100.00
จำนวนหน้าต่าง		
4 – 8 บาน	3	12.50
9 – 13 บาน	14	58.33
14 – 18 บาน	7	29.17
วัสดุหน้าต่าง		
กระจก	15	62.50
ไม้	9	37.50
ผ้าม่าน		
มี	8	33.33
ไม่มี	16	66.67

จากตารางที่ 2 การสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งหมด 24 ห้อง พบว่าห้องเรียนส่วนใหญ่มีการติดตั้ง หลอดไฟ ที่มีระยะห่างระหว่างโคมเท่ากันและมีจำนวนแฉวมมากกว่า 2 แฉว จำนวน 18 ห้อง (ร้อยละ 75.00) และแฉวเดี่ยว กลางห้อง จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00) จำนวนของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ติดตั้งหลอดไฟ 10 – 12 ดวง จำนวน 15 ห้อง (ร้อยละ 62.5) และ 4 – 6 ดวง จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) ความสะอาดของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ หลอดไฟสะอาด จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) ชนิดของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้หลอดแอลอีดี จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) สีของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้ Daylight (สีขาวธรรมชาติ) จำนวน 23 ห้อง (ร้อยละ 95.83) และ Warm White (สีเหลืองนวล) จำนวน 1 ห้อง (ร้อยละ 4.17) ลักษณะของผนัง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นแบบปูน จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) สีของผนังห้อง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นสี เขียว จำนวน 10 ห้อง (ร้อยละ 41.67) ครีม จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00)



เขียวอ่อน จำนวน 5 ห้อง (ร้อยละ 20.83) และขาว จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) ขนาดของห้อง พบว่า ส่วนใหญ่ มีขนาด กลาง จำนวน 12 ห้อง (ร้อยละ 50.00) ใหญ่ จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) และเล็ก จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) จำนวน ประตูและหน้าต่าง จำนวนประตู พบว่า ส่วนใหญ่ มีจำนวน 1 บาน จำนวน 20 ห้อง (ร้อยละ 83.33) 2 บาน จำนวน 4 ห้อง (ร้อยละ 16.67) วัสดุประตู พบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบ ไม้ จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) จำนวนหน้าต่าง พบว่า ส่วนใหญ่ มีหน้าต่าง 9 – 13 บาน จำนวน 14 ห้อง (ร้อยละ 58.33) 14 – 18 บาน จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 29.17) และ 4 – 8 บาน จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) วัสดุหน้าต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกระจก จำนวน 15 ห้อง (ร้อยละ 62.50) และไม้ จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) ฝ้าม่าน พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่มี จำนวน 16 ห้อง (ร้อยละ 66.67) และมี จำนวน 8 ห้อง (ร้อยละ 33.33)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียนและลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียน โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ปัจจัย	X^2	P - Value
การติดตั้งหลอดไฟ		
มีระยะห่างระหว่าง โคมเท่ากันและมีจำนวนแถวมากกว่า 2 แถว	13.33	0.01*
แถวเดียวกลางห้อง		
จำนวนของหลอดไฟ		
4 – 6 ดวง	9.96	0.30 a
7- 9 ดวง		
10 – 12 ดวง		
สีของหลอดไฟ		
Warm White (สีเหลืองนวล)	1.73	0.38
Daylight (สีขาวธรรมชาติ)		
สีของผนังห้อง		
ครีม		
เขียว	14.32	0.01* a
เขียวอ่อน		
ขาว		
ขนาดของห้อง		
เล็ก (8 ตร.ม.)	4.91	0.20 a
กลาง (45 ตร.ม.)		
ใหญ่ (54 ตร.ม.)		
จำนวนประตู		
1 บาน	0.32	1.00
2 บาน		
จำนวนหน้าต่าง		
4 – 8 บาน	0.12	0.74 a
9 – 13 บาน		
14 – 18 บาน		
วัสดุหน้าต่าง		
กระจก	1.43	0.39
ไม้		
ฝ้าม่าน		
มี	0.00	1.00
ไม่มี		

* P - Value = 0.05, a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน การติดตั้งหลอดไฟ และสีของผนังห้องเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนของหลอดไฟ, สีของหลอดไฟ, ขนาดของห้อง, จำนวนประตู, จำนวนหน้าต่าง, วัสดุหน้าต่าง และผ้าม่าน มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุป อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ผลการศึกษาวิจัยพบว่าความเข้มของแสงภายในห้องเรียนของโรงเรียนทั้ง 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 24 ห้องเรียน ชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 – ถึงปีที่ 6 เป็นไปตามเกณฑ์ 14 ห้องเรียน (ร้อยละ 58.33) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 10 ห้องเรียน (ร้อยละ 41.67) ทั้งนี้ อาจเกิดจากสภาพอากาศในวันที่ที่ตรวจได้รับผลกระทบจากฝนและท้องฟ้ามีดครึ้ม โรงเรียนได้ติดตั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์แบบแถวเดียวไว้กลางห้อง ทำให้มีหลอดไฟไม่เพียงพอหรือใช้งานไม่ได้ ส่วนห้องเรียนที่มีความเข้มของแสงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาจเนื่องจาก ห้องเรียนได้รับแสงธรรมชาติมากกว่า ซึ่งช่วยเพิ่มระดับความสว่างรวม รวมถึงห้องเรียนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีการออกแบบการวางโต๊ะเรียนที่ไม่แน่นเกินไป และมีจำนวนหน้าต่างที่เหมาะสม จึงทำให้ค่าความเข้มแสงสว่างผ่านเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทองสุข พลมาตา และคณะ (2560) ซึ่งค่าความเข้มแสงภายในห้องเรียนทั้ง 5 โรงเรียน รวม 61 ห้องเรียน พบว่ามีห้องเรียน 47 ห้อง (ร้อยละ 77.05) ต่ำกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ 14 ห้องเรียน (ร้อยละ 22.95) เป็นไปตามเกณฑ์ สาเหตุที่ทำให้ห้องเรียนมีความเข้มแสงต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ หลอดไฟสกปรก ขาดการบำรุงรักษา หลอดไฟชำรุดบางห้องเรียน และหลอดไฟไม่เพียงพอ ห้องเรียนที่เป็นไปตามมาตรฐานมักตั้งอยู่ในอาคารหลายชั้น โดยเฉพาะชั้นบน ซึ่งมักได้รับแสงธรรมชาติจากภายนอก ทำให้มีระดับความเข้มแสงสูงกว่าชั้นแรก และสอดคล้องกับงานวิจัยของมินตรา แสนโคก และคณะ (2559) ซึ่งค่าความเข้มของแสงภายในห้องเรียนของโรงเรียนทั้ง 3 แห่ง รวมทั้งหมด 39 ห้องเรียน พบว่ามีห้องเรียน 9 ห้อง (ร้อยละ 23.08) ต่ำกว่ามาตรฐาน ในขณะที่ห้องเรียน 30 ห้อง (ร้อยละ 76.92) ผ่านเกณฑ์ สาเหตุที่ห้องเรียนมีความเข้มของแสงต่ำกว่ามาตรฐาน ได้แก่ หลอดไฟสกปรกหรือบำรุงรักษาไม่ดี หลอดไฟบางห้องชำรุด และหลอดไฟไม่เพียงพอ ส่วนในวันที่ฟ้ามีดครึ้ม ห้องเรียนที่ผ่านเกณฑ์ คือ ห้องเรียนที่อยู่ในระดับสูงกว่า ได้รับแสงธรรมชาติจากภายนอก ส่งผลให้ความเข้มของแสงสูงกว่าชั้นแรก

วัตถุประสงค์ข้อ 2 การสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งหมด 24 ห้อง พบว่าห้องเรียนส่วนใหญ่มีการติดตั้งหลอดไฟ ที่มีระยะห่างระหว่างโคมเท่ากันและมีจำนวนแถวมากกว่า 2 แถว จำนวน 18 ห้อง (ร้อยละ 75.00) และแถวเดียวกลางห้อง จำนวน 6 ห้องเรียน (ร้อยละ 25.00) จำนวนของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ติดตั้งหลอดไฟ 10 – 12 ดวง จำนวน 15 ห้อง (ร้อยละ 62.5) และ 4 – 6 ดวง จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) ความสะอาดของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ หลอดไฟสะอาด จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) ชนิดของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้หลอดแอลอีดี จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) สีของหลอดไฟ พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้ Daylight (สีขาวธรรมชาติ) จำนวน 23 ห้อง (ร้อยละ 95.83) และ Warm White (สีเหลืองนวล) จำนวน 1 ห้อง (ร้อยละ 4.17) ลักษณะของผนัง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นแบบปูน จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) สีของผนังห้อง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นสี เขียว จำนวน 10 ห้อง (ร้อยละ 41.67) ครีมน้ำเงิน จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00) เขียวอ่อน จำนวน 5 ห้อง (ร้อยละ 20.83) และขาว จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) ขนาดของห้อง พบว่า ส่วนใหญ่ มีขนาดกลาง จำนวน 12 ห้อง (ร้อยละ 50.00) ใหญ่ จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) และเล็ก จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) จำนวนประตูและหน้าต่าง จำนวนประตู พบว่า ส่วนใหญ่ มีจำนวน 1 บาน จำนวน 20 ห้อง (ร้อยละ 83.33) 2 บาน จำนวน 4 ห้อง (ร้อยละ 16.67) วัสดุประตู พบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบ ไม้ จำนวน 24 ห้อง (ร้อยละ 100.00) จำนวนหน้าต่าง พบว่า ส่วนใหญ่ มีหน้าต่าง 9 – 13 บาน จำนวน 14 ห้อง (ร้อยละ 58.33) 14 – 18 บาน จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 29.17) และ 4 – 8 บาน จำนวน 3 ห้อง (ร้อยละ 12.50) วัสดุหน้าต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกระจก จำนวน 15 ห้อง (ร้อยละ 62.50) และไม้ จำนวน 9 ห้อง (ร้อยละ 37.50) ผ้าม่าน พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่มี จำนวน 16 ห้อง (ร้อยละ 66.67) และมี จำนวน 8 ห้อง (ร้อยละ 33.33) ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ทั้งนี้เนื่องจาก การติดตั้งหลอดไฟที่มีระยะห่างระหว่างโคมเท่ากันจะช่วยให้แสงกระจายสม่ำเสมอในห้อง ลดจุดแสงจ้าและเงา การติดตั้งโคมไฟมากกว่า 2 แถวจะช่วยให้เพิ่มความสว่างในห้อง จำนวนหลอดไฟที่มากขึ้นจะช่วยเพิ่มความสว่างและความสม่ำเสมอ การบำรุงรักษาหลอดไฟที่สะอาดเป็นประจำจะช่วยให้การกระจายแสงมีประสิทธิภาพ และอายุการใช้งานของระบบไฟยาวนานขึ้น หลอดไฟ LED กินไฟน้อยประหยัดค่าไฟ และมีอายุการใช้งานมากกว่า 50,000 ชั่วโมง หลอดไฟที่มีโทนสีเหลืองอ่อนให้แสงที่อบอุ่นและสบาย สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย หลอดไฟสีขาวธรรมชาติให้แสงสว่าง

ที่สว่างและสะอาด เหมาะสำหรับพื้นที่ที่ต้องการแสงที่ชัดเจนและสว่าง ผังสีครีมให้ความรู้สึกอบอุ่นและน่าอยู่ สะท้อนแสงได้ดี เหมาะกับสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ผังสีเขียวให้ความรู้สึกสดชื่นและเป็นธรรมชาติ เหมาะกับพื้นที่ที่ต้องการบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ส่วนสีเขียวอ่อนให้ความรู้สึกสดชื่นและเป็นธรรมชาติมากกว่า เหมาะสำหรับพื้นที่ที่ต้องการพลังงาน ผังสีขาวสร้างบรรยากาศที่สะอาดและสดใส เหมาะสำหรับพื้นที่ที่ต้องการความสะอาดและความสว่าง ห้องขนาดเล็กมักใช้สำหรับกิจกรรมที่ไม่ต้องการพื้นที่ขนาดใหญ่ โดยเน้นการควบคุมสิ่งแวดล้อมและการใช้พลังงาน ห้องขนาดกลางเหมาะสำหรับกิจกรรมทั่วไป เช่น ห้องเรียนและพื้นที่พักผ่อน ห้องขนาดใหญ่เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการพื้นที่ที่กว้างขวางและสามารถรองรับผู้ใช้งานได้มากขึ้น โดยทั่วไป ห้องที่มีขนาดเล็กมักจะใช้ประตูปานเดียวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พื้นที่จำกัด ในขณะที่ห้องขนาดใหญ่จะใช้ประตูปานคู่สำหรับทางเข้าที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรองรับผู้ใช้งานจำนวนมาก ประตูที่ทำจากไม้ที่ทนทานและสวยงามเหมาะสำหรับใช้ภายในอาคาร ห้องที่มีหน้าต่างน้อยลงช่วยลดการสูญเสียพลังงานจากการทำความร้อนและทำความเย็น การเพิ่มจำนวนหน้าต่างช่วยให้ระบายอากาศได้ดีขึ้นและเพิ่มการรับแสงธรรมชาติ หน้าต่างกระจกช่วยให้แสงธรรมชาติส่องผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความทนทานและดูแลรักษาง่าย ม่านที่ติดตั้งในห้องช่วยควบคุมแสงธรรมชาติและเพิ่มความเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย เหมาะกับพื้นที่ที่ต้องการความเงียบสงบ ห้องที่ไม่มีม่านจะช่วยให้แสงธรรมชาติส่องผ่านเข้ามาได้อย่างเต็มที่ เพิ่มความสว่างและความโล่งโปร่งภายในห้อง เหมาะสำหรับพื้นที่ที่ต้องการบรรยากาศสดชื่น เช่น ห้องเรียนและพื้นที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทยา แผลมทอง (2563) ซึ่ง ค่าเฉลี่ยปริมาณแสงสว่างภายในห้องเรียนทั้ง 3 ขนาด ห้องเรียนขนาดเล็กมีค่าเฉลี่ยรวมปริมาณแสงสว่าง 656.06 Lux ห้องเรียนขนาดกลาง 739 Lux และห้องเรียนขนาดใหญ่ 389.66 Lux จากการสำรวจอุปกรณ์ดวงโคม ตำแหน่งการติดตั้งดวงโคม พบว่าอุปกรณ์ดวงโคมที่ใช้ในห้องเรียนจะเป็นโคมอะลูมิเนียมสะท้อนแสง หลอดไฟที่ใช้จะเป็นหลอดไฟแอลอีดี T8 ขนาด 18 วัตต์ และหลอดไฟแอลอีดี T8 ขนาด 9 วัตต์ ห้องเรียนขนาดความจุ 150 คน จะมีการติดตั้งดวงโคมที่หลากหลายซึ่งการติดตั้งดวงโคมบางช่วงมีระยะห่างกันจนเกินไปส่งผลให้พื้นที่ในช่วงดังกล่าวมีปริมาณแสงสว่างที่น้อยกว่าบริเวณที่ติดตั้งโคมไฟ ด้านการออกแบบลักษณะทางกายภาพของห้องเรียน พบว่าห้องเรียนขนาดเล็กและขนาดกลางมีขนาดความสูงของฝ้าเพดาน 2.5 เมตร ส่วนห้องเรียนขนาดใหญ่มีขนาดความสูงของฝ้าเพดาน 4.5 เมตร ทำให้ปริมาณแสงสว่างในห้องเรียนมีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ข้อ 3 ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของแสงสว่างภายในห้องเรียน การติดตั้งหลอดไฟ และสีของผนังห้องเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้พบว่าการสำรวจลักษณะทางกายภาพภายในห้องเรียนของโรงเรียนในสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2 อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย มีการติดตั้งหลอดไฟมีระยะห่างระหว่าง โคมเท่ากันและมีจำนวนแฉวมมากกว่า 2 แฉว จำนวน 18 ห้อง (ร้อยละ 75.00) แฉวเดียวกลางห้อง จำนวน 6 ห้อง (ร้อยละ 25.00) การติดตั้งหลอดไฟในห้องเรียนตำแหน่งการติดตั้งหลอดไฟมีระยะห่างระหว่างโคมเท่ากันและมีจำนวนแฉวมมากกว่า 2 แฉว ช่วยให้แสงสว่างกระจายทั่วถึงทั้งห้อง การติดตั้งแบบแฉวเดียวกลางห้องอาจทำให้แสงไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะบริเวณริมห้อง จำนวนหลอดไฟจำนวนมากเกินไปอาจทำให้เกิดแสงจ้า ถ้าหากจำนวนน้อยเกินไปทำให้แสงสว่างไม่เพียงพอส่งผลต่อสายตาและการเรียนรู้ ชนิดของหลอดไฟหลอด LED ให้แสงสว่างมาก ประหยัดพลังงานและมีอายุการใช้งานยาวนาน การใช้โคมไฟและแผ่นสะท้อนแสงช่วยกระจายแสงได้ดีขึ้นลดแสงจ้า และเพิ่มประสิทธิภาพการส่องสว่างสามารถควบคุมทิศทางของแสงได้ดีกว่าการใช้หลอดไฟเปลือย สีของผนังห้องเรียนมีค่าการสะท้อนแสง (Light Reflectance Value - LRV) ซึ่ง สีแต่ละสีมีค่า LRV ที่แตกต่างกันซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณแสงที่สะท้อนกลับจากพื้นผิวสีอ่อนมีค่า LRV สูงกว่าสีเข้มทำให้สะท้อนแสงได้มากกว่าและสีขาวสะท้อนแสงได้มากที่สุด (LRV 85-95%) ทำให้ห้องดูสว่างและกว้างขึ้น สีอ่อน (เช่น ครีม, เบจ) สะท้อนแสงได้ดี (LRV 60-80%) ช่วยเพิ่มความสว่างในห้อง สีกลางสะท้อนแสงปานกลาง (LRV 40-60%) ให้ความรู้สึกอบอุ่นแต่อาจลดความสว่างลงบ้าง สีเข้มสะท้อนแสงน้อย (LRV 10-40%) ทำให้ห้องมืดลงและอาจต้องใช้แสงประดิษฐ์มากขึ้นห้องการกระจายแสงสีอ่อนช่วยกระจายแสงได้ดีกว่าทำให้แสงสว่างทั่วถึงทั้งห้อง สีเข้มอาจทำให้เกิดจุดมืดหรือเงาในบางบริเวณของห้อง ด้านผลต่อการรับรู้ขนาดสีอ่อนทำให้ห้องดูกว้างและโปร่งซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกอึดอัดในห้องขนาดเล็ก สีเข้มอาจทำให้ห้องดูแคบลงแต่อาจให้ความรู้สึกอบอุ่นมากขึ้น ด้านผลต่อสภาพแวดล้อมการเรียนรู้สีอ่อนอาจช่วยเพิ่มความตื่นตัวและความสนใจของนักเรียน สีเข้มอาจช่วยลดแสงจ้าและความเมื่อยล้าของสายตา แต่ต้องระวังไม่ให้มืดเกินไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูพิยา เจาะอารง (2522) ที่ทดสอบเรื่องการเชื่อมโยงสีกับสภาวะอารมณ์ของวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้นหญิงและชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อมโยงสีแดงกับสภาวะอารมณ์ตื่นเต้น สีเขียวและสีเหลืองกับสภาวะอารมณ์สบายใจ สีเขียว สีเหลือง สีน้ำเงิน และสีน้ำตาลกับสภาวะอารมณ์อบอุ่น สีน้ำเงินและสีน้ำตาลกับสภาวะอารมณ์ปลอดภัย สีส้มและสีเหลืองกับสภาวะอารมณ์สนุกสนาน สีแดง สีเทา และสีดำกับสภาวะอารมณ์ต่อต้าน สีแดง

กับสภาวะอารมณ์มีพลัง และสื่อกับสภาวะอารมณ์โศกเศร้า โดยไม่พบความแตกต่างทางเพศและกลุ่มอายุในการเชื่อมโยงกับอารมณ์ และศิริภา จันทรโคตร และคณะ (2560) พบว่าการออกแบบแสงสว่างในห้องเรียนควรคำนึงถึงตำแหน่งการวางผังโคมไฟและ การออกแบบการเปิด-ปิดโคมไฟ ต้องมีการแบ่งผังไฟในส่วนของบริษัทการสอนออกจากผังไฟรวม เพื่อที่จะทำให้ควบคุม ปริมาณแสงสว่างในการเรียนการสอนได้ ความสูงของฝ้าเพดาน หากสูงเกินไปทำให้ต้องออกแบบจำนวนดวงโคมมากขึ้น เพื่อให้ปริมาณแสงสว่างเพียงพอตามมาตรฐาน และในห้องเรียนที่มีพื้นที่จำกัดความสูงของฝ้าเพดาน ควรคำนึงถึง หลักการออกแบบค่าความส่องสว่างภายในห้องเรียน เพื่อไม่ให้มีค่าการส่องสว่างมากเกินไปจนเกินมาตรฐานจนเกินความจำเป็น ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองการใช้พลังงานไฟฟ้าและเป็นภาระในการบำรุงรักษาในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงเรียนในพื้นที่อื่นๆ เช่น อำเภอใกล้เคียง หรือทั้งจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมว่าความเข้มแสงสว่างในห้องเรียนมีผลต่อการเรียนรู้และสมาธิของนักเรียนอย่างไร เช่น การวัดประสิทธิภาพการอ่านหนังสือหรือทำข้อสอบในสภาพแสงต่างๆ
3. นอกจากการวัดค่าความเข้มแสง ควรสอบถามความคิดเห็นจากครูและนักเรียนเกี่ยวกับความเหมาะสมของแสงสว่างในห้องเรียน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทางวิชาการกับประสบการณ์จริง
4. ควรวิเคราะห์ปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อความเข้มแสงสว่าง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2561, 22 กุมภาพันธ์). ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง. ราชกิจจานุเบกษา, 135(ตอนพิเศษ 39 ง), 15.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2562). แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้: สถานศึกษาปลอดภัยและเอื้อต่อการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2562). แผนพัฒนาคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2562-2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2565). แผนพัฒนาการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2564-2565. สืบค้น 24 กรกฎาคม 2565, จาก <http://www.bopp.go.th/wp-content/uploads/2022/04/แผนพัฒนาการศึกษา-พ.ศ. 2564-2565-15-10-64-Final.pdf>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2. (2563). รายงานประจำปี 2563. เชียงราย: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย กลุ่มนโยบายและวิชาการ. (2564). รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเชียงราย. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20211110150503.pdf
- ธีรสิทธิ์ บริสุทธิ์. (2566). แนวทางการใช้แสงสว่างที่สอดคล้องกับนาฬิกาชีวภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาวะและประสิทธิภาพการทำงานภายในอาคารสำนักงานที่มีการวางผังแบบเปิด (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชูพีญา เจาะอร. (2547). การเชื่อมโยงสื่อกับสภาวะอารมณ์ของวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น (วิทยานิพนธ์ที่มีการตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองสุข พลธมา, วุฒิก รสยแก้ว, & วัฒนา ประกาศ. (2560). สถานการณ์ความเข้มแสงสว่างภายในอาคารของโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.



- มินตรา แสนโคก, ศจีพร ราชคูบอน, & ศุภาพร จำปาคำ. (2559). การตรวจวัดความเข้มแสงสว่างในอาคารโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- กัลยา ตีระพัฒนานนท์. (2554). การประเมินความถูกต้องและความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กไทยระดับชั้นอนุบาลและประถมโดยคุณครู (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- ธนวรรณ กิจสวัสดิ์, สุนทรี ศรีวิเศษ, & พรชัย สิทธิศรีณกุล. (2564). การสำรวจความเข้มแสงสว่างในห้องเรียนโรงเรียนประถมศึกษา: เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและชนบทในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 51(1), 78–90.
- นภดล กรรณิกา, & คณะ. (2562). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มของแสงสว่างในห้องเรียนระดับประถมศึกษา : กรณีศึกษาโรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 26(3), 65–78.
- วิชัย พงษ์ธาราธิกุล, & คณะ. (2561). ผลกระทบของความเข้มแสงสว่างต่อสุขภาพสายตาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(2), 180–195.
- สมชาย สันติวัฒนกุล. (2563). ผลกระทบของแสงสว่างต่อระบบนาฬิกาชีวภาพและการเรียนรู้ในเด็กวัยเรียน. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 59(3), 145–152.
- สมศักดิ์ วงศ์ประดิษฐ์, วิภาวี กฤษณะภูติ, & นภดล สุขวัฒนาสินธิ์. (2563). การสำรวจสภาพแสงสว่างในโรงเรียนประถมศึกษาไทย: กรณีศึกษา 5 ภูมิภาค. วารสารวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี, 35(2), 112–125.
- วิทยา แหลมทอง. (2563). แสงสว่างสำหรับห้องเรียนในคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal, 7(1), 150–158.
- ศิริณา จันทรโคตร, & ยิ่งสวัสดิ์ ไชยะกุล. (2560). แสงสว่างสำหรับห้องเรียนในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ใน การประชุมวิชาการเทคโนโลยีอาคารด้านพลังงานและสิ่งแวดล้อม, 4(1), 228–236.
- Barrett, P., Davies, F., Zhang, Y., & Barrett, L. (2015). The impact of classroom design on pupils' learning: Final results of a holistic, multi-level analysis. Building and Environment, 89, 118–133. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2015.02.013>
- Cohen, Y., Iribarren, R., Ben-Eli, H., Massarwa, A., Shama-Bakri, N., & Chassid, O. (2022). Light intensity in nursery schools: A possible factor in refractive development.
- Fatemeh, J., Adel Kamyab Rudsari, Javad, H., & Ahad, A. (2022). Evaluation of light intensity level in physical learning environment of Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
- World Health Organization. (2021). Global School Health Initiative: Lighting in schools. Geneva: WHO Press. Retrieved July 24, 2024, from <https://schoolsandhealth.net/Shared%20Documents/FRESH%20SHN%20July%20webinar%20WHO.pdf>

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The role of village health volunteers (VHVs) In promoting the health of the elderly, Nang Lae Subdistrict, Mueang District Chiang Rai Province

ภูเมธ ภูธนาเรืองกิจ¹, วริษา บุญมา^{1*}, วรัญญา มณีรัตน์² และรวีพรดี พูลลาภ²

Phumet Phuthanareuengkit 1, Warisa Boonma^{1*}, Waranya Maneerat² and Rawipat Pullarp²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 144 คน ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.6 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 42.3 สถานภาพสมรสร้อยละ 54.8 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.0) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5-10 ปี ร้อยละ 43.1 มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยระดับ มาก ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.32) เมื่อจำแนกบทบาทตามรายด้าน ได้แก่ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกายระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.40) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านจิตใจระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.43) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านสังคมระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.40) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.53) ตามลำดับ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was a survey study. The objective was to study the role of village health volunteers (VHVs) in promoting the primary health of the elderly in Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The sample group consisted of 144 village health volunteers (VHVs) from the Nang Lae Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. Data were collected between June 2024 and February 2025. The instrument used was a questionnaire, divided into 2 parts: a personal data questionnaire and a questionnaire on the role of village health volunteers in promoting the health of the elderly, consisting of 4 aspects: physical, mental, social, and economic. Descriptive statistics were used to analyze the data, including numbers, percentages, means, and standard deviations.

The results of the study found that the majority of the sample group was female (75.6%), aged 51-60 years (42.3%), married (54.8%), had a primary school education (59.0%), were housewife (30.6%), had a working period of 5-10 years (43.1%), and had a role in promoting the health of the elderly at an average level of high $\bar{x} = 4.33$, s.d.= 0.32). The roles classified by each aspect were as follows: The role of village health volunteers (VHV) in promoting the health of the elderly at a high level ($\bar{x} = 4.47$, s.d.= 0.40). The role of village health volunteers (VHV) in promoting the health of the elderly high level of mental health ($\bar{x} = 4.44$, s.d.= 0.43) The role of village health volunteers (VHV) in promoting the health of the elderly. High level of social health ($\bar{x} = 4.38$, s.d.= 0.40) The role of village health volunteers (VHV) in promoting the health of the elderly. High level of economic health ($\bar{x} = 4.01$, s.d. = 0.53), respectively.

Keywords: Village health volunteers, Health promotion, The elderly

¹นักศึกษาวิชาเอกการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹นักศึกษาวิชาเอกการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²อาจารย์ประจำวิชาเอกการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

*corresponding author e-mail: warisa54191@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกเริ่มก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Age Society) โดยพบว่าทั่วโลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 9.6 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งต่ำกว่าการประมาณที่ระบุไว้ประมาณ 9.8 พันล้านคน เนื่องจากอัตราการการเกิดที่ลดลงทั่วโลก และมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก (Population Reference Bureau, 2024) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ.2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) วัยสูงอายุเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนผ่านจากผู้ใหญ่ซึ่งถือว่าเป็นวัยทำงานเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านๆ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561) โดยเฉพาะในโลกปัจจุบันที่มีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ซึ่งในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีหน้าที่หลักที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สำรวจผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาให้การดูแลที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามสถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้สูงอายุหรือให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลร่วมนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น (สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมาและคณะ, 2564) ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และการเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 243 คน จำนวนผู้สูงอายุ 2,050 คน (เทศบาลตำบลนางแล, 2567) ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมที่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และวางแผนการพัฒนาทักษะและความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาศักยภาพบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 243 ราย (เทศบาลตำบลนางแล, 2567) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้น จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เป็น 144 คน ใช้เทคนิค

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) และใช้การสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบเลือกตอบจำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ด้านละ 10 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดมาตราวัดแต่ละข้อคำถามโดยกำหนดคะแนนเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และนำค่าเฉลี่ยที่ได้นำมาแปลความหมายตามเกณฑ์ของ Best & Kahn (1993) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติงานระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีการปฏิบัติงานระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีการปฏิบัติงานระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติงานระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีการปฏิบัติงานระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.9 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ถึงนายกเทศมนตรีตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เองในระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – เดือนกุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 75.6) อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 42.3) สถานภาพสมรสจำนวน 79 คน (ร้อยละ 54.8) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 85 คน (ร้อยละ 59) ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 69 คน (ร้อยละ 47.9) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 84 คน (ร้อยละ 58.3) ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5-10 ปี จำนวน 62 คน (ร้อยละ 43.1) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 140 คน (ร้อยละ 97.2) ได้รับความรู้จากการอบรมเพียงพอจำนวน 89 คน (ร้อยละ 61.8) เหตุผลของการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ต้องการช่วยเหลือชุมชน จำนวน 86 คน (ร้อยละ 59.7) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานได้แก่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ จำนวน 144 คน (ร้อยละ 88) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=144)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	35	24.3
	หญิง	109	75.6
อายุ	21 – 30	1	0.6
	31-40	7	4.8
	41-50	31	21.5
	51-60	61	42.3
	61 ปีขึ้นไป	44	30.5
สถานภาพ	โสด	32	22.2
	สมรส	79	54.8
	หย่า/หม้าย	33	22.9
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	47	32.6
	ประถมศึกษา	85	59
	มัธยมศึกษา	12	8.3
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	46.6
	รับจ้างทั่วไป	41	28.5
	ธุรกิจส่วนตัว	17	11.8
	เกษตรกร	19	13.2
รายได้	น้อยกว่า 5,000	84	58.3
	5,001 – 10,000	46	31.9
	10,001 – 15,000	14	9.7
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 1 ปี	5	3.5
	1 – 5 ปี	22	15.3
	5 – 10 ปี	62	43.1
	มากกว่า 10 ปี	54	38.2
การเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้อง	เคย	140	97.2
	ไม่เคย	4	2.8
ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าอบรม	เพียงพอ	89	61.8
	ไม่เพียงพอ	55	38.2



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
ถูกชักชวน	58	40.3
อยากช่วยเหลือชุมชน	86	59.7
ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน		
อุปกรณ์ไม่เพียงพอ	88	61.1
คนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ	50	34.7
ระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เพียงพอ	6	4.2

ส่วนที่ 2 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	4.47	.40	มาก
ด้านจิตใจ	4.44	.43	มาก
ด้านสังคม	4.38	.40	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	4.01	.53	มาก
ภาพรวม	4.33	.32	มาก

จากตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = .32)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับการปฏิบัติของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย

ด้านร่างกาย	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านได้ให้คำแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	69 (47.9)	78 (54.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2. ท่านแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	70 (48.6)	73 (50.7)	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)
3. ท่านได้แนะนำผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ	75 (52.1)	65 (45.1)	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)
4. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี	67 (46.5)	74 (51.4)	3 (2.1)	0 (0)	0 (0)
6. ท่านเอาใจใส่และไปเยี่ยม เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาเจ็บป่วยด้าน สุขภาพ	73 (50.7)	68 (47.2)	3 (2.1)	0 (0)	0 (0)
7. ท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุให้เข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	73 (50.0)	67 (46.5)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)



ด้านร่างกาย	ระดับการปฏิบัติการ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8.ท่านได้ประเมินความต้องการและประสิทธิภาพด้านการ ออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุที่มีความท้าทายทาง สุขภาพ	69 (47.9)	73 (50.7)	2 (1.4)	0 (0)	0 (0)
9.ท่านมีปฏิสัมพันธ์ทางกิจกรรมกลุ่มต่อสุขภาพร่างกาย ของผู้สูงอายุ	72 (50.0)	68 (47.2)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)
10.ท่านได้มีการแนะนำการฝึกสมาธิและโยคะในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุ หรือไม่	70 (48.6)	70 (48.6)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 3 แสดงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้านร่างกายเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อสม. จำนวน 78 คน (ร้อยละ 54.2) มีบทบาทในการ
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ การแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของระดับการปฏิบัติของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ

ด้านจิตใจ	ระดับการปฏิบัติการ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ท่านต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการใน ชุมชน	76 (52.8)	63 (43.8)	5 (3.5)	0 (0)	0 (0)
2.ท่านต้องการให้มีศูนย์บริการข้อมูลด้านอาชีพสำหรับ ผู้สูงอายุ	75 (52.1)	65 (45.1)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)
3.ท่านต้องการให้มีการจัดอบรมอาชีพเสริม เช่น การทำ ขนมไทย การสานตะกร้าจากไม้ไผ่ เป็นต้น	86 (59.7)	55 (38.2)	3 (2.1)	0 (0)	0 (0)
4.ท่านต้องการให้มีการจัดหางานพิเศษ เช่น การเป็น อาสาสมัครโครงการต่าง ๆ	83 (57.6)	56 (38.9)	5 (3.5)	0 (0)	0 (0)
5.ท่านให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถดูแล เอาใจใส่สุขภาพตนเองได้เป็น อย่างดี	86 (59.7)	53 (36.8)	5 (3.5)	0 (0)	0 (0)
6.ท่านได้ให้คำแนะนำกับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การให้ ผู้สูงอายุได้เข้าสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	70 (48.6)	61 (42.4)	13 (9.0)	0 (0)	0 (0)
7.ท่านได้ให้คำแนะนำพูดให้กำลังใจต่อผู้สูงอายุในยาม ทุกข์ใจเพื่อ ส่งเสริมการดำเนิน ชีวิตต่อไป	64 (44.4)	72 (50.0)	8 (5.6)	0 (0)	0 (0)
8.ท่านได้ทำกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ลดความรู้สึกเหงา และการเพิ่ม คุณภาพชีวิตใน ผู้สูงอายุ	60 (41.7)	75 (52.1)	9 (6.3)	0 (0)	0 (0)



ด้านจิตใจ	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)
9.ท่านมีการจัดทำกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น ศิลปะและงานฝีมือ	63 (43.8)	75 (52.1)	6 (4.2)	0 (0)	0 (0)
ต่อการพัฒนาความสุขและการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ					
10.ท่านได้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาปรับปรุงสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	54 (37.5)	77 (53.5)	13 (9.0)	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 4 แสดงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านจิตใจเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อสม. จำนวน 86 คน (ร้อยละ 59.7) มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ท่านต้องการให้มีการจัดอบรมอาชีพเสริม เช่น การทำขนมไทย การสานตะกร้าจากไม้ไผ่ เป็นต้น และท่านให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม

ด้านสังคม	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านต้องการให้มีที่พักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา	59 (41.0)	81 (56.3)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)
2.ท่านต้องการให้มีการจัดบริการซ่อมแซมบ้านเรือนให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้	65 (45.1)	76 (52.8)	3 (2.1)	0 (0)	0 (0)
3. ท่านต้องการให้มีการอบรมเพื่อความปลอดภัยภายในบ้านของผู้สูงอายุ	69 (47.9)	71 (49.3)	4 (2.8)	0 (0)	0 (0)
4. ท่านต้องการให้มีบริการจัดที่พักอาศัยที่ใกล้โรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรค	77 (53.5)	61 (42.4)	6 (4.2)	0 (0)	0 (0)
5.ท่านสนับสนุนให้คนในครอบครัวผู้สูงอายุ ขอรับค่าปรึกษาจากผู้สูงอายุ	74 (51.4)	63 (43.8)	7 (4.9)	0 (0)	0 (0)
6.ท่านสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุใน วันสงกรานต์	74 (51.4)	63 (43.8)	7 (4.9)	0 (0)	0 (0)
7.ท่านได้ชักชวนให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านได้ออกมาใช้ชีวิตภายนอกเพื่อเข้าสังคม	54 (37.5)	80 (55.6)	10 (6.9)	0 (0)	0 (0)
8.ท่านได้เข้ามามีบทบาทในการเป็นอาสาสมัครต่อความพึงพอใจในชีวิต และการเพิ่ม คุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ	59 (41.0)	77 (53.5)	8 (5.6)	0 (0)	0 (0)



ด้านสังคม	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)
9.ท่านศึกษาสิทธิข้อมูลการสนับสนุนจากชุมชนท้องถิ่น ต่อการเพิ่ม คุณภาพชีวิตและ ความเป็นอยู่ที่ดีของ ผู้สูงอายุ	48 (33.3)	79 (55.9)	17 (11.8)	0 (0)	0 (0)
10.ท่านให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม ใน สถานที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรม (เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ)	61 (42.4)	70 (48.6)	13 (9.0)	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 5 แสดงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้านสังคมเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อสม. จำนวน 81 คน (ร้อยละ 56.3) มีบทบาทในการสร้าง
เสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ ต้องการให้มีที่พักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติของอสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ

ด้านเศรษฐกิจ	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)
1.ท่านแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเก็บออมเงินเพื่อใช้ จ่ายในยามจำเป็น	21 (14.6)	92 (63.9)	28 (19.4)	3 (2.1)	0 (0)
2.ท่านสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีรายได้เพียงพอต่อการ ดำรงชีวิต	26 (18.1)	91 (63.2)	24 (16.7)	3 (2.1)	0 (0)
3.ท่านแนะนำสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุให้มอบเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัว แก่ผู้สูงอายุ	30 (20.8)	89 (61.8)	22 (15.3)	3 (2.1)	0 (0)
4.ท่านแนะนำสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุในการ ขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล	38 (26.4)	83 (57.6)	20 (13.9)	3 (2.1)	0 (0)
5.ท่านส่งเสริมหรือประสานงานกับเทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วน ตำบล ให้มีการนำสิ่งของไป บริจาคให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เพื่อเป็น กำลังใจ	34 (23.6)	82 (56.9)	28 (19.4)	0 (0)	0 (0)
6.ท่านให้ความสนใจและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุใน การตรวจ สุขภาพเบื้องต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางไปสถานบริการ สาธารณสุข	31 (21.5)	80 (55.6)	33 (22.9)	0 (0)	0 (0)
7.ท่านวิเคราะห์ผลของการให้ข้อมูลและการศึกษา เกี่ยวกับสิทธิและ บริการที่มีให้แก่ผู้สูงอายุต่อการ เข้าถึงและการใช้บริการ	34 (23.6)	78 (54.2)	32 (22.2)	0 (0)	0 (0)
8.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีสิ่งอำนวยความสะดวกและ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต (เช่น ที่อยู่ อาศัยที่ปรับตัวได้) กับ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจของ ผู้สูงอายุ	31 (21.5)	89 (57.6)	30 (20.8)	0 (0)	0 (0)

ด้านเศรษฐกิจ	ระดับการปฏิบัติการ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)
9.ท่านมีการวางแผนแนะนำประกันสุขภาพและ ประกันชีวิตที่เหมาะสม ต่อความมั่นคงทางการเงิน และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ	29 (20.1)	84 (58.3)	31 (21.5)	0 (0)	0 (0)
10.ท่านได้มีการแนะนำการบริหารจัดการเงินใน ครัวเรือนต่อความมั่นคง ทางการเงินและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ	39 (27.1)	86 (59.7)	19 (13.2)	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 6 แสดงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้านเศรษฐกิจเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อสม. จำนวน 92 คน (ร้อยละ 63.9) มีบทบาทในการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ แนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเก็บออมเงินเพื่อใช้จ่ายในยามจำเป็น

สรุป อภิปรายผล

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย

จากการศึกษาบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาง
แล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D. =.32) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
ชลียา ศิริกาล และคณะ (2564) ซึ่งทำการศึกษารoles of อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัยคือแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ภาพรวมเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=2.62$, S.D.=0.39) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท
เหมือนกัน ผลการศึกษาจึงออกมาสอดคล้องกัน แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทอย่าง
มากที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะเป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของ
ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนางแล อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย ด้านร่างกาย พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, S.D. =.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahla Ayoubi-
Mahani et al. (2023) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 41 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มากที่สุด และเมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีบทบาทมากที่สุด การคำแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ
52.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิมล ปัญญาผล (2566) ซึ่งทำการศึกษารoles of อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
สุขภาพทางด้านร่างกายคือ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการ
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยพื้นฐานในทุกข
วายเป็นหนึ่งในหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของประเทศไทย

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนางแล อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย ด้านจิตใจ พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.44$, S.D. =.43) สอดคล้องกับบทความของกรมสนับสนุนบริการ
สุขภาพ ที่กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change
agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และมีหน้าที่ ให้บริการ ประสานงานด้านสาธารณสุข
โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การใช้บริการทางด้านสาธารณสุข

การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและอาหาร การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพจิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือท่านต้องการให้มีการจัดอบรมอาชีพเสริม เช่น การทำขนมไทย การสานตะกร้าจากไม้ไผ่ เป็นต้น และท่านให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้สูงอายุ จึงสามารถเข้าถึงปัญหาที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ และสามารถส่งต่อข้อมูลให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านสังคม พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.38$, S.D. =.40) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 81 คน (ร้อยละ 56.3) มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ ต้องการให้มีที่พักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหอมหวน บัวระกา (2561) ซึ่งทำการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและความพร้อมของสถาบันที่ให้บริการผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ของสถาบันที่ให้บริการผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ในจังหวัดขอนแก่น ภาพสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ในด้านที่อยู่อาศัยที่มั่นคง รายได้ และการเข้าถึงบริการของรัฐมากที่สุดร้อยละ 62 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทราบถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่สามารถขอการสนับสนุนจากทางภาครัฐได้

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้านเศรษฐกิจ พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$, S.D. =.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีบทบาทมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 92 คน (ร้อยละ 63.9) มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ แนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเก็บออมเงินเพื่อใช้จ่ายในยามจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน ปันทอง (2565) ซึ่งทำการศึกษาองค์ประกอบความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความต้องการการแสวงหาสิ่งใหม่ ความต้องการด้านสุขอนามัย ความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการมีส่วนร่วมและการเคารพนับถือ ความต้องการความช่วยเหลือด้านพยาบาล และความต้องการรายได้ ซึ่งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านรายได้นั้น แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนของการออม และการสร้างรายได้ ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทราบและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุในความดูแลของตนเองเป็นอย่างดี จึงสามารถให้คำแนะนำในเรื่องดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีระดับบทบาทในการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งหากพิจารณาตามองค์ประกอบของบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน ก็พบว่าอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ด้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการมุ่งเน้นพัฒนาและส่งเสริมการพัฒนาระดับบทบาทในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ ๒๕๖๕. ที่มา
<https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2568). รายงานข้อมูลเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. ที่มา:
https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region
- คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2561). *คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ. บริษัท ยืนยงการพิมพ์.
ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย และณอมศักดิ์ บุญสุ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุข
และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 4(2). 176-189.
- เทศบาลตำบลนางแล. (2567). *ข้อมูลพื้นฐานเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย*. สืบค้น 1 ตุลาคม 2567.
จาก <https://www.nanglae.go.th/home.php>.
- ศิริวิมล ปัญญาผล. (2566). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น
กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ. [การค้นคว้าอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- สายพิน ปั่นทอง. (2565). องค์ประกอบความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ
ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์)*. 14 (27).145 -159.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด.
ที่มา:<https://www.nso.go.th/>
- สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และจิตติรัตนราศิริ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย.
วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 7(2). 80 -97.
- หอมหวล บัวระภา. (2561). ความต้องการของผู้สูงอายุและความพร้อมของสถาบันที่ให้บริการผู้สูงอายุ. *Journal of
Social Science and Buddhistic Anthropology*. 7 (6), 83-97.
- Best and Kahn James V. (1993). *Research in Education*. 7 th ed. Boston : Allyn and Bacon. p. 246
- Population Reference Bureau. (2024). *World Population Data Sheet 2024*. From
<https://www.sdgmovement.com/2025/01/14/prb-world-population-data-sheet-2024/>
- Shahla Ayoubi-Mahani, Maryam Eghbali-Babadi, Ziba Farajzadegan, Mahrokh Keshvari and Jamileh
Farokhzadian. (2023). Active aging needs from the perspectives of older adults and geriatric
experts: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 1-13. Doi: 10.3389/fpubh.2023.1121761.

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็ก ของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์

Health Risk Assessment of Exposure to Respirable Dust among Garment Factory Workers in Nakhon Sawan Province

มลศิกานต์ ฉุยฉาย¹, จุฬาลักษณ์ สิทธิธรรม¹, เพชรรัตน์ ภรรยาทอง¹ และกนกวรรณ อาจแก้ว^{2*}
Monsikan Chuichai¹, Julalak Sitikurm¹, Phetcharat Phanrayatong¹ and Kanogwan Arjkaew^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดและประเมินการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็ก ศึกษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ในแผนกตัดเย็บเสื้อผ้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กและการประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่พนักงานมีอาการไอแห้ง ร้อยละ 54.80 รองลงมาอาการไอจามและอาการไอเจ็บคอ คิดเป็นร้อยละ 54.00 และ 37.40 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.03918 mg/m^3 โดยจุดที่มีปริมาณความเข้มข้นสูงสุด คือ จุดที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.13449 mg/m^3 รองลงมาคือ จุดที่ 5 และจุดที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0.04138 mg/m^3 และ 0.01905 mg/m^3 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด ส่วนผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า ค่าสัดส่วนความเสี่ยงในของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าส่วนใหญ่มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ มีค่าสัดส่วนความเสี่ยง ($0.1 \geq \text{HQ} \leq 1.0$) ร้อยละ 84.12 รองลงมาไม่มีอันตราย ($\text{HQ} < 0.1$) ร้อยละ 15.87 ดังนั้น สถานประกอบการควรตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองในพื้นที่การทำงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ติดตามผลการตรวจสมรรถภาพปอดและอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของพนักงานเพื่อเฝ้าระวังการสัมผัสฝุ่นในระยะยาวที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจ รวมถึงจัดอบรมทบทวนความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากฝุ่น

คำสำคัญ: ฝุ่นละอองขนาดเล็ก, โรงงานตัดเย็บ, อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ, สภาพแวดล้อมในการทำงาน, ประเมินความเสี่ยงสุขภาพ

Abstract

This study aimed to measure and assess respirable dust exposure, investigate respiratory symptoms, and evaluate the associated occupational health risks among garment factory workers in Nakhon Sawan Province. A total of 126 workers from the sewing department participated. Data collection involved structured questionnaires, personal air sampling for respirable dust concentration analysis, and health risk assessment based on standard U.S. Environmental Protection Agency (US EPA) guidelines.

The results indicated that the most frequently reported symptom was dry cough (54.80%), followed by sneezing (54.00%) and sore throat with cough (37.40%). The average respirable dust concentration was 0.03918 mg/m³. The highest level was found at sampling point 3 (0.13449 mg/m³), followed by point 5 (0.04138 mg/m³) and point 1 (0.01905 mg/m³). All measured concentrations were below established occupational exposure limits. Health risk characterization showed that the majority of workers (84.12%) experienced a low level of risk, with hazard quotient (HQ) values ranging from 0.1 to 1.0, while 15.87% had HQ values below 0.1, indicating negligible risk. No cases exceeded the HQ threshold of 1.0. Therefore, it is recommended that respirable dust levels in the working area be monitored at least once annually, and that workers undergo annual lung function tests. Refresher training on occupational safety and the proper use of dust protection equipment should be regularly provided. Additionally, monitoring of respiratory symptoms is advised to prevent long-term exposure that may lead to respiratory diseases.

Keywords: Respirable Dust, Garment factory, respiratory system abnormalities, Work environment, Health risk assessment

¹หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

¹B.Sc. Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

²Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*corresponding author e-mail: kanogwan.a@nsru.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มเป็นอุตสาหกรรมการผลิตที่มีขนาดใหญ่และมีหลายที่ทั่วประเทศ โดยภาพรวมจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มไทยในปี 2565 มีจำนวนรวม 2,671 โรงงาน สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมสิ่งทอ (2566) นอกจากนั้นอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มยังเป็นอุตสาหกรรมที่สำคัญในประเทศไทย โดยโครงสร้างการผลิตในอุตสาหกรรมสิ่งทอไทยมีการเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องโดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ อุตสาหกรรมต้นน้ำ เช่น การผลิตเส้นใย และอุตสาหกรรมปั่นด้ายมีลักษณะที่เน้นการใช้ทุนและเทคโนโลยี อุตสาหกรรมกลางน้ำ เช่น การทอผ้า ถักผ้า ฟอก ย้อม พิมพ์ และแต่งสำเร็จในการผลิตขั้นนี้สามารถเลือกเทคโนโลยีระดับสูงหรือเน้นการใช้แรงงาน และอุตสาหกรรมปลายน้ำเป็นขบวนการผลิตขั้นสุดท้าย เช่น อุตสาหกรรมเครื่องนุ่งห่มและเสื้อผ้า สำเร็จรูป (บุรินทร์ พุทธิโชติ, 2563) จำนวนแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มไทย ในปี 2565 มีจำนวนแรงงานที่เข้าระบบในโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการใหม่ จำนวน 1,594 ราย จำนวนแรงงานที่อยู่ในระบบของโรงงานที่ขยายกิจการ จำนวน 10,137 ราย และจำนวนแรงงานที่ออกจากระบบในโรงงานที่จำหน่ายทะเบียนโรงงาน หรือยกเลิกกิจการ จำนวน 5,626 ราย (สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมสิ่งทอ, 2567) จากสถิติแรงงานที่ต้องใช้ฝีมือในการผลิตดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากพนักงานต้องทำงานใน สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมหรือมีสภาพการทำงานอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิต คือ ฝุ่นในบรรยากาศการทำงานซึ่งพบได้ทั่วบริเวณโรงงาน โดยประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง ชี้ดจำกัดความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย กำหนดเป็น 2 ประเภทอนุภาคทุกขนาดที่อาจสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ (inhalable dust) หมายถึง อนุภาคขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 100 ไมโครเมตร แขนงลอยในอากาศที่อาจสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ อนุภาคขนาดเล็กที่อาจสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ (respirable dust) หมายถึง อนุภาคขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 10 ไมโครเมตร แขนงลอยในอากาศที่อาจสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและสามารถเข้าถึงและสะสมในบริเวณพื้นที่แลกเปลี่ยนอากาศของปอด (กระทรวงแรงงาน, 2560)

ซึ่งฝุ่นละอองขนาดเล็กเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจและโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย คือ โรคหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบ ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือช่วงที่ 1 ช่วงต้นปีจะพบประมาณ 16,000 รายต่อเดือน และ ช่วงที่ 2 จะพบผู้ป่วยประมาณ 200,000 รายต่อเดือน (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยอาการแสดงของโรคปอดอักเสบจะมีอาการไอ มีเสมหะ มีไข้สูง อาจตัวร้อนตลอดเวลา หาวสั้นมาก หายใจลำบาก หายใจหอบเร็ว อาจเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า อาจไอแรงๆไปทั่วหัวไหล่ หรือสีข้าง ซึ่งโรคจากระบบทางเดินหายใจเป็นผลกระทบก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพร่างกายของพนักงาน ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย สุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถ ทำงานได้ตามปกติต้องขาดงานหรือลางานบ่อย ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อรายจ่ายซึ่งต้องจ่ายค่า รักษาพยาบาล ค่าทดแทน ค่าสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ต้องจัดคนมาทำงานแทนลูกจ้างที่เจ็บป่วยและต้องนิเทศงานใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของพนักงานในกระบวนการผลิตเครื่องนุ่งห่ม พบว่า อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ การจามและไอ ร้อยละ 86.4 อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 41.1 อาการแน่นหน้าอก ร้อยละ 36.8 และอาการแพ้ฝุ่น ร้อยละ 18.3 (Owino A. et.al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและความสัมพันธ์กับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กในกลุ่มผู้ทอผ้าฝ้ายย้อมครามมีอาการไอ มีเสมหะ แน่นหน้าอก และหายใจลำบาก เป็น 5.05, 3.58, 2.88 และ 3.30 เท่า ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กอาจมีส่วนทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจได้ (Kammoolkon, R., et al., 2021). ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดและประเมินการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ศึกษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของพนักงานและประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและป้องกันการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพและเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อตรวจวัดและประเมินการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **ระเบียบวิธีวิจัย** การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Studies) เพื่อตรวจวัดและประเมินการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็ก ศึกษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามและการเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศ โดยเริ่มศึกษาในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานของโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ เป็นพนักงานในแผนกตัดเย็บมีจำนวนทั้งหมด 748 คน ทำงานเย็บชิ้นส่วนเพื่อประกอบเป็นเสื้อตรวจสอบรอยเย็บ รีดผ้าและบรรจุ ซึ่งมีความเสี่ยงในการสัมผัสฝุ่นผ้าในบรรยากาศการทำงาน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน (Taro Yamane, 1967) ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือมีความคลาดเคลื่อนอยู่ที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 261 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยพิจารณาใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี 2) อายุการทำงานในแผนกตัดเย็บเสื้อผ้าไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหอบหืด และโรคหลอดลมอักเสบ เป็นต้น แต่ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาการลงพื้นที่วิจัยและกระบวนการผลิตในสถานประกอบการ ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทั้งหมด 126 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ อายุการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์ เคยทำงานสัมผัสฝุ่นละออง การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบตัวเลือกอาการหรืออาการแสดงสามารถเลือกได้ 1 ตัวเลือก เกณฑ์การประเมินดังนี้ ไม่มีอาการ มีอาการน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการมาก มีอาการมากที่สุด

ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องที่ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปแสดงว่าเป็นข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงนำไปใช้ได้ และหากต่ำกว่า 0.50 ข้อคำถามนั้นควรพิจารณาปรับปรุง (สุรพงษ์ คงสัตย์และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2558) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในทางปฏิบัติ (Cronbach, 1951) สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งหมายความว่า แบบสอบถามที่ได้ทำการออกแบบและสร้างขึ้นมา มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ในการนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

3.2 การเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยพิจารณาจากลักษณะการทำงานของพนักงาน คำนึงถึงการสัมผัสอันตราย ระยะเวลา และลักษณะการทำงานที่คล้ายกันในพื้นที่เดียวกัน เพื่อเป็นตัวแทนในการเก็บตัวอย่าง โดยในการตรวจวัดใช้ปั๊มเก็บตัวอย่างอากาศ (Air Sampling Pump) ยี่ห้อ Sensidyne รุ่น GilAir Plus จำนวน 3 เครื่อง ได้รับมาตรฐาน NIOSH/OSHA/EN 1232/ISO 13137 ปรับเทียบความถูกต้องวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 โดยบริษัทผู้จำหน่ายที่ได้รับการรับรอง ซึ่งผู้วิจัยใช้ปั๊มเก็บตัวอย่างอากาศตรวจวัดฝุ่นละอองในบรรยากาศตามวิธีการมาตรฐาน NIOSH Method NO.0600 ใช้อุปกรณ์ปรับเทียบอัตราการไหล (Primary Calibrators) โดยใช้อัตราการไหลที่ 2.5 ลิตร/นาที่ และใช้ลูมินัมไซโคลน (Aluminum Cyclone) พร้อมตลับใส่กระดาดกรอง (Filter cassette) ตลับกรอง 3 ชั้น ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 37 มิลลิเมตร กระดาดกรองชนิด PVC (Polyvinyl Chloride) ที่มีขนาดรูพรุน (Pore size) ขนาด 5 ไมโครเมตร และแผ่นกรองกระดาด (Support pad) ที่ผ่านการอบในตู้อบความชื้น 24 ชั่วโมง ซึ่งทำการเก็บตัวอย่างแบบพื้นที่ (Area Sampling) ในบริเวณที่มีพนักงานปฏิบัติงาน ทั้งหมด 6 จุด บริเวณแผนกเย็บผ้าอาคาร 5 จำนวน 3 จุด และอาคาร 6 จำนวน 3 จุด เก็บตัวอย่างละ 8 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บตัวอย่างอากาศในช่วงเดือนมีนาคม 2568

3.3 การประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ซึ่งองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา (US.EPA, 1989) ได้กำหนดการแนวทางประเมินความเสี่ยงออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การชี้บ่งอันตรายได้จากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นทางการทบทวนวรรณกรรมข้อมูลที่สำคัญได้แก่ข้อมูลความเป็นพิษซึ่งมาจากหลายแหล่งทางการศึกษาและสัตว์ทดลองและการการศึกษาระบาดวิทยาข้อมูลผลการกระทบต่อสุขภาพข้อมูลความถี่การสัมผัสสาร ข้อมูลเส้นทางการสัมผัสสาร เป็นต้น

2) การประเมินขนาดและการตอบสนองต่อสภาวะแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างขนาดที่รับและขอบเขตการได้รับอันตราย หรือการเกิดโรคจากสารนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ผลที่ไม่ใช่การเกิดมะเร็ง และผลของการเกิดมะเร็งโดยการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะผลที่ไม่ใช่การเกิดมะเร็งจากการสัมผัสสารเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจเท่านั้น ซึ่งตัวบ่งชี้ความเป็นพิษแสดง ในเชิงปริมาณของขนาดที่ได้รับและไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพสุขภาพเรียกว่า Reference Concentration (Rfc) ใช้กับการได้รับสารที่ผลกระทบไม่ใช่การก่อมะเร็งเข้าสู่ทางการหายใจสำหรับ Rfc ของฝุ่นละอองขนาดเล็กมีค่าเท่ากับ 0.011 mg/kg-day (กรมอนามัย, 2559)

3) การประเมินการสัมผัส (Exposure Assessment) โดยการประเมินการสัมผัสเป็นกระบวนการวัดขนาดความถี่และช่วงเวลาที่ได้รับสัมผัสสารในสิ่งแวดล้อมหรือการ ประเมินการสัมผัสในอนาคต การคำนวณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กจากการสัมผัสทางการหายใจ

$$CDI = \frac{C \times IR \times ET \times EF \times ED}{BW \times AT}$$

เมื่อ CDI = ปริมาณการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก (mg/kg-day)
C = ความเข้มข้นเฉลี่ยของฝุ่นขนาดเล็ก (mg/m³)
IR = อัตราการหายใจ (m³/hr)
ET = เวลาในการสัมผัส (hr/day)
EF = ความถี่ของการสัมผัส (days/year)
ED = ระยะเวลาที่สัมผัส (years)
BW = น้ำหนักของร่างกาย (kg)
AT = ระยะเวลาที่สารส่งผลต่อสุขภาพเฉลี่ย (days)

4) การอธิบายลักษณะความเสี่ยง (Risk Characterization) โดยการอธิบายลักษณะความเสี่ยงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินความเสี่ยงการศึกษาครั้งนี้จะอธิบายลักษณะความเสี่ยงเฉพาะผลที่ไม่ใช่การเกิดโรคมะเร็งที่ 2



$$\text{Hazard Quotient (HQ)} = \frac{\text{CDI (mg/kg-day)}}{\text{RFC (mg/kg-day)}}$$

- เมื่อ HQ = ค่าสัดส่วนความเสี่ยง
 CDI = ปริมาณการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก (mg/kg-day)
 RFC = ค่ามาตรฐานกำหนด (mg/kg/day)

การอธิบายลักษณะความเสี่ยง พิจารณาจากค่าสัดส่วน ความเสี่ยง (HQ) อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาแบ่งเป็น 4 ระดับ (วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์และขวัญแข หนูนภักดิ์, 2566) ดังนี้

ค่าสัดส่วนความเสี่ยง <0.1	หมายถึง ไม่มีอันตราย
0.1 ≥ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 1.0	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ
1.1 ≥ ค่าสัดส่วนความเสี่ยง ≤ 10	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าสัดส่วนความเสี่ยง >10	หมายถึง มีอันตรายอยู่ในระดับสูง

การศึกษาวัยครั้งนี้เป็นการใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ค่าสัดส่วนความเสี่ยง โดยนำเสนอข้อมูลการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะนำเสนอข้อมูลค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.20 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 31.7 รองลงมาอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 66 กิโลกรัม ร้อยละ 65.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.10 ไม่มีประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 87.30 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.90 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	4.80
หญิง	120	95.20
อายุ (ปี)		
20-29	38	30.20
30-39	34	27.00
40-49	40	31.70
มากกว่า 50	14	11.10
Mean (S.D.)	36.64 (9.10)	
Median (Min, Max)	37 (19, 54)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 66	83	65.90
มากกว่า 66	43	34.10



ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
Mean (S.D.)	64.48 (16.78)	
Median (Min, Max)	60 (25, 120)	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	106	84.10
มีโรคประจำตัว	19	15.10
ประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ		
ไม่เคย	110	87.30
เคย	16	12.70
สูบบุหรี่		
ไม่สูบ	117	92.90
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	3	2.40
สูบ	6	4.80
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	85	68.30
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	8	5.60
ดื่ม	33	26.20

2. ข้อมูลด้านลักษณะการทำงาน

พนักงานทั้งหมดทำงานในแผนกเย็บ ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 50.80 รองลงมาอายุงานระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 28.60 พนักงานทุกคนทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน และทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ ไม่มีการทำงานล่วงเวลา ส่วนใหญ่เคยทำงานสัมผัสฝุ่นละออง ร้อยละ 95.20 มีการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) ร้อยละ 98.40 มีพฤติกรรมใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองเป็นประจำทุกวันตลอดการทำงาน ร้อยละ 85.70 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุการทำงาน (ปี)		
1-5	64	50.80
6-10	36	28.60
11-15	18	14.30
16-20	8	6.30
Mean (S.D.)	6.39 (4.99)	
Median (Min, Max)	5 (1, 20)	
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
8 ชั่วโมงต่อวัน	126	100.0
จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์		
6 วัน/สัปดาห์	126	100.0
เคยทำงานสัมผัสฝุ่นละออง		
ไม่เคย	6	4.80
เคย	120	95.20
การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE)		
ไม่ใช้	2	1.60



ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ใช้	124	98.40
พฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง		
ไม่เคยใช้	2	1.60
นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งใน 1 เดือน)	2	1.60
เป็นบางครั้ง (อาทิตย์ละ 1-3 ครั้ง)	5	4.00
บ่อยครั้ง (อาทิตย์ละ 1-3 ครั้ง)	9	7.10
ใช้เป็นประจำทุกวันตลอดการทำงาน	108	85.70

3. ข้อมูลอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

จากการศึกษาด้านอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ พบว่า พนักงานมีอาการในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มากและมากที่สุดจัดอยู่ในกลุ่มมีอาการ เมื่อจัดอันดับของอาการ 3 ลำดับแรก พบว่า อาการไอแห้ง ร้อยละ 54.80 รองลงมา คือ อาการไอจามและอาการไอเจ็บคอ ร้อยละ 54.00 และร้อยละ 37.40 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

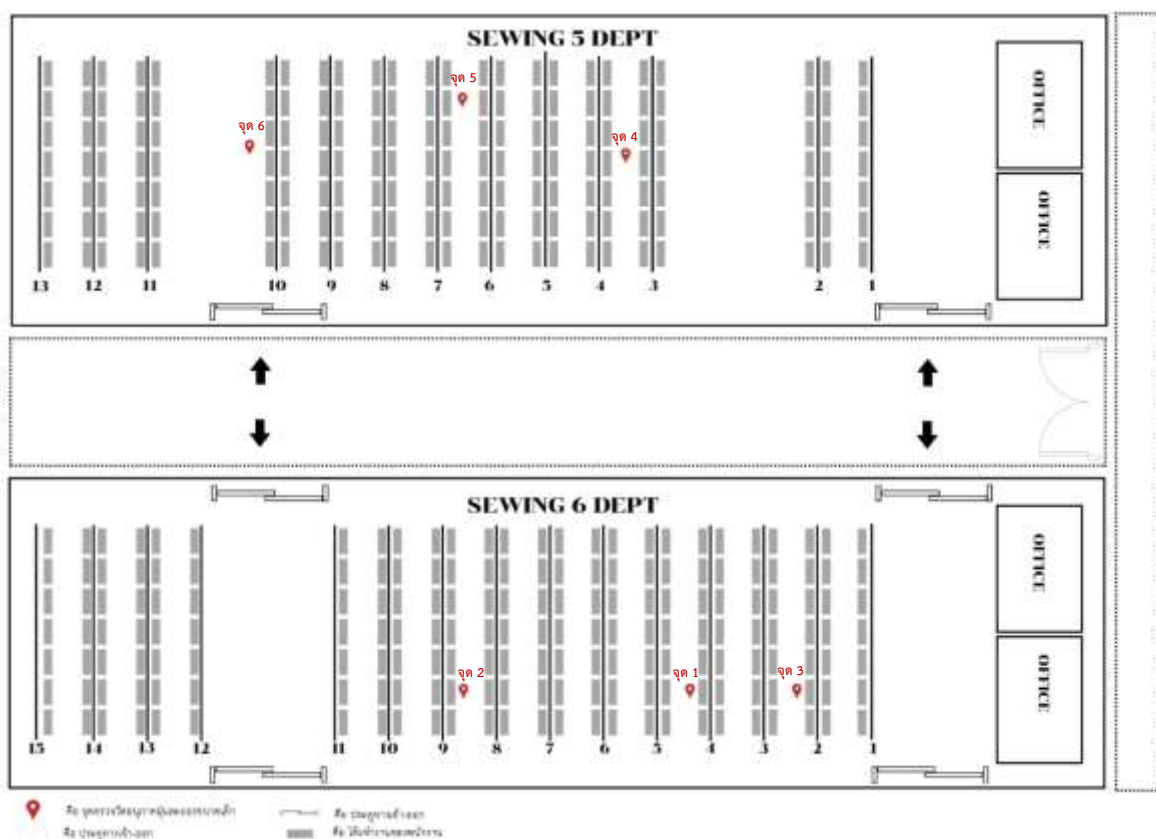
อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไอแห้ง	69	54.80*	57	45.20
ไอเจ็บคอ	47	37.40***	79	62.70
ไอมีเสมหะ	40	31.70	86	68.30
ไอจาม	68	54.00**	58	46.00
แน่นหน้าอก	23	18.30	103	81.70
หายใจเสียงดังหวีด	18	14.30	108	85.70
หายใจหอบเหนื่อย	28	22.20	98	77.80
ปวดบริเวณโพรงจมูก	17	13.50	109	86.50
ระคายคอ	40	31.80	86	68.30
เสียงแหบ	23	18.30	103	81.70
น้ำมูกไหล	36	28.60	90	71.40
หายใจลำบาก	22	17.50	104	82.50
แสบจมูก	37	29.40	89	70.60

4. ผลการวิเคราะห์ความเข้มข้นของอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็ก

โดยจากการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กในบริเวณพื้นที่การทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าแบ่งออกเป็น 2 พื้นที่ ได้แก่ บริเวณตัดเย็บอาคาร 5 มีจุดตรวจวัด 3 จุด และบริเวณตัดเย็บอาคาร 6 มีจุดตรวจวัด 3 จุด รวมทั้งสิ้น 6 จุด ดังแสดงในภาพที่ 1 เพื่อเป็นตัวแทนจุดตรวจวัดค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กของพนักงาน SEG ตัดเย็บเสื้อผ้า จากผลวิเคราะห์ผลปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.03918 mg/m^3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.04 โดยจุดที่มีปริมาณความเข้มข้นสูงสุด คือ จุดที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.13449 mg/m^3 รองลงมาคือ จุดที่ 5 และจุดที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0.04138 mg/m^3 และ 0.01905 mg/m^3 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง ขีดจำกัดความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย กำหนดค่ามาตรฐานการสัมผัสอนุภาคขนาดเล็กที่อาจสูดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานปกติ 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 5 mg/m^3 ดังนั้น ความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่การทำงานทั้งหมดเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็ก

จุดตัวอย่าง (แผนกตัดเย็บเสื้อผ้า)	ความเข้มข้นของฝุ่นละออง ขนาดเล็กในบรรยากาศ	เกณฑ์การประเมิน
ตัวอย่างที่ 1	0.01905	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ตัวอย่างที่ 2	0.01901	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ตัวอย่างที่ 3	0.13449	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ตัวอย่างที่ 4	0.01051	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ตัวอย่างที่ 5	0.04138	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ตัวอย่างที่ 6	0.01064	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
เฉลี่ย	0.03918 ± 0.04	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน



ภาพที่ 1 จุดตรวจวัดความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กในแผนกตัดเย็บเสื้อผ้า

5. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ในการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของการศึกษาวิจัยนี้ ได้กำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้องสำหรับการคำนวณหา ค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Hazard Quotient : HQ) ซึ่งได้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากแบบสอบถาม ดังแสดง ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ตัวแปร	หน่วย	ค่า	แหล่งอ้างอิง
RfC (Reference concentration)	mg/kg/day	0.011	(EU legislation, 2005)*
C = ความเข้มข้นของฝุ่นขนาดเล็ก	mg/m ³	ค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง ขนาดเล็กจากการเก็บตัวอย่าง	การเก็บตัวอย่าง
IR = อัตราการหายใจ	m ³ /hr	0.83 (ค่าเฉลี่ย)	(ATSDR, 2005)
ET = เวลาในการสัมผัส	hrs/day	ระยะเวลาทำงานต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง	แบบสอบถาม
EF = ความถี่ในการสัมผัส	days/year	ระยะเวลาทำงานในหนึ่งปี	แบบสอบถาม
ED = ประสบการณ์ทำงาน	years	ประสบการณ์ทำงาน	แบบสอบถาม
BW = น้ำหนักของร่างกาย	kg	ค่าน้ำหนักรายบุคคล	แบบสอบถาม
AT = ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย	days	ED ปี * 365 วัน	แบบสอบถาม

ซึ่งจากการคำนวณค่าสัดส่วนความเสี่ยง สามารถอธิบายลักษณะความเสี่ยงต่อสุขภาพเฉพาะผลที่ไม่ใช่การเกิด มะเร็ง พบว่า ค่าสัดส่วนความเสี่ยงในของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าส่วนใหญ่มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ มีค่าสัดส่วน ความเสี่ยง (0.1 ≥ HQ ≤ 1.0) ร้อยละ 84.12 รองลงมาไม่มีอันตราย (HQ < 0.1) ร้อยละ 15.87 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การอธิบายลักษณะความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก (n = 126)

ค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Hazard Quotient : HQ)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอันตราย (HQ < 0.1)	20	15.87
อันตรายอยู่ในระดับต่ำ (0.1 ≥ HQ ≤ 1.0)	106	84.12
อันตรายอยู่ในระดับปานกลาง (1.1 ≥ HQ ≤ 10)	0	0
อันตรายอยู่ในระดับสูง (HQ > 10)	0	0

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดและประเมินการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ศึกษาอาการ ผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของพนักงานและประเมินความเสี่ยงสุขภาพจากการสัมผัสอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กของ พนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีประเด็นสรุปและอภิปรายผล ดังนี้

1. ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็ก

จากการตรวจวัดและประเมินความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กบรรยากาศทั้งหมด 6 จุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.03918 mg/m³ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องขีดจำกัดความ เข้มข้นของสารเคมีอันตรายขีดจำกัดความเข้มข้นเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานปกติ 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 5 mg/m³ ถือว่าผ่าน เกณฑ์มาตรฐานทุกจุด สอดคล้องงานวิจัยที่ได้ตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่การคนงานทำอิฐมุงอยู่แดง ตำบลหนองกิน เพล อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานีรับสัมผัส พบว่า ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน อยู่ในช่วง 0.00 ถึง 1.22 mg/m³ ซึ่งผ่านเกณฑ์ทั้งหมดมาตรฐาน เนื่องจากสภาพแวดล้อมในพื้นที่ของชุมชน เป็นพื้นที่โล่ง ประกอบกับในช่วงเวลาที่ตรวจวัดมีลมซึ่งจะทำให้มลพิษทางอากาศเจือจางได้อย่างรวดเร็ว (นิตยา ชาคำรุณและคณะ, 2562) ซึ่งจากสภาพแวดล้อมในพื้นที่แผนกเย็บผ้ามีลักษณะเป็นอาคารขนาดใหญ่ ทรงสูง เปิดโล่ง ใช้ระบบการทำความเย็นด้วยการ

ระเหยของน้ำ (Evaporative Cooling System : Evap) เป็นระบบทำความเย็นที่สามารถนำไปใช้ได้กับอาคารแบบปิดที่มีขนาดใหญ่ เพื่อช่วยลดอุณหภูมิภายในอาคารพร้อมกับชุดกรองอากาศ จึงสามารถเพิ่มการหมุนเวียนของอากาศและได้อากาศที่สะอาดมากขึ้น

2. อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

จากการศึกษา พบว่า พนักงานมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ 3 อันดับแรก คือ อาการไอแห้ง ร้อยละ 54.80 รองลงมา คือ อาการไอจาม ร้อยละ 54.00 และอันดับที่ 3 คือ อาการไอเจ็บคอ ร้อยละ 37.40 เนื่องจากช่วงเวลาของการเก็บตัวอย่างพนักงานตัดเย็บเสื้อกันหนาวที่ทำจากผ้าสำลีและผ้าขน ซึ่งลักษณะงานจะต้องตัดเย็บชิ้นส่วนของผ้าประกอบชิ้นรูป มีการสไลด์ผ้า การพับและการเคลื่อนย้ายผ้าทำให้เกิดฝุ่นฟุ้งกระจาย ส่งผลทำให้เกิดการระคายเคืองที่ระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ในกลุ่มพนักงานร้านอาหารการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า พนักงานมีอาการระดับปานกลาง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 27.87 รองลงมา มองภาพไม่ชัดและไอมีเสมหะ ร้อยละ 9.84 เท่ากัน เนื่องจากพนักงานต้องทำงานสัมผัสกับฝุ่นในครัวในที่ทำงานและมลพิษภายนอกอาคาร (พิรพงษ์ ฮาดทักษ์วงศ์และสุนิสา ขายเกลี้ยง, 2562)

3. ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

จากการการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า ลักษณะความเสี่ยงต่อสุขภาพเฉพาะผลที่ไม่ใช่การเกิดมะเร็ง พบว่า ค่าสัดส่วนความเสี่ยงในของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าส่วนใหญ่มีอันตรายอยู่ในระดับต่ำ มีค่าสัดส่วนความเสี่ยง $(0.1 \geq HQ \leq 1.0)$ ร้อยละ 84.12 รองลงมาไม่มีอันตราย $(HQ < 0.1)$ ร้อยละ 15.87 เนื่องจากค่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศมีเพียงเล็กน้อย ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องขีดจำกัดความเข้มข้นของสารเคมีอันตรายกำหนดไว้ที่ 5 mg/m^3 ถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจของพนักงานในโรงงานสีข้าวแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ค่าเฉลี่ยการสัมผัสฝุ่นขนาดเล็กตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง เท่ากับ $0.0788 \pm 0.0623 \text{ mg/m}^3$ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รวมถึงค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเสี่ยงอันตรายเท่ากับ 0.56 ± 0.42 ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.91 มีสัดส่วนความเสี่ยงอันตรายอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่การสัมผัสฝุ่นขนาดเล็กและประสบการณ์การทำงานส่งผลต่อค่าสัดส่วนความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนะพงษ์ ตันติปัญญพร และคณะ, 2562) จากการศึกษาวิจัยพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้ามีอายุงานเฉลี่ย 6 ปี ดังนั้นประสบการณ์และระยะเวลาการสัมผัสฝุ่นละอองในพื้นที่การทำงานยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าค่าสัดส่วนความเสี่ยงของพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าจะอยู่ในระดับต่ำ แต่พนักงานบางส่วนมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ดังนั้น ทางสถานประกอบการควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคจากการทำงาน เช่น การตรวจติดตามอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและตรวจสมรรถภาพปอดเป็นประจำทุกปี การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยการตรวจวัดอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศเพื่อป้องกันความเสี่ยงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. สถานประกอบการกักกำหนดนโยบายการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงของโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) และการเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) เพื่อคัดกรองและหารอยโรคที่เกิดในระบบทางเดินหายใจหรือโรคที่เกี่ยวกับปอดเป็นประจำทุกปี และตรวจติดตามซ้ำในกลุ่มพนักงานที่มีความผิดปกติทุก 6 เดือน
2. สถานประกอบการติดตามผลการตรวจวัดฝุ่นละอองในบรรยากาศเป็นประจำทุกปี รวมถึงการจัดทำแผนบำรุงรักษาระบบระบายอากาศให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
3. หน่วยงานความปลอดภัยในสถานประกอบการต้องจัดทำแผนการดำเนินงานด้านความปลอดภัย เช่น การอบรมให้ความรู้พนักงานในเรื่องอันตรายจากการสัมผัสฝุ่นละออง อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ การใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากฝุ่นละอองอย่างถูกต้องและเหมาะสม แต่ติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักให้กับพนักงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). สถิติโรคปอดอักเสบ. <https://www.ddc.moph.go.th>
- กรมอนามัย. (2559). คู่มือการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง. https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hia/n1324_13fb4475111ce700f9f738ddf54136eb_book58.pdf
- ทัศนพงษ์ ตันติปัญญพร และคณะ. (2562). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจของพนักงานในโรงงานสีข้าวแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(5). 482-489. <https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/8002>
- นิตยา ชาคำรณและลักษณีย์ บุญขาว. (2562). การประเมินปริมาณฝุ่นละอองของคนงานทำอิฐมอญแดง ในตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 68-75. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/181112/146994
- บุรินทร์ พุทธิโชติ. (2563). อนาคตอุตสาหกรรมสิ่งทอไทยสู่ยุค “New Normal”. https://www.oie.go.th/assets/portals/1/fileups/2/files/ArticlesAnalysis/Textile_industry_NewNormal.pdf
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง ชี้แจงกักตักความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย. (3 มิถุนายน 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 134 ตอนพิเศษ 198 ง หน้า 34.
- พีรพงษ์ ฮาดทักษ์วงศ์และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2562). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ในกลุ่มพนักงานร้านอาหารไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(4), 61-69. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/160335>
- วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์และขวัญแข หนูนักดี. (2566). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมทางจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทางการหายใจ ในเขตตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 8(1), 14-24. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/view/262>
- สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมสิ่งทอ. (2567). โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มไทย เดือนมีนาคม 2567. <https://www.thaitextile.org/th/insign/detail.4020.1.0.html>
- สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมสิ่งทอ (2566). โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มไทย เดือนมกราคม-ธันวาคม ปี 2565. <https://www.thaitextile.org/th/insign/detail.3345.1.0.html>
- สุรพงษ์ คงสัตย์และธีรชาติ ธรรมวงศ์. (2558). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC). <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329>
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological test* (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Kammolkon, R., Taneepanichskul, N., & Taneepanichskul, S. (2021). Respiratory symptoms and their association with exposure to respiratory dust among indigo-dyed cotton workers. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 77(5), 356–361. <https://doi.org/10.1080/19338244.2021.1893633>
- Owino A. Otieno, Paul M. Njogu, & Dennis Magu. (2022). Association between Respirable Dust Exposure and Respiratory Health Concerns among Workers in Apparel Processing Companies in Export Processing Zone (EPZ) in Machakos County, Kenya. *Occupational Diseases and Environmental Medicine*. 22(10). 271-291, https://www.scirp.org/pdf/odem_2022110414565199.pdf
- U.S. EPA. (1989). *Risk Assessment Guidance for Superfund Volume I Human Health Evaluation Manual (Part A)*. https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-09/documents/rags_a.pdf
- Yamane, Taro. 1967. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการ ในสถานบันเทิงยามค่ำคืน อ.เมือง จ.เชียงราย

Factors Associated with Job Stress among Nightlife Establishments Service Employees in Mueang District, Chiang Rai Province

กุลลณัฐ ฟันไธสงค์¹, ธนพนธ์ คำเที่ยง², สันห์พิชญ์ พิมูลชาต² และพัทธนิษฐ์ คำธาร^{2*}

Gullanut Fuenthaisong¹, Thanapon Khamthiang², Sunphich Phimoolchat² and Phatanit Khamthan^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืน อ.เมือง จ.เชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพนักงานบริการในสถานประกอบการสถานบันเทิงยามค่ำคืน อ.เมือง จ.เชียงราย 363 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืน อ.เมือง จ.เชียงราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 อายุจะอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี ร้อยละ 88.4 สถานะภาพเป็นโสด ร้อยละ 66.4 ระดับการศึกษาปวช. ร้อยละ 30.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนคือ 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 53.4 ชั่วโมงการพักผ่อนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานเสิร์ฟ ร้อยละ 31.1 ระดับความเครียดจากการทำงานมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก ร้อยละ 70.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวัน และชั่วโมงการทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงและออกแบบลักษณะงานให้มีความเหมาะสมต่อไปได้

คำสำคัญ: ความเครียดจากการทำงาน, พนักงานบริการ, สถานบันเทิงยามค่ำคืน

Abstract

A cross-sectional descriptive study aimed at examine the level of work-related stress among service workers in nightlife entertainment venues in Mueang District, Chiang Rai Province, and examining the relationship between personal factors and work-related stress levels. The sample group consisted of 363 people working in nightlife entertainment establishments, selected using simple random sampling. Data were collected using questionnaires regarding personal factors and work-related stress. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Fisher's exact test relationships between variables.

The study found that the majority were female (54.8%), with ages ranging from 20 to 30 years old (88.4%). A majority were single (66.4%), with a vocational certificate level of education (30.3%). The average monthly income was 10,001 – 15,000 baht (53.4%), and the majority had more than or equal to 8 hours of rest per day (58.7%). Most were waitresses (31.1%). The level of work-related stress was high (70.00%). Factors significantly related to work-related stress at a significance level of 0.05 included marital status, average monthly income, income sufficiency, hours of rest per day, and hours of work per day.

The study's findings can serve as a guideline to reducing risk factors and designing appropriate work practices in the future.

Keywords: Work-related stress, Service workers, Nightlife entertainment venues,

¹ นักศึกษาสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Students of major Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rajabhat University

²อาจารย์ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Lecturer of major Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Chiang Rajabhat University

*corresponding author e-mail: em_phatanit_k@crju.ac.th

บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่การแข่งขันทางธุรกิจทวีความรุนแรง และวิถีชีวิตของผู้คนมีความซับซ้อนมากขึ้น สถานบันเทียมคำคีนจึงกลายเป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีสถานบันเทียมกระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ สถานบันเทียมเหล่านี้ไม่เพียงแต่สร้างรายได้มหาศาลให้กับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเท่านั้น แต่ยังเป็นแหล่งจ้างงานสำคัญสำหรับวัยทำงานอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจสถานบันเทียมได้นำมาซึ่งความท้าทายในการจัดการทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพนักงานบริการที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีลักษณะเฉพาะ

การทำงานในสถานบันเทียมคำคีนนั้นมีความท้าทายและอาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจากลักษณะงานที่มีความเฉพาะตัว เช่น ชั่วโมงการทำงานที่ไม่ปกติ สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเสียงดัง แสงสี และผู้คนพลุกพล่าน รวมถึงการเผชิญหน้ากับลูกค้าที่มีพฤติกรรมหลากหลาย นอกจากนี้ พนักงานยังต้องเผชิญกับแรงกดดันในการให้บริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพภายใต้เวลาที่จำกัด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกกดดัน ท้อแท้ และเบื่อหน่ายในการทำงาน ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม อาจสะสมจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงาน รวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานบริการด้วย ความเครียดจากการทำงานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและภาพลักษณ์ของสถานบันเทียมอีกด้วย พนักงานที่มีความเครียดสูงอาจมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีแนวโน้มที่จะลาออกบ่อยขึ้น และส่งผลเสียต่อบรรยากาศการทำงานและตัวพนักงาน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานให้ดียิ่งขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ :1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย 2) เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงาน of พนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงาน of พนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย การวิจัยนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบการสถานบันเทียมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลจากการทำงาน of พนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงาน of พนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงาน of พนักงานบริการในสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีการการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอน (Structured) สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้วิเคราะห์ผลการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษาคือประชากรที่เป็นพนักงานบริการในสถานประกอบกิจการสถานบันเทียมคำคีน อ.เมือง จ.เชียงราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Simple Size) ในกรณีที่ไม่มีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ผู้วิจัยจึงได้ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากสูตร W.G. Cochran (1977) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ที่ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ เมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาคือจำนวน 323 คน สามารถคำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{0.3(1-0.3)1.69^2}{0.05^2}$$

$$= \frac{0.806736}{0.0025}$$

$$= 323$$

- เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่าง หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
P คือ สัดส่วนที่ต้องการสุ่มจากประชากร
z คือ สัดส่วนที่ต้องการสุ่มจากประชากร
e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling error)
z คือ ระดับความเชื่อมั่นกำหนดเท่ากับ +/- 0.05ภายใต้ความเชื่อมั่น 95%

พบว่า ต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 323 เพื่อให้เก็บข้อมูลที่สมบูรณ์และป้องกันการคาดเคลื่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10% รวมเก็บทั้งหมด จำนวน 363 คน

งานวิจัยนี้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแบบสัดส่วน โดยการกำหนดสัดส่วน (Proportion) ให้แต่ละกลุ่ม/ชั้น โดยเทียบกับจำนวนกลุ่มประชากรกับประเภทของสถานบริการ โดยมีการแบ่งประเภทของสถานบริการเป็น 2 ประเภท และกำหนดประชากรตัวอย่างสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มเพื่อเป็นสมาชิกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มตามสัดส่วนให้เป็น 1 : 2 สถานบันเทิงประเภทคาราโอเกะและสถานบันเทิงประเภทผับเท่ากับ 120 : 240 ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ในเดือนช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

สถานบันเทิงประเภท ผับ

1. อันซีน
2. เสปิร์มผับ
3. เลเวล เชียงราย
4. เดอะ ไบรารี เชียงราย
5. แดบ

สถานบันเทิงประเภท คาราโอเกะ

1. ชูเปอร์คาราโอเกะ
2. โทรีโน คาราโอเกะ
3. เยส คาราโอเกะ
4. คำทองค็อกเทลเลาจน์แอนด์คาราโอเกะ
5. สับนงา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เพื่อวัดความเชื่อถือของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา คือ กลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคิน อ.แม่สาย จ.เชียงราย จำนวน 30 คน โดยเก็บแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีเป้าหมายของความเที่ยงที่ใช้ได้คือมากกว่า 0.7

แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 370 ชุด ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามในการเก็บตัวอย่างเป็นแบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมด เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคิน อ.เมือง จ.เชียงราย โดยเก็บจากประชาชนที่เป็นพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคิน จำนวน 363 คน โดยเนื้อหาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ชั่วโมงการพักผ่อน ตำแหน่งงานของท่าน ระยะเวลาการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน มีอาชีพอื่นอีกหรือไม่ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน ปรับปรุงจากแบบสอบถามแบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิตจำนวน 20 ข้อการแปลผลของคะแนนความเครียดในการปฏิบัติงานโดยการคำนวณ และการหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
4.21 - 5.00	ความเครียดในการทำงานในระดับมากที่สุด
3.41 - 4.20	ความเครียดในการทำงานในระดับมาก
2.61 - 3.40	ความเครียดในการทำงานในระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	ความเครียดในการทำงานในระดับน้อย
1.00 - 1.80	ความเครียดในการทำงานในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การหาความเที่ยงตรงของ เนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาข้อคำถามการวิจัยเพื่อให้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนที่ 2 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของเครื่องมือ ได้ใช้แบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด และได้ใช้ทฤษฎีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ (Cronbach,1970) โดยเก็บข้อมูลแล้วนำไปประมวลผลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือได้รับผล ดังนี้

1. ระดับความเครียดจากการทำงาน (Reliability: r) 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา มีการแสดงผลข้อมูลในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติของฟิชเชอร์ Fisher's exact test วิเคราะห์แบบสอบถาม โดยมีการแสดงผลในรูปแบบตารางแจกแจง แจกแจงความถี่ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืนใน อ.เชียงราย จ.เชียงราย

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามตอบกลับมาที่มีความสมบูรณ์ของการให้ข้อมูลและเนื้อหา จากชุดแบบสอบถามแบบออนไลน์ทั้งสิ้น 363 ชุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ไว้ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืนใน อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 199 คน คิดเป็น (ร้อยละ 54.8) และเป็นเพศชาย จำนวน 164 คน คิดเป็น (ร้อยละ 45.2) อายุจะอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี มากที่สุด มีจำนวน 321 คน คิดเป็น (ร้อยละ 88.4) รองลงมาช่วงอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็น (ร้อยละ 9.9) ช่วงอายุ 41 - 50 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็น (ร้อยละ 1.7) และช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 0 คน คิดเป็น (ร้อยละ 0) ตามลำดับ สถานะภาพเป็นโสด จำนวน 241 คน (ร้อยละ 66.4) ระดับการศึกษาปวช. จำนวน 110 คน (ร้อยละ 30.3) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนคือ 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 194 คน (ร้อยละ 53.4) รายได้มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 169 คน (ร้อยละ 46.6) มีชั่วโมงการพักผ่อนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 213 คน (ร้อยละ 58.7) ส่วนใหญ่เป็นพนักงานเสิร์ฟ จำนวน 113 คน (ร้อยละ 31.1) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน 1 ปี 1 เดือน - 3 ปี จำนวน 162 คน (ร้อยละ 44.6) ไม่มีอาชีพอื่นที่ทำเพิ่ม จำนวน 242 คน (ร้อยละ 66.7) ชั่วโมงในการทำงาน 8 - 12 ชั่วโมง มีจำนวน 200 คน (ร้อยละ 55.1) ดังนี้



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	171	42.8
หญิง	229	57.3
อายุ		
20-30 ปี	321	88.4
31-40 ปี	36	9.9
41-50 ปี	6	1.7
50 ปีขึ้นไป	0	0.0
สถานภาพ	as	
โสด	241	66.4
สมรส	114	31.4
หย่า/แยกกันอยู่	7	1.9
หม้าย	1	0.3
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	18	5.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	75	20.7
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)	104	28.7
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)	110	30.3
ปริญญาตรี	55	15.2
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	1	0.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	1.1
5,001 – 10,000 บาท	123	33.9
10,001 – 15,000 บาท	194	53.4
มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป	42	11.6
ความเพียงพอของรายได้		
ความเพียงพอของรายได้	100	27.5
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	169	46.6
ไม่เพียงพอ	94	25.9
ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวัน		
น้อยกว่า 8 ชม.	150	41.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	213	58.7
ตำแหน่งงาน		
พนักงานเสิร์ฟ	113	31.1
พนักงานPR/PG	85	23.4
การ์ดดูแลความปลอดภัย	59	16.3
พนักงานต้อนรับ	62	17.1
พนักงานดูแลลูกค้า	44	12.1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม(ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงาน		
น้อยกว่า 1ปี	63	17.4
1ปี 1เดือน – 3ปี	162	44.6
3ปี 1 เดือน – 5 ปี	85	23.4
5ปี 1เดือน – 7 ปี	29	8.0
มากกว่า 7ปี ขึ้นไป	24	6.6
มีอาชีพอื่นเพิ่มเติม		
มี	121	33.3
ไม่มี	242	66.7
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	162	44.6
8 – 12 ชั่วโมง	200	55.1
12 ชั่วโมง ขึ้นไป	1	0.3

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดจากการทำงานส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความเครียดจากการทำงานมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก จำนวน 254 คน คิดเป็น (ร้อยละ 70) รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด จำนวน 98 คน คิดเป็น (ร้อยละ 27) และน้อยที่สุดคือมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดเล็กน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็น (ร้อยละ 0.3) แสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2. แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของระดับความเครียดจากการทำงาน

ระดับความเครียด	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด	4.21 - 5.00	98	27
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก	3.41 - 4.20	254	70
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง	2.61 - 3.40	7	1.9
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดเล็กน้อย	1.81 - 2.60	1	0.3
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ไม่มีความเครียด	1.00 - 1.80	3	0.8
รวม		363	100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงาน พบว่าสถานภาพกับระดับความเครียดจากการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับความเครียดจากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้กับระดับความเครียดจากการทำงาน ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวันกับระดับความเครียดจากการทำงาน และชั่วโมงการทำงานต่อวันกับระดับความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 แสดงในตารางที่ 3 ดังนี้



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความเครียดจากการทำงานโดยใช้สถิติฟิชเชอร์ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับความเครียดจากการทำงาน					x ²	p-Value
		ไม่เครียด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
สถานภาพ								
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	โสด	3	1	3	166	68	28.72	.025*
	สมรส	0	0	2	85	27		
	หย่า/แยกกันอยู่	0	0	1	3	3		
	หม้าย	0	0	1	0	0		
	น้อยกว่า 5,000 บาท							
	5,001 – 10,000 บาท	0	0	1	2	1	22.85	0.030*
	10,001 – 15,000 บาท	0	0	0	83	40		
	มากกว่า 15,000 บาท	1	1	5	139	48		
	น้อยกว่า 15,000 ขึ้นไป	2	0	1	30	9		
	ความเพียงพอของรายได้							
	เพียงพอและเหลือเก็บ						15.99	.011*
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	2	0	0	62	36		
	เก็บ	1	1	6	128	33		
	ไม่เพียงพอ	0	0	1	64	29		
ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวัน	น้อยกว่า 8 ชม.						11.02	0.10*
	มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	1	1	5	114	29		
		2	0	2	140	69		
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน							22.45	0.13*
	น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	2	1	4	109	46		
	8 – 12 ชั่วโมง	0	0	3	145	52		
	12 ชั่วโมง ขึ้นไป	1	0	0	0	0		

สรุป อภิปรายผล

สรุปผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดจากการทำงาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงาน ผลการวิจัยพบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานในระดับมาก เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ผลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงานที่ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 แบบเป็นรายข้อ พบว่า สถานภาพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวัน และชั่วโมงการทำงานต่อวัน ซึ่งนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. พนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำคืนอำเภอเมืองเชียงรายมีระดับความเครียดจากการทำงานสูงโดยเฉพาะเมื่อพิจารณาตามรายบุคคล พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับมาก และสาเหตุหลักของความเครียดคือ ความกลัวที่จะทำงานผิดพลาด และความกังวลว่าจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะงานที่มีแรงกดดันสูงต้องพบปะลูกค้าและรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา เอียดนุช และพรชมลกลั่นบุศย์ (2564) ที่พบว่า พนักงานสำนักงานในโรงงานอาหารจำนวน 109 คน มีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับมากถึง 72.48% โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปริมาณงานที่มาก ความคาดหวังจากองค์กร และแรงกดดันจากเพื่อนร่วมงาน

2. ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานบริการในสถานบันเทิงยามค่ำ
คืนอ.เมือง จ.เชียงราย พบว่า สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ชั่วโมงการพักผ่อนต่อวัน และ
ชั่วโมงการทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

พนักงานที่มีสถานภาพสมรสมีระดับความเครียดสูงกว่าพนักงานที่มีสถานะโสดและอยู่ลำพังเนื่องจากต้องรับผิดชอบ
ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและเผชิญกับแรงกดดันในการทำงานเพื่อนำรายได้มาดูแลครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ การศึกษา
ที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์(2565) พบว่า สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มี
ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสมักมีค่าใช้จ่ายใน
ครัวเรือนและรับภาระค่าใช้จ่ายของบุคคลในครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด นอกจากนี้ รายได้ยังมีความสัมพันธ์กับ
ความเครียด เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต การมีรายได้เพียงพอจะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานใน
ชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการทำงานสูงกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาระครอบครัว

รายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของพนักงาน จากผลการศึกษาพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีรายได้
เฉลี่ย 10,001 – 15,000 บาท ซึ่งแม้เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต แต่อาจไม่สอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้เกิดความเครียด
ในการทำงานสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปัญจศิลป์ สมบูรณ์ (Somboon, 2009) ที่ระบุว่า บุคคลที่ปฏิบัติงานมักคาดหวัง
ค่าตอบแทนที่เหมาะสมหรือสูงกว่างานที่ปฏิบัติ แต่ในความเป็นจริง การได้รับค่าตอบแทนสูงอาจจำเป็นต้องเพิ่มภาระงาน เช่น การ
เข้ากะงานบ่อยขึ้น หรือมีความรับผิดชอบในงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดจากการทำงานที่สูงขึ้น

แม้ว่าพนักงานบางส่วนจะมีรายได้เพียงพอ แต่ส่วนใหญ่ ไม่มีเงินเหลือเก็บหรือไม่เพียงพอ คิดเป็น 72.5% ของกลุ่ม
ตัวอย่าง ซึ่งส่งผลให้พนักงานต้องกดดันตัวเองในการทำงานเพื่อให้มีรายได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ
งานวิจัยของ นฤตวัน ชัชวราภรณ์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปิตพร (2562) ที่พบว่า ศึกษาภาวะความเครียดจากการทำงานของพนักงาน
บริษัทนำเข้าเหล็กในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าพนักงานที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่มีรายได้
เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะพนักงานที่มีรายได้ได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอและมี
หนี้สิน มีแนวโน้มที่จะประสบภาวะเครียดจากการทำงานมากขึ้น

เนื่องจากการทำงานในเวลากลางคืนส่งผลให้ต้องพักผ่อนในช่วงกลางวัน ทำให้คุณภาพการนอนไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อ
สุขภาพและความสมดุลของร่างกายและจิตใจ การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพอาจนำไปสู่ภาวะเครียดได้ แม้ว่าพนักงานส่วนใหญ่จะ
พักผ่อนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน แต่ยังคงมีความเครียดสูงเนื่องจากการทำงานในเวลากลางคืนส่งผลให้ต้องพักผ่อนในช่วงกลางวัน
ทำให้คุณภาพการนอนไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพและความสมดุลของร่างกายและจิตใจ การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพอาจนำไปสู่
ภาวะเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารัสณี โพธารส, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2560) พบว่าความสัมพันธ์
ที่ส่งผลกับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ ความเครียด การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์กับ
ระดับความเครียดที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นว่าการนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดได้

พนักงานบริการมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8-12 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการ
เหนื่อยล้า และอาจนำไปสู่ภาวะเครียด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kikuchi et al. (2020) ซึ่งพบว่า การทำงาน
ล่วงเวลามีความสัมพันธ์กับความเครียด อารมณ์แปรปรวน และอาการซึมเศร้า

พนักงานบริการส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8-12 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและ
จิตใจ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า และอาจนำไปสู่ภาวะเครียด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา เพ็ญศิริณภา (2564)
ซึ่งพบว่า ภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดี โดยการทำงานเป็นเวลานานเกินไปอาจทำให้
เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้าและพักผ่อนไม่เพียงพอ
เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤตวัน ชัชวราภรณ์ และศิริลักษณ์ ศุภปิตพร (2562) ที่พบว่า
การทำงานล่วงเวลาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะความเครียดจากการทำงานได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดเชียงราย สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนการแก้ไข ปัญหา และแนวทางในการจัดหาวัสดุความเครียดให้กับพนักงานบริการในสถานบันเทิง เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพการทำงานของ พนักงานให้ดียิ่งขึ้น และคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานให้ดียิ่งขึ้น และทำงานอย่างมีคุณภาพ
2. หน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดเชียงราย สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการจัดหาแนวทางในการลด ความเครียดจากการทำงาน เพื่อให้พนักงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางในการลดและป้องกันการความเครียด ปัจจัยที่จะช่วยให้ลดความเครียดจากการทำงาน เพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์เป็นแนวทางในวางแผนการแก้ไขและจัดการกับความเครียดให้กับพนักงานบริการในสถานบันเทิง
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของพนักงานบริการในสถานบันเทิงเพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุว่าที่ส่งผลต่อ ระดับความเครียดพนักงานบริการในสถานบันเทิงเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อระดับความเครียด

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564). **ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก <https://www.prdmh.com/>
- สรภา เอียดนุช, & พชรกมล กลั่นบุศย์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพนักงานสำนักงานในโรงงานผลิตอาหารแห่งหนึ่งจังหวัด ปทุมธานี. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 2(2), 60–71.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ความเครียดนำไปสู่ความเจ็บป่วย และผลเสียร้ายกาจสูงลิ่ว. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/69956e0d4b5a1f09414c0f47a5336039.pdf>
- เพ็ญศิริณภา, น. (2564). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด.
- *วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชน**, 3(3), 1–16. ปัญจศิลป์ สมบูรณ์. (2552). ปัญจศิลป์ สมบูรณ์. (2552).
- ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเจ้าหน้าที่กู้ชีพร่วมกตัญญูที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). สืบค้นเมื่อวันที่ 20 2567 จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/19277>
- นฤตวัน ชัยราภรณ์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (2562). *ภาวะเครียดจากการทำงานของพนักงานบริษัทนำเข้าเหล็กในเขต กรุงเทพมหานคร*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินาณิน เพ็ญทอง, ไชยนันต์ แท่งทอง, สรา อารณณ์, สุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ และ จุฑาธิป ศีลบุตร. (2564). *ระดับความ ความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน*. พยาบาลสาร 48, 4 (ต.ค.-ธ.ค. 2564), 93-108. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:144273>
- Kikuchi, H., Odagiri, Y., Ohya, Y., Nakanishi, Y., Shimomitsu, T., Theorell, T., & Inoue, S. (2020). Association of overtime work hours with various stress responses in 59,021 Japanese workers: Retrospective cross-sectional study. 1 PLoS ONE, 15(3), e0229506, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229506>
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics : An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York : Harper. and Row.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons
- <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1390266>

การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานและความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี

Assessment of Workplace Hazards and Ergonomic Risks among Shoe Sewing Factory Workers in Uthai Thani Province

ณัฐนันท์ สอนพะเดิม¹, พรรณธิวา แซงदानุ¹, ศศิณิภา ทองเสรี¹, ภรณ์นิภา โตคุ¹ และกนกวรรณ อาจแก้ว^{2*}
Nattanan Sonpadrome¹, Phanthiwa Saengdanut¹, Sasinipha Thongert¹, Phoraneenipha Tokhu¹ and
Kanogwan Arjkaew^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับระดับความร้อน แสงสว่าง และเสียง และเพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานแผนกตัดเย็บ จำนวน 30 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เครื่องตรวจวัดระดับความร้อน เครื่องวัดแสง เครื่องวัดเสียง และแบบประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์โดยใช้วิธี Rapid Upper Limb Assessment (RULA) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า อุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบเฉลี่ยเท่ากับ 29.6 °C ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด ความเข้มของแสงสว่างบริเวณการทำงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนความเข้มของแสงสว่างโดยใช้สายตามองเฉพาะจุดของแผนกตัดเย็บ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 23 จุด ร้อยละ 46.00 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 27 จุด ร้อยละ 54.00 และแผนกตัดเย็บ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 49 จุด ร้อยละ 69.01 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 22 จุด ร้อยละ 30.99 ผลการตรวจวัดระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานเท่ากับ 76 dB(A) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมดทุกจุด จากการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่พนักงานมีความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับ 3 (ความเสี่ยงสูง) และระดับ 4 (ความเสี่ยงสูงมาก) ร้อยละ 33.33 เท่ากัน รองลงมาคือ ความเสี่ยงระดับ 2 (ความเสี่ยงปานกลาง) ร้อยละ 26.00 ดังนั้น จากผลการศึกษาทำให้สถานประกอบการต้องเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเฉพาะแสงสว่างในพื้นที่การทำงาน รวมถึงการให้ความสำคัญกับท่าทางการทำงาน ควรปรับแก้ไขเรื่องระดับความสูงของสถานีงาน ระดับความสูงของเก้าอี้ให้เหมาะสมกับสรีระของพนักงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับพนักงานมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความร้อน, ความเข้มของแสงสว่าง, เสียง, การยศาสตร์, RULA

Abstract

This research aimed to measured and analyzed working conditions regarding heat, lighting, and noise levels, and assess ergonomic risks among shoe sewing factory workers in Uthai Thani Province. The sample consisted of 30 employees from the sewing department. Data was collected using questionnaires, Heat stress monitors, Lux Meter, Sound Level Meter, and the Rapid Upper Limb Assessment (RULA) for ergonomic risk evaluation. Data was analyzed using descriptive statistics. The results showed that the average Wet Bulb Globe Temperature was 29.6°C, which met the standard criteria at all measurement points. The lighting measurements in the three designated work areas failed to comply with the standard levels. For Spot lighting measurements in sewing department 1, 23 points (46.00%) met the standard criteria while 27 points (54.00%) did not. In sewing department 2, 49 points (69.01%) met the standard criteria while 22 points (30.99%) did not. Regarding noise exposure, the average noise level throughout the working period was 76 dB(A), which met standard criteria at all measurement points. The ergonomic risk assessment revealed that most employees had ergonomic risks at level 3 (high risk) and level 4 (very high risk), both at 33.33%, followed by level 2 (moderate risk) at 26.00%.

Therefore, based on the study results, the establishment needs to monitor the working environment conditions, particularly illumination in work areas. Additionally, emphasis should be placed on work postures, with necessary adjustments made to workstation heights and chair heights to better accommodate employees anthropometric dimensions, thereby enhancing occupational safety.

Keywords: Heat, Illuminance, Noise Exposure, Ergonomics, RULA

¹หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

¹B.Sc. Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

²Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*corresponding author e-mail: kanogwan.a@nsru.ac.th

ในปัจจุบันอุตสาหกรรมรองเท้าเป็นอุตสาหกรรมหนึ่งที่มีการส่งออกที่สำคัญของไทยผู้ประกอบการและสร้างงานภาพรวมการส่งออกผลิตภัณฑ์เครื่องหนังและรองเท้าในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ประเภทรองเท้าและชิ้นส่วนมีมูลค่าการส่งออก 46.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.6 เมื่อเทียบกับเดือนเดียวกันของปีก่อน ขณะที่การส่งออกไปยังตลาดหลัก 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จีน และเดนมาร์ก มีมูลค่าการส่งออก 6.7, 4.4 และ 3.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.9 จากการส่งออกไปตลาดสหรัฐอเมริกา (สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมสิ่งทอ, 2568) เมื่อการผลิตเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลต่อผู้ประกอบการ เนื่องจากงานผลิตรองเท้าและชิ้นส่วนยังคงต้องใช้แรงงานและเครื่องจักรร่วมกัน และเป็นอุตสาหกรรมที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่ต้องใช้ความแม่นยำสูง ทำทางการทำงานที่ซ้ำซาก และใช้เวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการยศาสตร์และสุขภาพในระยะยาว (Dianat et al., 2020) ดังนั้นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน หลายครั้งมีความรุนแรงถึงขั้นพิการและสูญเสียชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้โดยผู้ประกอบการเองและการให้ความสนใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (สยาม อรรถศรีมรดกและซิงชัย เมธพัฒน์, 2559)

หน้า | 318

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับระดับความร้อน แสงสว่าง และเสียงของพนักงานผลิตรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) คือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง และเพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มของพนักงานแผนกตัดเย็บในโรงงานผลิตรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานีมีพนักงานทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็น 3 แผนก ได้แก่ แผนกซ่อมบำรุงจำนวน 3 คน หัวหน้างานจำนวน 7 คน และแผนกตัดเย็บ 1 และ 2 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional Allocation) โดยการสุ่มจากพนักงานที่ทำงานตัดเย็บรองเท้าแผนกตัดเย็บ 1 และแผนกตัดเย็บ 2 ซึ่งมีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) อายุการทำงานในแผนกตัดเย็บไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุหรือผ่าตัดกระดูกโครงร่างหรือกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการนั่ง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย มีทั้งหมด 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและเครื่องมือตรวจวัดด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านลักษณะงาน

3.2 เครื่องตรวจวัดระดับความร้อน (WBGT Heat Stress Monitor) ยี่ห้อ TSI QUEST รุ่น QT-34 ได้มาตรฐาน ISO 7243 จำนวน 2 เครื่อง (Serial Number. TET090052 และ TET090053) ปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องมือวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 โดยบริษัทผู้จัดจำหน่ายที่ได้รับการรับรอง การดำเนินงานเริ่มจากการลงพื้นที่สำรวจบริเวณทำงานเพื่อศึกษาลักษณะการทำงานและกำหนดจุดตรวจวัดลงบนแผนผังโรงงาน โดยพิจารณาจากบริเวณจุดที่พนักงานสัมผัสความร้อน ซึ่งสามารถกำหนด 4 จุดตรวจวัด ได้แก่ แผนกตัดเย็บ 1 จำนวน 2 จุด และแผนกตัดเย็บ 2 จำนวน 2 จุด จากนั้นทำการปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องมือก่อนการใช้งานด้วยอุปกรณ์ Verification Module เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำเครื่องมือไปติดตั้งไว้กับขาตั้งที่สูงประมาณ 3.5 ฟุตหรืออยู่ในระดับหน้าอกของพนักงาน ติดตั้งเครื่องมือไว้ประมาณ 15 นาที ก่อนเริ่มทำการตรวจวัด จากนั้นใช้เวลาในการตรวจวัด 2 ชั่วโมง เมื่อครบเวลาที่กำหนดให้ทำการจดค่าลงในบันทึกและนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ตามกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559

3.3 เครื่องวัดแสง (Lux Meter) ยี่ห้อ EXTECH รุ่น 407026 จำนวน 1 เครื่อง (Serial Number. A048219) และรุ่น 401025 จำนวน 1 เครื่อง (Serial Number. Q776263) ได้มาตรฐาน CIE 1931 (International Commission on Illumination) ปรับเทียบความถูกต้องวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 โดยบริษัทผู้จัดจำหน่ายที่ได้รับการรับรอง การตรวจวัดความเข้มของแสงสว่าง โดยจะแบ่งการตรวจวัดเป็น 2 แบบ คือ 1) การวัดแสงเฉลี่ยแบบพื้นที่ทั่วไป (Area Measurement) เป็นการตรวจวัดค่าเฉลี่ยของความเข้มแสงสว่างในบริเวณพื้นที่ทั่วไปโดยรวมภายในสถานประกอบกิจการ ซึ่งไม่ใช่การมองเฉพาะจุด ดังนั้นจะต้องทำการตรวจวัดแสงในบริเวณนั้น ๆ หลายตำแหน่งแล้วมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยบริเวณพื้นที่ควรตรวจวัดแบบหาค่าเฉลี่ย ได้แก่ บริเวณทางเดิน บริเวณพื้นที่กว้างที่มีการใช้งานเต็มพื้นที่ บริเวณกระบวนการผลิตที่ถูกใช้งาน เป็นต้น (จิราภรณ์ ฉิมวาส, 2561) 2) การวัดแบบจุด (Spot Measurement) ตรวจวัดในจุดที่สายตากะพบบนชิ้นงานหรือจุดที่ทำงานของคนงาน (Point of Work) โดยวางให้เซลล์รับแสง (Photo Cell) ของเครื่องวัดแสงวางในตำแหน่งที่ตามองจุดนั้น ๆ ไม่ควรระนาบการวางจะเป็นแนวใด เช่น แนวตั้ง แนวระนาบหรือแนวเฉียงพื้นผิวที่สายตากะพบแล้วอ่านค่าจากนั้น

นำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการตรวจวัดแบบพื้นที่ทั่วไป 3 พื้นที่ คือ พื้นที่แผนกตัดเย็บ 1 แผนกตัดเย็บ 2 และโรงทางเดิน ส่วนการตรวจวัดแบบเฉพาะจุดกำหนดจุดทั้งหมด 121 จุด ซึ่งเป็นโต๊ะวางเครื่องจักรของพนักงานรายบุคคล จากนั้นทำการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแต่ละจุดและบันทึกผลเพื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง

3.4 เครื่องวัดเสียง (Sound Level Meter) ยี่ห้อ SVANTEX รุ่น SVAN 971 จำนวน 1 เครื่อง (Serial Number. 94038) ได้มาตรฐาน IEC 61672-1:2013 ปรับเทียบความถูกต้องวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 โดยบริษัทผู้จำหน่ายที่ได้รับ การรับรอง การตรวจวัดระดับเสียงในพื้นที่การทำงาน โดยเริ่มจากลงพื้นที่สำรวจและกำหนดจุดตรวจวัดลงในแผนผังโรงงาน โดยพิจารณาจากแหล่งกำเนิดเสียง ลักษณะการทำงาน จำนวนพนักงานที่สัมผัสเสียง สามารถกำหนดจุดตรวจวัดได้ทั้งหมด 14 จุด เพื่อเป็นตัวแทนของการสัมผัสระดับเสียงในพื้นที่การทำงานทั้ง 2 แผนก จากนั้นเตรียมเครื่องตรวจวัดปรับเทียบความ ถูกต้องด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง (Noise Calibrator) ก่อนและหลังการตรวจวัดระดับเสียงทุกครั้ง ตั้งค่าเครื่องวัด เสียงที่สเกลเอ (Scale A) การตอบสนองแบบช้า (Slow) ทำการสวมฟองน้ำกันลม (Wind screen) ที่ไมโครโฟน จากนั้นติดตั้ง เครื่องวัดระดับเสียงไว้กับขาตั้ง ให้ไมโครโฟนมีความสูงที่ระดับหู (Hearing zone) ของผู้ปฏิบัติงาน รัศมีไม่เกิน 30 เซนติเมตร ติดตั้งเครื่องตรวจวัดเสียงไว้ที่ขาตั้งสูงระดับหูของพนักงาน วางในพื้นที่การทำงานตรวจวัดจุดละ 5 นาที ชั่วโมง 2 ครั้ง เนื่องจาก บริเวณที่พนักงานทำงานในพื้นที่ที่มีเสียงจากเครื่องจักรเย็บรองเท้าในพื้นที่มีลักษณะเสียงดังต่อเนื่องแบบคงที่ (Steady-state Noise) และจากการสังเกตเมื่อครบรอบของการเย็บชิ้นส่วนแต่ละชิ้นงาน ระดับเสียงมีความเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 3 dB(A) (วันทนี พันธุ์ประสิทธิ์, 2561) จึงถือเวลาเป็นระยะเวลาการตรวจวัดที่เหมาะสม จากนั้นจดบันทึกค่าลงในแบบบันทึก และนำค่า ไปวิเคราะห์หาระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน (Time Weighted Average: TWA) เพื่อ เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับ เฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

3.5 แบบประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์ด้วยวิธี Rapid upper limb assessment (RULA) (McAtemney & Corlett, 1993) เพื่อประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงานของพนักงานตัดเย็บรองเท้า โดยเริ่มจากการสังเกตลักษณะ ท่าทางการทำงานที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างซ้ำซ้อนของผู้ปฏิบัติงาน โดยการประเมินท่าทางการทำงานด้วยเทคนิค RULA ซึ่งเป็นการประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อแบบคงที่ของร่างกายส่วนบน โดยการวัดมุมของการเคลื่อนไหวการทำงาน ชั่วโมง และการยกน้ำหนัก คะแนนท่าทางจะได้รับการเปรียบเทียบกับตารางการพิจารณาของอวัยวะต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A ได้แก่ แขนท่อนล่าง แขนท่อนบน ข้อมือ และการหมุนของข้อมือ ส่วนกลุ่ม B คือ คอ หลังและขา (ชาคริต ฤณ ตะกั่วทุ่งและปิยวัฒน์ ดิลกสัมพันธ, 2564) ผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตลักษณะการทำงานของพนักงานขณะตัดเย็บชิ้นส่วนรองเท้า และกรอกข้อมูลลงในแบบประเมิน จากนั้นนำค่าคำนวณและแปลผลเพื่อหาระดับความเสี่ยง โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (ความเสี่ยงที่ยอมรับได้) ระดับ 2 (ความเสี่ยงปานกลาง) ระดับ 3 (ความเสี่ยงสูง) และระดับ 4 (ความเสี่ยงสูงมาก)

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลลักษณะการทำงาน การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง เสียง และการประเมิน ความเสี่ยงทางกายศาสตร์ ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะนำเสนอข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และในกรณีที่ข้อมูลการแจกแจงไม่ปกติจะนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างพนักงานตัดเย็บชิ้นส่วนรองเท้า จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-39 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 30.0 เท่ากัน พนักงานส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ มีอายุการทำงานอยู่ระหว่างที่ 6-10 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 30.0 และอายุงาน อยู่ระหว่าง 11 -15 ปี ร้อยละ 26.7 พนักงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นถึงแสงสว่างเพียงพอในพื้นที่การทำงานร้อยละ 86.7 การสัมผัสอันตรายจากความร้อน ร้อยละ 56.7 และสัมผัสอันตรายจากเสียงดังและไม่สัมผัสอันตรายจากเสียงดัง ร้อยละ 50.0 เท่ากัน พนักงานส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อดวงตา/ตาฟล้ามว ร้อยละ 70.0 มีอาการเมื่อยล้าร่างกายหลังการทำงาน ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่มีอาการปวดคอ บ่า ไหล่ ร้อยละ 70.0 รองลงมาอาการปวดหลังและอาการปวดขา ร้อยละ 40.0 เท่ากัน



และพนักงานส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดหู หูอื้อหลังการทำงาน ร้อยละ 90.0 และไม่มีการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน (n=30)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	3.30
หญิง	29	96.70
อายุ		
20 – 29 ปี	1	3.30
30 – 39 ปี	9	30.00
40 – 49 ปี	9	30.00
มากกว่าหรือ 50 ปี	11	36.70
Mean 45.63 (SD = 8.05, Max = 57, Min = 28)		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	23	76.70
มีโรคประจำตัว	7	23.30
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	30	100.00
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	28	93.30
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	1	3.30
ดื่ม	1	3.30
อายุการทำงาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	9	30.0
6 - 10 ปี	12	40.0
11 - 15	8	26.7
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	1	3.3
Mean 9.50 (SD = 5.67, Max = 30, Min = 1)		
การทำงานมีแสงสว่างเพียงพอ		
ไม่เพียงพอ	4	13.3
เพียงพอ	26	86.7
การสัมผัสอันตรายจากความร้อน		
ไม่สัมผัส	13	43.3
สัมผัส	17	56.7
การสัมผัสเสียงดัง		
ไม่สัมผัส	15	50.0
สัมผัส	15	50.0
อาการปวดกล้ามเนื้อดวงตา/ตาพล่ามัว		
ไม่มีอาการ	21	70.0
มีอาการ	9	30.0



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน (n=30) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการเมื่อยล้าร่างกายหลังการทำงาน		
ไม่มีอาการ	1	3.3
มีอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	29	96.7
อาการปวดคอ บ่า ไหล่	21	70.0
อาการปวดหลัง	12	40.0
อาการปวดข้อมือ นิ้วมือ	10	33.3
อาการปวดขา	12	40.0
อาการปวดหู หูอื้อ หลังการทำงานหรือไม่		
ไม่มีอาการ	27	90.0
มีอาการ	3	10.0

2. การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินและการตรวจวัดระดับความร้อน พบว่า ค่าเฉลี่ยที่พนักงานได้รับสัมผัสความร้อนเท่ากับ 29.6 ± 0.96 องศาเซลเซียส ซึ่งพนักงานที่รับสัมผัสความร้อนสูงสุด คือ พนักงานตัดเย็บรองเท้าจุดที่ 4 มีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบเท่ากับ 30.5°C รองลงมาคือ จุดที่ 2 ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบเท่ากับ 28.6°C เมื่อประเมินภาระงาน พบว่า จัดอยู่ในงานเบา ซึ่งเปรียบเทียบกับกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 กำหนดงานที่ลูกจ้างทำในลักษณะงานเบาต้องมีมาตรฐานระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบ 34°C จึงถือว่าพนักงานสัมผัสระดับความร้อนในพื้นที่ทำงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ผลตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน

จุดตรวจวัด	อุณหภูมิในสภาวะการทำงาน $^{\circ}\text{C}$				ภาระงาน (Work Load)		มาตรฐาน* $^{\circ}\text{C}$	ผลการประเมิน
	T_{WNB}	T_{DB}	T_{GT}	WBGT_{in}	พลังงานที่ใช้ (Kcal/hr)	ระดับภาระงาน		
1	27.6	31.7	32.4	29.0	168	เบา	34°C	ผ่าน
2	27.3	31.1	31.7	28.6	168	เบา	34°C	ผ่าน
3	28.1	34.4	35.5	30.4	168	เบา	34°C	ผ่าน
4	28.5	34.4	35.4	30.5	168	เบา	34°C	ผ่าน
เฉลี่ย	27.87	32.9	33.75	29.6 ± 0.96	168	เบา	34°C	ผ่าน

หมายเหตุ *ค่ามาตรฐานตามกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559

3. การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับแสงสว่าง

ผลการตรวจวัดสภาวะการทำงานเกี่ยวกับแสงสว่างแบบพื้นที่ (Area Measurement) จากผลการตรวจวัด พบว่า ความเข้มของแสงสว่างไม่เป็นไปตามมาตรฐานทั้ง 3 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่แผนกตัดเย็บ 1 ค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างเท่ากับ 201 ลักซ์ ค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุด 41 ลักซ์ และพื้นที่แผนกตัดเย็บ 2 ค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างเท่ากับ 224 ลักซ์ ค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุด 69 ลักซ์ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง กำหนดบริเวณพื้นที่ใช้ประโยชน์กระบวนการผลิตหรือการปฏิบัติงานให้มีค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 300 ลักซ์ และค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุดไม่น้อยกว่า 150 ลักซ์ จึงถือว่าความเข้ม



ของแสงสว่างในแผนกไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนพื้นที่โถงทางเดินมีค่าความเข้มของแสงสว่างเท่ากับ 164 ลักซ์ ค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุด 41 ลักซ์ เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานบริเวณพื้นที่ใช้ประโยชน์ทั่วไปค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 100 ลักซ์ และค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุดไม่น้อยกว่า 50 ลักซ์ ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน

จากการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบเฉพาะจุด (Spot Measurement) ในแผนกตัดเย็บ 1 ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 27 จุด ร้อยละ 54.00 และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 23 จุด ร้อยละ 46.00 ส่วนแผนกตัดเย็บ 2 ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 49 จุด ร้อยละ 69.01 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 22 จุด ร้อยละ 30.99 ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนั้นในภาพรวมจุดตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบเฉพาะจุดทั้งหมด 121 จุด พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 72 จุด ร้อยละ 59.51 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 49 จุด ร้อยละ 40.49

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับแสงสว่างแบบเฉพาะจุดจำแนกตามแผนกและลักษณะงาน

บริเวณพื้นที่ทำงาน	จุดตรวจวัดแผนกตัดเย็บ 1		จุดตรวจวัดแผนกตัดเย็บ 2	
	ผ่านมาตรฐาน*	ไม่ผ่านมาตรฐาน	ผ่านมาตรฐาน*	ไม่ผ่านมาตรฐาน
กรอผ้า (1 จุด)	0 (0.00)	1 (100.00)	-	-
เจาะตาไก่ (5 จุด)	1 (100.00)	0 (0.00)	3 (75.00)	1 (25.00)
ปั๊มตรา (4 จุด)	4 (100.00)	0 (0.00)	-	-
ตัดเย็บชิ้นส่วน (54 จุด)	7 (25.00)	21 (75.00)	13 (50.00)	13 (50.00)
ทากาวชิ้นส่วน (17 จุด)	5 (62.50)	3 (37.50)	7 (77.78)	2 (22.22)
วางแผน/ตรวจสอบชิ้นงาน (31 จุด)	6 (85.71)	1 (14.29)	21 (87.50)	3 (12.50)
ตัดแต่งชิ้นส่วน (8 จุด)	-	-	5 (62.50)	3 (37.50)
ตรวจสอบเอกสาร (1 จุด)	0 (0.00)	1 (100.00)	-	-
รวม (121 จุด)	23 (46.00)	27 (54.00)	49 (69.01)	22 (30.99)

หมายเหตุ *ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง

4. การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับเสียง

จากผลการตรวจวัดเสียงในพื้นที่กระบวนการตัดเย็บรองเท้า ทั้งหมด 14 จุด พบค่าเฉลี่ยของระดับเสียง เท่ากับ 76 ± 3.40 dB(A) โดยจุดตรวจวัดที่ระดับเสียงสูงสุด คือ จุดที่ 14 ระดับเสียงเท่ากับ 83 dB(A) รองลงมา จุดที่ 11 และ 12 ระดับเสียงเท่ากับ 79 dB(A) เท่ากัน ซึ่งจุดตรวจวัดทุกจุดเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน ในระยะเวลาการทำงาน 10 ชั่วโมงต่อวัน สามารถสัมผัสระดับเสียงเฉลี่ยไม่เกิน 84 dB(A) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับเสียง

จุดตรวจวัด	ระดับเสียง Leq dB(A)	ระดับเสียงเฉลี่ย TWA dB(A)	มาตรฐาน*	ผลการประเมิน
1	72.95	72	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
2	72.35	72	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
3	75.1	75	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
4	75	74	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
5	73.5	73	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
6	75.2	75	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
7	70.05	70	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
8	74.9	74	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
9	74.25	74	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 4 ผลการตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับเสียง (ต่อ)

จุดตรวจวัด	ระดับเสียง Leq dB(A)	ระดับเสียงเฉลี่ย TWA dB(A)	มาตรฐาน* dB(A)	ผลการประเมิน
10	77.05	77	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
11	79.15	79	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
12	79.6	79	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
13	76.5	76	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
14	83.45	83*	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
เฉลี่ย	76 ± 3.38	76 ± 3.40	84 dB(A)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

หมายเหตุ *ค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

5. การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยใช้วิธี RULA

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่พนักงานเย็บรองเท้ามีความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับ 3 (ความเสี่ยงสูง) และระดับ 4 (ความเสี่ยงสูงมาก) ร้อยละ 33.33 เท่ากัน รองลงมาคือ ความเสี่ยงระดับ 2 (ความเสี่ยงปานกลาง) ร้อยละ 26.00 ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยวิธี RULA (n=30)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 (ความเสี่ยงที่ยอมรับได้)	2	6.66
ระดับ 2 (ความเสี่ยงปานกลาง)	8	26.66
ระดับ 3 (ความเสี่ยงสูง)	10	33.33
ระดับ 4 (ความเสี่ยงสูงมาก)	10	33.33

สรุปและอภิปรายผล

1. การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน

จากการประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียงของพนักงานโรงงานตัดเย็บรองเท้าแห่งหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน

ผลตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน พบว่า อุณหภูมิเวตบอลโกลบเฉลี่ยเท่ากับ 29.6 °C และด้วยลักษณะการทำงานเป็นการนั่งประจำโต๊ะจักรเย็บ ทำงานออกแรงโดยใช้ข้อมือ แขน และเท้าเป็นหลัก ขึ้นส่วนรองเท้ามีน้ำหนักเบา จึงจัดว่าเป็นงานเบา เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามกฎหมายกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับ ความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 กำหนดลักษณะงานเบา สามารถสัมผัสระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบอลโกลบ 34 °C ดังนั้น พนักงานตัดเย็บรองเท้าสัมผัสระดับความร้อนเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในโรงงานตัดเย็บในเมืองจูไห่ มณฑลกว่างตุง ประเทศจีน พบว่า ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบอลโกลบภายในอาคารอยู่ในช่วง 25.2 °C ถึง 32.2 °C โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.1 °C (X. Meng et al., 2021) จากการศึกษาในอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเท่ากับ 28 °C ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกายภาพของพนักงานเร็วขึ้น เพิ่มความเครียดจากความร้อนและลดประสิทธิภาพการตัดสินใจ (Amira Lakhal et al., 2021) และการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการประเมินช่วงอุณหภูมิความสบาย พบว่า ช่วงอุณหภูมิภายในอาคาร 25-26 °C และความชื้น 60 ± 5% ซึ่งอุณหภูมิ 25.6 °C เป็นสภาวะที่เหมาะสมที่สุดสำหรับกิจกรรมการเย็บผ้าที่พนักงานสามารถปรับตัวได้และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน (Sajal Chowdhury et al., 2017) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พนักงานตัดเย็บรองเท้ามีการสัมผัสระดับความร้อนที่เป็นไปตามเกณฑ์

มาตรฐานและเป็นอนุภูมิที่เหมาะสมต่อการทำงาน นอกจากนี้ ภายในอาคารโรงงานลักษณะเป็นอาคารเปิดโล่ง มีช่องลมทุกทิศทาง จึงช่วยให้การระบายอากาศในพื้นที่การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับแสงสว่าง

ความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานทั้ง 3 พื้นที่ ตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง โดยในบริเวณพื้นที่ใช้ประโยชน์กระบวนการผลิตหรือการปฏิบัติงานกำหนดให้มีค่าเฉลี่ยความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 300 ลักซ์ และ ค่าความเข้มของแสงสว่างต่ำสุดไม่น้อยกว่า 150 ลักซ์ ซึ่งในพื้นที่ตัดเย็บ 1 และพื้นที่ตัดเย็บ 2 มีค่าความเข้มของแสงสว่างไม่ผ่านทั้งค่าเฉลี่ยและค่าต่ำสุด ส่วนการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบเฉพาะจุดในแผนกตัดเย็บ 1 และตัดเย็บ 2 ทั้งหมด 121 จุด พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 72 จุด ร้อยละ 59.50 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 49 จุด ร้อยละ 40.50 โดยจุดที่มีจำนวนพนักงานทำงานสูงสุดเปรียบเทียบกับจำนวนจุดที่แสงสว่างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสูงสุด คือ ส่วนงานตัดเย็บชิ้นส่วนของทั้ง 2 แผนก โดยแผนกตัดเย็บ 1 แสงสว่างไม่ผ่านมาตรฐาน 21 จุด ร้อยละ 75.00 และแผนกตัดเย็บ 2 แสงสว่าง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 13 จุด ร้อยละ 50.00 จึงเป็นส่วนงานที่ควรดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับแรก ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในอุตสาหกรรมผลิตและประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์พบว่า ผลตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่จำนวน 10 พื้นที่ในอาคารฝ่ายผลิตในจุดเตรียมการผลิตและการเตรียมวัตถุดิบ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90.00 ซึ่งเป็นลักษณะงานที่เน้นการใช้มือ รวมถึงชิ้นงานมีขนาดปานกลางหรือเล็กสามารถมองเห็นได้แต่ไม่ชัดเจนและมีความแตกต่างของสีปานกลาง (พรไพลิน ทิศอุ่นและสุนิสา ชายเกลี้ยง, 2565) ดังนั้นแสงสว่างจึงถือว่าไม่เพียงพอกับการทำงาน อาจส่งผลการใช้สายตาของพนักงานมาก เนื่องจากแสงสว่างน้อยจึงต้องเพ่งมองชิ้นงานและรอยเย็บ รวมถึงการก้มคอ ยกไหล่สูงหรือท่าทางการทำงานไม่เหมาะสมและส่งผลผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้

1.3 การตรวจวัดและวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับเสียง

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงานในแต่ละวันเท่ากับ 76 dB(A) เนื่องจากพนักงานมีระยะเวลาการทำงาน 10 ชั่วโมงต่อวัน สามารถสัมผัสระดับเสียงเฉลี่ยไม่เกิน 84 dB(A) ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาการตรวจวัดระดับเสียงของในพื้นที่การทำงานของกลุ่มแรงงานตัดเย็บ อำเภอกอโศก จังหวัดปัตตานีพบว่า โรงงานที่ 1 มีความดังเสียงเฉลี่ยเท่ากับ 61.59 dB(A) และโรงงานที่ 2 มีความดังเสียงเฉลี่ยเท่ากับ 70.34 dB(A) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด (ไชยวัฒน์ เหตุหมั่น และคณะ, 2566) ถึงแม้จักรเย็บผ้าจะทำงานพร้อมกันซึ่งก่อให้เกิดเสียงดังในระดับที่ยอมรับได้ อีกทั้งอาคารเป็นลักษณะเปิดจึงไม่เกิดการสะท้อนของเสียงภายในอาคาร ทั้งนี้ระดับเสียงขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งลักษณะของเครื่องจักร การบำรุงรักษาเครื่องจักร ลักษณะพื้นที่ในการทำงาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความเข้มของแสงสว่างในอุตสาหกรรมรองเท้าและผลิตภัณฑ์หนังในบังกลาเทศจำนวน 20 แห่ง พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ยในพื้นที่การทำงานอยู่ระหว่าง 78 - 102 dB(A) แต่พนักงานรู้สึกรำคาญจากเสียงในที่ทำงาน ร้อยละ 86.43 (Amal Kanti Deb et al., 2018) นอกจากนี้มีการศึกษาในอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า พบว่า ระดับเสียงในพื้นที่การทำงานต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 73-90 dB(A) ส่งผลต่อความสามารถในการมีสมาธิและการสื่อสาร โดยเฉพาะในจุดที่มีระดับเสียงสูงเกินกว่า 85 dB(A) อาจนำไปสู่การลดลงของอัตราการทำงานและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Amira Lakhali et al., 2021) ซึ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเย็บผ้าที่ใช้จักรเย็บผ้ามีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น การสัมผัสเสียงดังและหากมีประสบการณ์ในการทำงานถึง 40 ปีจะมีโอกาสสูญเสียการได้ยินสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านความสั่นสะเทือนที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่นิ้วมือ ฝ่ามือและข้อมือได้ (Natalya S. Slavinskaya, & Yoqub E. Nurullaev, 2025) ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังการสัมผัสเสียงดังในสถานประกอบกิจการ ทั้งการติดตามผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน การบำรุงรักษาเครื่องจักรและการเฝ้าระวังสมรรถภาพการได้ยินของพนักงาน

2. การประเมินประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์

การศึกษครั้งนี้ใช้วิธี RULA ในการประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่พนักงานเย็บรองเท้ามีความเสี่ยงทางกายศาสตร์อยู่ในระดับ 3 คือ ความเสี่ยงสูงแสดงว่างานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและควรปรับปรุงและระดับ 4 คือ ความเสี่ยงสูงมากงานนั้นเริ่มมีปัญหาทางกายศาสตร์และต้องมีการปรับปรุงทันที ร้อยละ 33.33 เท่ากัน รองลงมาคือ ความเสี่ยงระดับ 2 คือ ความเสี่ยงปานกลางควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่องอาจจำเป็นต้องการออกแบบงานใหม่ เนื่องจากลักษณะงานเย็บชิ้นส่วนจะต้องใช้สายตาเพ่งมองรอยเย็บที่มีขนาดเล็ก จึงทำให้พนักงานนั่งก้มคอและหลัง อีกทั้งจักรเย็บผ้าบางชนิดจะมีแท่นเย็บทรงสูง ทำให้พนักงานต้องยกไหล่ ข้อศอก แขนและข้อมือ

เพื่อประกอบชิ้นงาน ส่วนขาและเท้าใช้ออกแรงเหยียบเพื่อควบคุมการทำงานของจักรเย็บ จากลักษณะงานนี้การทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าได้ ซึ่งข้อมูลพนักงานพบว่า มีอาการปวดคอ ปวดไหล่ ร้อยละ 70.00 รองลงมาคืออาการปวดหลังและอาการปวดขา ร้อยละ 40.0 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในกลุ่มพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้า พบว่า ความชุกของการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 92.7 ส่วนที่พบมากที่สุด ได้แก่ หลังส่วนล่าง ไหล่ และคอ ตามลำดับ และการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 72.2 ส่วนที่พบมากที่สุด ได้แก่ คอ ข้อเท้า/เท้า และหลังส่วนล่าง ตามลำดับ (พิชชาพร บุญสูงและคณะ, 2565) และการศึกษาในกลุ่มแรงงานตัดเย็บผ้าในพื้นที่จังหวัดปัตตานี พบว่า ปัญหาต่อสุขภาพของแรงงาน 5 อันดับ คือ มีอาการปวดหลัง/ปวดเอว ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ ปวดขาตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ร้อยละ 71.4 ปวดไหล่ ร้อยละ 64.3 ปวดต้นคอ ร้อยละ 64.3 และกล้ามเนื้อตา ร้อยละ 64.3 ตามลำดับ (ไชยวัฒน์ เหตุมน และคณะ, 2566) ซึ่งจะเห็นว่าพนักงานส่วนใหญ่มีอาการปวดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในพนักงานโรงงานผลิตรองเท้า พบว่า อายุ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าในการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Leite, W. K. dos S. et al., 2019) ดังนั้น จากข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานและระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในกลุ่มพนักงานตัดเย็บรองเท้า เพื่อเป็นแนวทางในการเร่งดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อพนักงานและดำเนินการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้สอดคล้องกับกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแผนการบำรุงรักษาหลอดไฟ เช่น การทำความสะอาด การเปลี่ยนชนิดของหลอดไฟตามรอบอายุการใช้งาน และการติดตั้งหลอดไฟเพิ่มเติมในจุดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหรือจัดแสงสว่างให้เหมาะสมกับลักษณะงาน
2. สถานประกอบการควรเร่งดำเนินการปรับปรุงพื้นที่การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงานให้เหมาะสมกับสัดส่วนของพนักงาน จัดหาเก้าอี้ที่สามารถปรับระดับความสูงได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เช่น ปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ ลดระยะเวลาการทำงาน หรือจัดให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในช่วงพักระหว่างวัน
3. สถานประกอบการควรติดตามผลของการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงานและเฝ้าระวังอาการผิดปกติของกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ รวมถึงการจัดแผนให้มีการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในกลุ่มพนักงาน

เอกสารอ้างอิง

- กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 (17 ตุลาคม 2559), *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 133 ตอนที่ 91 ก หน้า 48
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/01_envocc_situation_60.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2562). "โรคประสาทหูเสื่อม" ความเสี่ยงของคนทำงาน. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29549>
- ขวัญแข หนูนกดี, ชญานทิพย์ งามภักตร์, ดวงสมร วงษ์ศรีแก้ว, อภิชาติ บุญไชโย, อรพิน สองพรมทิพย์และวัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 15(2), 91-104
- จิราภรณ์ นิมาวาส. (2561). การตรวจวัดความเข้มแสงสว่างในสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. https://www.ubu.ac.th/web/files_up.
- ชาคริต ญ ตะกั่วทุ่งและปิยวัฒน์ ดิลกสัมพันธ์. (2564). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในคนงานทำไม้ในสวนป่าไม้สัก จังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(2), 223-233

- ไชยวัฒน์ เหตุหมั่น, อัสนา เจอะอิ, และโสมศิริ เดชารัตน์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของแรงงานตัดเย็บ อ้าเกอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม. 32(2), 83-91. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/OHSPA/article/view/2233/1551>
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน. (26 มกราคม 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 135 ตอนพิเศษ 19 ง หน้า 15.
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง. (21 กุมภาพันธ์ 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 135 ตอนพิเศษ 39 ง หน้า 15
- พิชชาพร บุญสูง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, ประสงค์, กิตติดำรงสุขและเพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์. (2565). การประเมินด้านการยศาสตร์ในโรงงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล*, 44(2), 271-80
- พรไพลิน ทิศอ่อนและสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2565). ความเสี่ยงทางการยศาสตร์และสภาพแวดล้อมการทำงานด้านแสงสว่างในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตและประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์. *วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม*, 5(1), 28-34. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/OHSPA/article/view/383/165>
- วันที พันธุ์ประสิทธิ์. (2561). สุขศาสตร์อุตสาหกรรม กลยุทธ์ ประเมิน ควบคุม และจัดการ. กรุงเทพฯ: เบสท์ กราฟฟิค อินเทอร์เน็ต.
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2564). *ความร้อนกับการทำงาน*. <https://www.tosh.or.th/index.php/blog/item/901-2021-06-02-06-54-17>
- สยาม อรุณศรีมรกตและชิงชัย เมธพัฒน์. (2559). การตรวจวัดฝุ่นละอองรวมและฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอนในห้องปูพรมและไม่ปูพรม: กรณีศึกษาคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิจัยสหวิทยาการไทย*, 11(4), 22-26. <https://apheit.bu.ac.th/journal/science-Jan-Jun-2562,วันที่สืบค้น 25 เมษายน 2567>
- Amal Kanti Deb, Manjushree Chowdhury, Md. Israil Hossain & Md. Rayhan Sarker. (2018). Assessment of Noise, Temperature, Light Intensity and Their Impacts on Workers in Footwear and Leather Products Industries of Bangladesh. *Journal of Environmental Science, Toxicology and Food Technology*. 12(1), 25-31, <https://iosrjournals.org/iosr-jestft/papers/Vol12-%20Issue%203/Version-1/D1203012531.pdf>
- Amira Lakhal, Nejib Sejri, Fadhel Jaafar, Yassine Chaabouni & Morched Cheikhrou. (2021). Influence of environmental factors on the working rhythm in a clothing industry. *Special issue on Circular economy*. 72(1), 108-113. https://www.revistaindustriatextila.ro/images/2021/1/15%20AMIRA%20LAKHAL%20Industria%20Textila%201_2021.pdf
- Dianat, I., Afshari, D., & Sarmasti, N. (2020). Work posture, working conditions and musculoskeletal outcomes in the footwear industry. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 77, 102941. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2020.102941>
- Leite, W. K. dos S., Araújo, A. J. da S., Norte da Silva, J. M., Gontijo, L. A., Vieira, E. M. de A., Lopes de Souza, E., & Bueno da Silva, L. (2019). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders among workers in the footwear industry: a cross-sectional study. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 27(2), 393-409. <https://doi.org/10.1080/10803548.2019.1579966>
- McAtemney L, & Corlett EN. (1993). RULA: survey method for the investigation of work-related upper limb disorder. *Appl Ergon*, 24(2), 91-9.
- Natalya S. Slavinskaya, & Yoqub E. Nurullaev. (2025). RISK OF DEVELOPMENT OF INDUSTRIALLY RELATED DISEASES OF SEWER-MOTORISTS OF MODERN SEWING INDUSTRIES. *Central Asian Journal of Medicine*, (2), 163-169. <https://journals.tma.uz/index.php/cajm/article/view/1057>



- Sajal Chowdhury, Yasuhiro Hamada, & Khandaker Shabbir Ahmed. (2017). Experimental evaluation of subjective thermal perceptions for sewing activity. *Energy and Buildings*, (149) , 450-462. <https://doi.org/10.1016/j.enbuild.2017.05.006>.
- Xiaojing Meng, Huihui Xiong, Honggang Yang, & Yingxue Cao. (2021). Dynamic prediction of indoor wet bulb globe temperature in an industrial workshop. *Applied Thermal Engineering*, (195), 117-219, <https://doi.org/10.1016/j.applthermaleng.2021.117219>.

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร

ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Relationship Between Pesticide Use Behavior and Health Effects Among Farmers in Mae Yao, Mueang District, Chiang Rai

ชุตารัก กำคำ¹, สุปรียญา สีเทียวไทย¹, ศิริประภา หินเมืองเก่า¹,
จุฑามาศ เมืองมูล¹, พิณภูธินัย จิตคำ¹ และ นุชกานต์ สว่าง^{1*}

Chudarak Kakham¹, Suparinya Sithiothai¹, Siriprapha Hinmueangkao¹, Jutamas Muangmool¹,
Pinatthinee Jitkham¹ and Nootchakarn Sawarn^{1*}

บทคัดย่อ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นตัวช่วยสำคัญสำหรับอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีการใช้ในปริมาณที่สูงจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพของกลุ่มเกษตรกร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ ในกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 272 คนโดยการสุ่มแบบเป็นกลุ่ม(Cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และข้อมูลผลกระทบอาการทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์(Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.00 พฤติกรรมระหว่างการใช้อำนาจกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.50 และพฤติกรรมหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.30 ส่วนผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า มีอาการทางสุขภาพ ร้อยละ 17.60 สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเกษตรกรจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยเพื่อช่วยปกป้องสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ผลกระทบทางสุขภาพ, เกษตรกร

Abstract

Pesticides are essential tools for farmers, used in large amounts, and therefore affect health due to the incorrect use of chemicals. This study aimed to examine the pesticide use behaviors and health impacts among farmers and to explore the relationship between pesticide use behaviors and health effects. The study was conducted among 272 farmers in Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province, using cluster sampling. Data were collected through questionnaires covering personal information, pesticide use behaviors, and health symptoms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square tests.

The results showed that behaviors before using pesticides were at a high level (53.00%), behaviors during using pesticides were at a high level (56.30%), and behaviors after using pesticides were at a high level (69.50%). Regarding health effects, 17.60% of participants reported experiencing health symptoms related to pesticide exposure. The analysis revealed that pesticide use behaviors before, during, and after application were significantly associated with health effects ($p < .05$). These findings suggest that farmers need better support and promotion in the safe use of pesticides to help protect their health.

Keywords: Pesticides, Pesticide use behavior, Health Effects, Farmers

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University

*corresponding author e-mail: nootchakarn.saw@crju.ac.th

บทนำ

เกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของคนไทยมาช้านาน ส่วนใหญ่ เกษตรกรใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อช่วยควบคุมหรือกำจัดศัตรูพืชในปริมาณมาก และไม่ถูกต้องจึงส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นทุกปี สอดคล้องกับสถิติการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรของ ไทยที่เพิ่มขึ้นทุกปีและสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้สารเคมีทั่วโลก ส่งผลให้ประเทศไทยติดอันดับที่ 18 ของโลก และอันดับที่ 5 ของเอเชีย (Frontiers in Public Health, 2023) ทั้งนี้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ สารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช สารกำจัดเชื้อรา และสารกำจัดหนู ซึ่งแต่ละประเภทมีอาการ พิษเฉียบพลันและพิษเรื้อรังที่แตกต่างกัน เช่น ระบบประสาทถูกทำลาย ผิวหนังอักเสบ และปัญหาทางเดิน หายใจในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (กรมควบคุมโรค, 2561) จะเห็นได้ว่าสารเคมีเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพได้ และยังพบสารเคมีตกค้างและปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ทำให้ระบบนิเวศเสื่อมโทรมอีกด้วย

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกหรือการใช้เกินความจำเป็น ทำให้ส่งผลกระทบทั้งด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผู้บริโภคได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องพบว่า แม้ว่าเกษตรกรจะมีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง แต่ยังพบการ ปนเปื้อนของสารเคมีในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (ไกรวัลย์ มัธฐาและคณะ, 2565) และพบว่าส่วนมากเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี (ปิยาพัชร นาคมุสิก, 2566) จะเห็นว่า เมื่อมีพฤติกรรมและความรู้ที่ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมได้

จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่เกษตรกรรมขนาดใหญ่ และส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว ในปี 2565-2567 พบว่า เกษตรกรที่เข้ารับการรักษาพยาบาลมีอาการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี เช่น ผิวหนังอักเสบ เวียนศีรษะ เป็นต้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว, 2567) ดังนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางการแก้ไข และลดผลกระทบจาก สารเคมีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของสารเคมีในสิ่งแวดล้อม และการเกิดโรค เรื้อรังในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและกระทบทางสุขภาพของกลุ่มเกษตรกร ตำบล แม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ ของกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จังหวัดเชียงราย ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบเชิง ปริมาณ โดยดำเนินการเก็บในกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาวในกลุ่มประชากร จำนวน 731 ครัวเรือน แล้วนำไปคำนวณโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 259 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้ดำเนินการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 272 ครัวเรือน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเป็นกลุ่ม (Cluster Sampling) เลือกเป้าหมายเกษตรกรจากพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่มยาว ได้ 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 3 บ้านห้วยทรายขาว หมู่ที่ 4 บ้านริมกก หมู่ที่ 5 บ้านป่าอ้อ หมู่ที่ 6 สันป่ายาง และหมู่ที่ 7 บ้านกลางทุ่ง หลังจากนั้นได้ทำการเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนเกษตรกรทั้ง 5 หมู่บ้าน จะได้ดังนี้ หมู่ที่ 3 จำนวน 76 ครัวเรือน หมู่ที่ 4 จำนวน 66 ครัวเรือน หมู่ที่ 5 จำนวน 62 ครัวเรือน หมู่ที่ 6 จำนวน 32 ครัวเรือน และหมู่ที่ 7 จำนวน 88 ครัวเรือน และได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแล้วไม่ใส่คืน จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 272 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ หรือไม่ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำตอบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 30 ข้อ มีให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ค่อยปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติเลย โดยคำถามที่ตอบ ปฏิบัติทุกครั้ง = 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง = 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 3 คะแนน ไม่ค่อยปฏิบัติ = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008)

ตอนที่ 3 ผลกระทบอาการทางสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มีอาการ และ ไม่มีอาการ โดยข้อคำถามที่ตอบ มีอาการ =1 ข้อคำถามที่ตอบ ไม่มีอาการ =0 โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักของ Bloom (1971)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of itemobjective congruence : IOC) เท่ากับ 0.87 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านพระเนตร ตำบลต้า อำเภอนานตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 40 คน (Try out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบจากสารเคมีต่อสุขภาพ รายงานผลเป็นค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ สำหรับสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพของกลุ่มเกษตรกรที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่คือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.70 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50 ± 0.26 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.20 ส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 60.70 รายได้ส่วนใหญ่ไม่เกิน 150,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 99.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.50 ประกอบอาชีพส่วนมากเกษตรกร 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 100.00 ระยะทางพื้นที่ทำการเกษตรอยู่ห่างจากที่อยู่อาศัย 0 เมตร – 500 เมตร กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 99.70 ส่วนใหญ่คือไม่เคยแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 99.30 ส่วนผู้ที่แพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 82.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=272)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	57.70
หญิง	115	42.30
อายุเฉลี่ย (Mean±S.D.)	50 ± 0.26	
ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	259	95.20
ศาสนาคริสต์	13	4.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	165	60.70
ประถมศึกษา	102	37.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	1.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	0.70
รายได้		
ไม่เกิน 150,000 บาท	271	99.60
ตั้งแต่ 150,001 บาท ขึ้นไป	1	0.40
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	195	71.70
มีโรคประจำตัว	77	28.30
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	34	12.50
โรคความดันโลหิตสูง	72	26.50
โรคไขมันในเลือดสูง	21	7.70
โรคไต	17	6.30
โรคเก๊าท์	14	5.10
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0	0.00
โรคหอบหืด	1	0.40



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=272) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาทำเกษตรกรรม		
1-10 ปี	15	5.50
11-20 ปี	71	26.20
21-30 ปี	102	37.50
31-40 ปี	69	25.30
41-50 ปี	15	5.50
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
ไม่ใช้	0	0.00
ใช้	272	100.00
ระยะทาง		
0 เมตร – 500 เมตร	266	97.80
501 เมตร – 1000 เมตร	6	2.20
1001 เมตรขึ้นไป	0	0.00
การตรวจวัดสารเคมีในเลือด		
ไม่เคยตรวจวัดสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเลือด	242	89.00
เคยตรวจวัดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน เลือด	30	11.00
ผลการตรวจวัดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือด		
ไม่ปลอดภัย	9	30.00
มีความเสี่ยง	4	14.00
ปลอดภัย	7	23.00
ปกติ	10	33.00
หน่วยงานที่ตรวจวัดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือด		
หน่วยงานสาธารณสุข	30	100.00
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับ ตำบล	0	0.00
การแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
ไม่เคยแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	270	99.30
เคยแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2	0.70
ผลกระทบอาการทางสุขภาพ		
ไม่มีอาการ	224	82.40
มีอาการ	48	17.60



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=272) (ต่อ)

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สารเคมีกำจัดแมลง	246	90.40	26	9.60
สารป้องกันกำจัดวัชพืช	258	94.90	14	5.10
สารกำจัดเชื้อรา	199	73.20	73	26.80
สารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะ	145	53.30	127	46.70

สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการการใช้สารเคมี มากที่สุด พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษรุนแรงต่อศัตรูพืชเพราะสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ผลเร็ว จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 47.80 อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยมีการสวมใส่ถุงมือ รองเท้ายาง เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 47.10 อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ล้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแหล่งน้ำธรรมชาติ จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 40.40 อยู่ในระดับมาก

รองลงมา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตรวจสอบสภาพสภาพภูมิอากาศทิศทางลมก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 36.80 อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ให้เด็กและผู้อื่นที่อยู่ในบริเวณนั้นระหว่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 อยู่ในระดับมากที่สุด และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แยกซักเสื้อผ้าที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเสื้อผ้าของสมาชิกในบ้าน จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 39.00 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

น้อยที่สุด พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 2 ชนิด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 13.20 อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช น้อยที่สุดคือฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระหว่างที่ลมแรงหรือฝนตก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50 อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช น้อยที่สุดคือแยกทิ้งภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่หมดแล้วจากขยะอื่นๆ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 21.30 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=272)

พฤติกรรมการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน) ร้อยละ					$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ค่อย ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ เลย			
พฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช								
1. ท่านเลือกซื้อสารเคมี กำจัดศัตรูพืชโดยเลือกซื้อ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษ รุนแรงต่อศัตรูพืชเพราะ สามารถกำจัดศัตรูพืชได้ผล เร็ว	130 (47.80)	107 (39.30)	33 (12.10)	2 (0.70)	0 (0.00)	4.34	0.717	มากที่สุด
2. ท่านซื้อสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชตามชนิดของ ศัตรูพืชนั้น	98 (36.00)	142 (52.20)	31 (11.40)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.24	0.658	มากที่สุด
3. ท่านซื้อหรือเลือกใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตาม การแนะนำของเพื่อน เกษตรกรหรือญาติที่เคยใช้ แล้วได้ผลดี	79 (29.00)	130 (47.80)	60 (22.10)	3 (1.10)	0 (0.00)	4.05	0.745	มาก
4. ท่านอ่านฉลากหรือ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ติด บนภาชนะบรรจุ	90 (33.10)	128 (47.10)	49 (18.00)	4 (1.50)	0 (0.00)	4.12	0.748	มากที่สุด
5. ท่านปฏิบัติตามฉลาก หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการ ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ ติดบนภาชนะบรรจุ	78 (28.70)	126 (46.30)	53 (19.50)	15 (5.50)	0 (0.00)	3.98	0.839	มาก
6. เมื่อท่านสงสัยหรือไม่ เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชท่าน ได้ปรึกษาหรือสอบถามผู้ที่ จำหน่ายสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช	76 (27.90)	123 (45.20)	54 (19.90)	19 (7.00)	0 (0.00)	3.94	0.870	มาก
7. ท่านผสมสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชตามฉลากที่กำหนด	72 (26.50)	136 (50.00)	53 (19.50)	10 (3.70)	1 (0.40)	3.99	0.801	มาก



พฤติกรรมการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน) ร้อยละ					$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ค่อย ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ เลย			
8. ท่านตรวจสอบอุปกรณ์ ป้องกันสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชให้อยู่ในสภาพดีก่อน การฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช	96 (35.30)	110 (40.40)	63 (23.20)	3 (1.10)	0 (0.00)	4.10	0.788	มาก
9. ท่านผสมสารเคมีกำจัด ศัตรูมากกว่า 2 ชนิด	36 (13.20)	123 (45.20)	95 (34.90)	18 (6.60)	0 (0.00)	3.65	0.792	มาก
10. ท่านตรวจสอบสภาพ ภูมิอากาศ ทิศทางลม ก่อน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	100 (36.80)	112 (41.20)	50 (18.40)	8 (2.90)	2 (0.70)	4.10	0.860	มาก ที่สุด
พฤติกรรมปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช								
1. ท่านรับประทานอาหาร หรือของว่างและสูบบุหรี่ ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืช	82 (30.10)	10 (3.70)	6 (2.20)	55 (20.20)	119 (43.80)	2.56	1.736	ปาน กลาง
2. ท่านฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชระหว่างที่ลมแรง หรือฝนตก	15 (5.50)	28 (10.30)	41 (15.10)	74 (27.20)	114 (41.90)	2.10	1.214	ปาน กลาง
3. ท่านอยู่เหนือลมเสมอ ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืช	116 (42.60)	97 (35.70)	49 (18.00)	5 (1.80)	5 (1.80)	4.15	0.908	ระดับ มาก ที่สุด
4. ท่านฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชโดยมีการสวมใส่ถุง มือ รองเท้ายาง เสื้อแขน ยาว กางเกงขายาว	128 (47.10)	94 (34.60)	47 (17.30)	3 (1.10)	0 (0.00)	4.28	0.783	มาก ที่สุด
5. ระหว่างทำการฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชท่าน ระวังไม่ให้ละอองสารเคมี กำจัดศัตรูพืชปลิวเข้าหาตัว	106 (39.00)	109 (40.10)	49 (18.00)	8 (2.90)	0 (0.00)	4.15	0.817	มาก ที่สุด



พฤติกรรมการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน) ร้อยละ					$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ค่อย ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ เลย			
อาหาร น้ำดื่ม และสิ่งของที่ อยู่ข้างเคียง								
6. ท่านไม่让孩子และผู้คนที่ อยู่ในบริเวณนั้นระหว่างการ ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	123 (45.20)	89 (32.70)	47 (17.30)	13 (4.80)	0 (0.00)	4.18	0.886	มากที่สุด
7. ท่านหยุดฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืชทันทีหากฝน ตก	96 (35.30)	106 (39.00)	62 (22.80)	6 (2.20)	2 (0.70)	4.06	0.857	มาก
8. ท่านหยุดฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืชทันทีเมื่อมี อาการแพ้สารเคมีระหว่าง การฉีดพ่น เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ และแน่นหน้าอก	85 (31.30)	106 (39.00)	63 (23.20)	18 (6.60)	0 (0.00)	3.95	0.900	มาก
9. เมื่ออุปกรณ์ชำรุด เสียหายท่านหยุดฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที	91 (33.50)	104 (38.20)	64 (23.50)	12 (4.40)	1 (0.40)	4.00	0.884	ระดับ มาก
10. เมื่ออุปกรณ์ชำรุด เสียหาย ท่านยังทำการฉีด พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อ	60 (22.10)	84 (30.90)	91 (33.50)	27 (9.90)	10 (3.70)	3.58	1.053	ระดับ มาก
พฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช								
1. ท่านล้างภาชนะบรรจุ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน แหล่งน้ำธรรมชาติ	110 (40.40)	97 (35.70)	44 (16.20)	13 (4.80)	8 (2.90)	4.06	1.011	มาก
2. ท่านนำน้ำที่ล้างอุปกรณ์ และเครื่องที่ใช้ฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชฉีดพ่น โดยไม่ทิ้งลงดินหรือแหล่ง น้ำ	68 (25.00)	110 (40.40)	52 (19.10)	24 (8.80)	18 (6.60)	3.68	1.138	มาก
3. ท่านไม่นำภาชนะบรรจุ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ แล้วกลับมาใช้ใหม่	73 (26.80)	105 (38.60)	77 (28.30)	17 (6.30)	0 (0.00)	3.86	0.886	มาก



พฤติกรรมการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน) ร้อยละ					$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ค่อย ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ เลย			
4. ท่านอาบน้ำชำระร่างกาย ทันทีหลังการฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืช	94 (34.60)	129 (47.40)	49 (18.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.17	0.707	ระดับ มาก ที่สุด
5. ท่านแยกซักเสื้อผ้าที่มี การปนเปื้อนสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชจากเสื้อผ้าของ สมาชิกในบ้าน	106 (39.00)	93 (34.20)	62 (22.80)	11 (4.00)	0 (0.00)	4.08	0.881	ระดับ มาก
6. ท่านแยกทิ้งภาชนะที่ใส่ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ หมดแล้วจากขยะอื่น ๆ	58 (21.30)	85 (31.30)	118 (43.40)	11 (4.00)	0 (0.00)	3.70	0.849	มาก
7. ท่านจัดเก็บสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชไว้ในที่เด็กเอื้อมหยิบ ไม่ถึง	100 (36.80)	91 (33.50)	68 (25.00)	10 (3.70)	3 (1.10)	4.01	0.931	มาก
8. ท่านเก็บภาชนะบรรจุ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ ใช้แล้ว แยกไว้ต่างหาก	75 (27.60)	88 (32.40)	97 (35.70)	10 (3.70)	2 (0.70)	3.82	0.904	มาก
9. ท่านดูแลรักษาอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้อยู่ สภาพที่พร้อมใช้งาน	94 (34.60)	117 (43.00)	44 (16.20)	17 (6.30)	0 (0.00)	4.03	0.919	มาก
10. เว้นระยะการเก็บ ผลผลิตหลังการฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตาม ฉลากอย่างเคร่งครัด	100 (36.80)	103 (37.90)	63 (23.20)	2 (0.70)	4 (1.50)	4.04	0.934	มาก

ระดับพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการการใช้สารเคมี มากที่สุด พบว่า พฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อน
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมปฏิบัติตัว
ระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 69.50 อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรม
การปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 56.30 อยู่ในระดับมาก

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการการใช้สารเคมี รองลงมา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 อยู่ในระดับมากที่สุด และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 41.90 อยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการการใช้สารเคมี น้อยที่สุด พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00 อยู่ในระดับปานกลาง และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=272)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
การปฏิบัติตัวมากที่สุด	125	46.00	40.51	4.090
การปฏิบัติตัวมาก	145	53.00		
การปฏิบัติตัวปานกลาง	2	0.70		
การปฏิบัติตัวน้อย	0	0.00		
การปฏิบัติตัวน้อยที่สุด	0	0.00		
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างการที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
การปฏิบัติตัวมากที่สุด	64	23.50	37.01	4.445
การปฏิบัติตัวมาก	189	69.50		
การปฏิบัติตัวปานกลาง	19	7.00		
การปฏิบัติตัวน้อย	0	0.00		
การปฏิบัติตัวน้อยที่สุด	0	0.00		
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
การปฏิบัติตัวมากที่สุด	114	41.90	39.45	4.521
การปฏิบัติตัวมาก	153	56.30		
การปฏิบัติตัวปานกลาง	5	1.80		
การปฏิบัติตัวน้อย	0	0.00		
การปฏิบัติตัวน้อยที่สุด	0	0.00		

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ พบว่า ด้านการเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษรุนแรงต่อศัตรูพืชเพราะสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ผลเร็ว, ด้านรับประทานอาหารหรือของว่างและสูบบุหรี่ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ท่านล้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแหล่งน้ำ

ธรรมชาติ และท่านแยกซักเสื้อผ้าที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเสื้อผ้าของสมาชิกในบ้านมีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางสุขภาพที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ
(n = 272)

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ผลกระทบทางสุขภาพ		χ^2	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)			
	ไม่มีอาการ	มีอาการ		
1. ท่านเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษรุนแรงต่อศัตรูพืชเพราะสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ผลเร็ว	224 (82.40)	48 (17.60)	14.967	0.001*
2. ท่านรับประทานอาหารหรือของว่างและสูบบุหรี่ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	224 (82.40)	48 (17.60)	15.771	0.002*
3. ท่านล้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแหล่งน้ำธรรมชาติ	224 (82.40)	48 (17.60)	12.628	0.015*
4. ท่านแยกซักเสื้อผ้าที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเสื้อผ้าของสมาชิกในบ้าน	224 (82.40)	48 (17.60)	10.308	0.017*

*p < .05

สรุปอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพ ในกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อายุ 18-60 ปี จำนวน 272 คน ครึ่งเรือนครัวเรือนละ 1 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอนัสพงษ์ กลิ่นจำปา และดาวิรรณ เศรษฐธรรม (2562) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลป่าไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าเกษตรกรมี พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดีร้อยละ 57.98 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญา รัศมีธรรมวงศ์ (2550) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้า บ้านห้วยส้าลือ ตำบลห้วยชมภู จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้าช่วงก่อน ระหว่าง และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบทางสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางสุขภาพ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนิชาธิ์ ใจคำวัง ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการปลูกยาสูบของเกษตรกรตำบลปากแคว อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย (2559) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรผลกระทบทางสุขภาพทางกาย พฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการจัดเก็บอุปกรณ์และตรวจสอบความปลอดภัย ทั้งนี้เกิดจากเกษตรกรมีพฤติกรรมสุขภาพการแต่งกายและการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับผลการตรวจสอบสารเคมีในเลือดของเกษตรกรในตำบลปากแควส่วนใหญ่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ชุมชนสามารถจัดรูปแบบการส่งเสริมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของฉลากสารเคมีเพื่อลดผลกระทบสารเคมีต่อสุขภาพของเกษตรกร
2. หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกรในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปในรูปแบบ

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลกระทบของสารเคมีต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การปนเปื้อนในดินและแหล่งน้ำ เพื่อวางแผนทางการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B.S. (1971). *แบบประเมินอิงเกณฑ์*. New York : McGraw-Hill. สืบค้นวันที่ 26/9/67
- กรมควบคุมโรค. (2560). *ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*. สืบค้นวันที่ 28 กันยายน 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/doed/>
- กรมควบคุมโรค. (2561). *สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร*. สืบค้นวันที่ 28/9/67, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/89c294f74b806af79b24cacd7fb58b7f>.
- กรมวิชาการเกษตร. (2566). *ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบที่สำคัญทางการเกษตร ปี 2562-2566*. สืบค้นวันที่ 28/9/67, จาก <https://www.oae.go.th/view/1>
- ไกรวัลย์ มัธฐา, สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2565). *พฤติกรรมความสัมพันธ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักในเขตสุขภาพที่ 10 ประเทศไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. สืบค้นวันที่ 28/9/67, จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/phn/article/view/262565/178557>

เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. (2564). *การใช้สารเคมีในประเทศไทย*. สืบค้นวันที่ 28/9/67,

จาก <https://www.frontiersin.org/journals/public-health>

ธีระยุทธ บุตรทหาร. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอ*

ทับปุด จังหวัด พังงา. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทับปุด. สืบค้นวันที่ 28/9/67,

จาก <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/12475/10362>

ปิยาพัชร นาคนุสิค. (2566). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ*
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.

สืบค้นวันที่ 28/9/67, จาก <https://srth.go.th/research/file/20240326110057>

ปรสายธาร อินทร์ประสิทธิ์. (2567). *ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. สำนักนโยบายและแผน*

ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นวันที่ 28/9/67, จาก <https://www.onep.go.th/>

วงเดือน ปันดี. (2534). *แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง*. สืบค้น 28 กันยายน 2567,

จาก <http://nlrc.mol.go.th/research/IBLION6/02IBLION6>.

สาคร ศรีมุข. (2556). *ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทย. สำนักงานเลขาธิการ*

วุฒิสภา. สืบค้นวันที่ 28/9/67,

จาก https://library.senate.go.th/document/Ext6409/6409657_0002.

โสภา ชูพิกุลชัย. (2521). *แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม*. สืบค้นวันที่ 28 กันยายน 2567,

จาก https://rms.technicrang.ac.th/files/90196_17022320202837.

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2567). *จำนวนเกษตรกรการตำบลแม่ยาว*. สืบค้นวันที่ 26/9/67,

จาก <https://farmerone.oae.go.th:5000/>

สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. (2562). *ผลกระทบของสารกำจัดศัตรูร้าย*.

สืบค้นวันที่ 28 กันยายน 2567,

จาก <https://warning.acfs.go.th/en/articles-and-research/view/?page=26>

เอกราช สมบัติสวัสดิ์ และคณะ. (2563). *การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและภาวะสุขภาพของ*

กลุ่มเกษตรกร อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. สืบค้นวันที่ 28/9/67,

จาก https://he01.tcithaijo.org/index.php/TJE/article/view/254482?_gl

Bloom, B.S. (1971). *Criterion-referenced assessment*. New York : McGraw-Hill. Retrieved 26/9/67

Department of Disease Control. (2017). *Knowledge about pesticides and the effects of*
pesticides. Retrieved on September 28, 2024, from <https://ddc.moph.go.th/does/>

- Department of Disease Control. (2018). *Pesticides in farmers*. Retrieved on 28/9/67,
From <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/89c294f74b806af79b24cacd7fb58b7f>.
- Department of Agriculture. (2023). *Quantity and value of imports of important agricultural hazardous substances, 2019-2023*. Retrieved on 28/9/67, from <https://www.oae.go.th/view/1>
- Kraiwan Matpha, Surinthorn Klampakorn, and Chudathip Silbut. (2022). *Behavior of pesticide exposure of vegetable farmers in Health Region 10, Thailand and related factors*, *Journal of Public Health Nursing*. Retrieved on 28/9/67,
from <https://he01.tcithaijo.org/index.php/phn/article/view/262565/178557>
- Pesticide Alert Network. (2021). *Chemical use in Thailand*. retrieved 28/9/67 ,
from <https://www.frontiersin.org/journals/public-health>
- Thirayut Buthathan. (2022). *Factors affecting the behavior of farmers using pesticides in Thap Put District, Phang Nga Province*. *Thap Put District Public Health Office*. Retrieved 28/9/67,
From <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/12475/10362>
- Piyaphat Nakamusik. (2023). *The relationship between health knowledge on the use of pesticides and the behavior of self-protection from the use of chemicals of durian farmers in Lang Suan District, Chumphon Province*. *Lang Suan Hospital*. retrieved on 28/9/67,
From <https://srth.go.th/research/file/20240326110057>
- Parasaitharn Inprasit. (2024). *The impact of the use of agricultural chemicals*. *Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning*. retrieved on 28/9/67,
From <https://www.onep.go.th/>
- Waraporn Chaichana. (2021). *Factors affecting the behavior of self-protection from the use of pesticides of sweet orange farmers in Si Satchanalai District, Sukhothai Province*. *Bureau of Occupational and Environmental Diseases*. Retrieved 28 September 2024,
From <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5156/3/60062466>.

Wongduean Pandee. (1991). *Concepts, theories, and related research*. Retrieved September 28, 2024,

from <http://nlrc.mol.go.th/research/IBLION6/02IBLION6>.

Sakorn Srimuang. (2013). *Impacts from the use of agricultural chemicals in Thailand. Office of the Secretary of the Senate*. Retrieved on 28/9/67

from https://library.senate.go.th/document/Ext6409/6409657_0002.

Sopha Chuphikunchai. (1978). *The concept of behavior*. Retrieved on 28 September 2024,

from https://rms.technicrang.ac.th/files/90196_17022320202837.

Office of Agricultural Economics.(2024).*Number of farmers in Mae Yao Subdistrict*.

retrieved on 26/9/2024, from <https://farmerone.oae.go.th:5000/>

National Bureau of Agricultural Commodity and Food Standards. (2019). *Effects of pesticides*.

Retrieved on 28 September 2024,

From <https://warning.acfs.go.th/en/articles-and-research/view/?page=26>

Ekarat Sombatsawat, Wirot Sri-aphai, Amphai Sri-aphai, Tinna Klaopin, Chuthamas

Baokhamkong, and Isaraporn Prasomsat. (2020). *A study of pesticide use behavior and health status of farmer groups in Phimai District, Nakhon Ratchasima Province* .

Retrieved 28/9/67,

From https://he01.tcithaijo.org/index.php/TJE/article/view/254482?_gl

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบล แม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The study of Factors Related to the Quality of Life of Elderly People in Mae Yao Subdistrict Municipality, Mueang District, Chiang Rai Province

ทานตะวัน ทานแก้ว^{1*}, จิราภา จันทร¹, พัชริดา ยศวงศ์¹, จุฑามาศ เมืองมูล^{2*}, อนุสรณ์ บุญจิตร² และ พัชรินทร์ วินยงค์กุล²
Thantawan Thankaew¹, Jirapa Janthra¹, Patcharida Yodwong¹, Juthamat Muangmoon^{2*}, Anusara Boonchit²
and Patcharin Winyangkul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 339 คน เริ่มมีการลงพื้นที่และเก็บข้อมูล ในวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ WHOQOL-26 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.1) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 201 คน (ร้อยละ 59.3) โดยไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 187 คน (ร้อยละ 55.2) และมีการออกกำลังกายบ่อยครั้ง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 43.1) การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 โดยรวมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 302 คน (ร้อยละ 89.1) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 8.8) ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่ดีมีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.1) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษามาดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This study aimed to examine the quality of life of the elderly and the factors related to their quality of life in the area of Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. The study was conducted using a sample of 339 elderly individuals. Data collection began on November 27, 2024. The tools used in the study consisted of: 1) a personal information questionnaire, and 2) a quality of life assessment form for the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-Square test. The results showed that most of the elderly had a moderate level of quality of life, with 201 individuals (59.3%), while 187 individuals (55.2%) had a low level of physical health. There were 146 individuals (43.1%) who had low levels of social relationships. The assessment of quality of life using the WHOQOL-26 tool revealed that the quality of life of the elderly in the moderate range was 302 individuals (89.1%), while those with a high quality of life were 30 individuals (8.8%), and those with a low quality of life were 7 individuals (2.1%). The information on the quality of life of the elderly obtained from this study can be used to plan and promote health for the elderly effectively.

Keywords Elderly, Quality of Life

¹นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

*corresponding author e-mail: e-mail สำหรับติดต่อผู้เขียน

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ของโครงสร้างทางอายุของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาประชากรไทยที่เคยเยาว์วัยในอดีตได้กลายเป็นประชากรวัยสูงอายุในปัจจุบัน อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2523 – 2533 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 แต่เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2523 – 2563 จะพบประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 30.2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน และรูปแบบการอาศัยของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายคนอยู่ด้วยกัน ซึ่งในปัจจุบันขนาดของครัวเรือนไทยเล็กลง ซึ่งไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีบุตรหลานคอยดูแล เพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จึงส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจะส่งผลกระทบถึงกันและกันเป็นวงจรไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุก็คือ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (กรณธัช ปัญญาใส, 2560)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยด้านร่างกายพบว่า การทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายจะเสื่อมถอย เช่น ผิวหนังบางลง เนื่องจากน้ำและไขมันลดลงทำให้ขาดความชุ่มชื้น กล้ามเนื้อมีขนาดลดลง ร่วมกับกระดูกบางลง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำงานของระบบประสาทลดลง ทำให้การรับรู้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ง่าย นอกจากนี้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้ส่งผลต่อการได้รับออกซิเจนของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลง ของอวัยวะต่างๆก่อเกิดความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ และเสริมด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านอารมณ์และจิตใจ (เหมือนฝัน สุขมนต์, 2564) และความรุนแรงของโรคดังกล่าว จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระแก่ลูกหลาน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป หรือมีการสูญเสียเพื่อนในวัยเดียวกัน หากสามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังที่กล่าวมา ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาได้ (สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2560)

จากสภาพปัญหาข้างต้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งหากทราบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะได้มีแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างถูกต้องในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ที่ศึกษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568
2. ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)



2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 2,659 คน (เทศบาลตำบลแม่ยาว, 2566)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1967) จากประชากรผู้สูงอายุจำนวน 2,659 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 308 คน แต่ผู้ศึกษาจะทำการเก็บข้อมูลเพื่อ 10% เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บข้อมูล $308 + 10\%$ จะได้ 339 คน

2.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มที่คำนึงความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จากผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลแม่ยาวที่มีขนาดหมู่บ้านขนาด L จำนวน 8 ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ใช้จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้และตาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย รายได้ โรคประจำตัว อาชีพ และผลกระทบจากอุทกภัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปรับปรุงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงจากประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 3 9 11

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลย ให้	5 คะแนน	ตอบ	ไม่เลย ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	ตอบ	เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน	ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน	ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน	ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน

2.2 การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน	26 - 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 - 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน	96 - 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ทดสอบความเที่ยงตรงของข้อคำถามโดยวิธี IOC เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา (Content Validity) ในข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความตรงเช่นเนื้อหา เท่ากับ 0.86 ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของข้อคำถามโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 40 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์งานวิจัย และนัดวันเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย
- ผู้วิจัยและทีมเข้าเก็บข้อมูลงานวิจัยตามแผนที่วางไว้
- การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ทีมนักวิจัย จำนวน 3 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประจำพื้นที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

5.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 339 คน พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 206 คน (ร้อยละ 39.2) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 195 คน (ร้อยละ 57.5) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 201 คน (ร้อยละ 59.3) มีสถานภาพสมรส จำนวน 213 คน (ร้อยละ 62.8) มีระดับการต่ำโดยไม่ได้รับการศึกษาเลย จำนวน 187 คน (ร้อยละ 55.2) ไม่ได้ดื่มสุรา จำนวน 267 คน (ร้อยละ 68.7) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 288 คน (ร้อยละ 85) มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 294 คน (ร้อยละ 86.7) มีโรคประจำตัว จำนวน 231 คน (ร้อยละ 68.1) ในผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 141 คน (ร้อยละ 41.6) และในด้านอาชีพพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีการประกอบอาชีพ จำนวน 136 คน (ร้อยละ 40.1)

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตรายองค์ประกอบของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 339 คน พบว่าด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 261 คน (ร้อยละ 77.0) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 66 คน (ร้อยละ 19.5) และน้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.5) ด้านจิตใจส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 281 คน (ร้อยละ 82.9) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 10.9) และน้อยที่สุดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 6.2) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 199 คน (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 130 คน (ร้อยละ 38.3) และน้อยที่สุดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.9) ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 267 คน (ร้อยละ 78.8) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 10.9) และน้อยที่สุดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 10.3) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 302 คน (ร้อยละ 89.1) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 8.8) และน้อยที่สุดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.1) นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายความว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาของแต่ละบุคคลจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี ลดความเครียด และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแน่นอน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=339คน)

ศาสนา	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			χ^2	Exact p-value
	จำนวน(ร้อยละ)				
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
ด้านสุขภาพกาย	66(19.5)	261(77.0)	12(3.5)	23.987	0.000
ด้านจิตใจ	37(10.9)	281(82.9)	21(6.2)	13.716	0.006
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	130(38.3)	199(58.7)	10(2.9)	10.734	0.021
ด้านสิ่งแวดล้อม	35(10.3)	267(78.8)	37(10.9)	21.523	0.000

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P \leq 0.05$)

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=339คน)

ระดับการศึกษา	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			χ^2	Exact p-value
	จำนวน(ร้อยละ)				
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
ด้านสุขภาพกาย	66(19.5)	261(77.0)	12(3.5)	27.783	0.001
ด้านจิตใจ	37(10.9)	281(82.9)	21(6.2)	25.780	0.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	130(38.3)	199(58.7)	10(2.9)	19.818	0.019
ด้านสิ่งแวดล้อม	35(10.3)	267(78.8)	37(10.9)	26.259	0.001

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P \leq 0.05$)

สรุป อภิปรายผล

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลแม่ยาว ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ กัญญารัตน์ เียบแหลม. (2565). ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับศาสนา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับศาสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Exact P-value = 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตร (2553) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา และมีความศรัทธา เช่นเดียวกับการวิจัยของอารดา ธีระเกียรติกำจร ซึ่งไม่สอดคล้อง ศึกษาวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสังคม กล่าวคือ การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ และความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต และ ความผาสุกของผู้สูงอายุอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับระดับการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Exact P-value = 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา เล่าตอง (2555) ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธาริน สุขอนันต์ (2554) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Exact P-value = 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนัชร ดอเลาะ (2559) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช, อะหมัดลุตฟี กามา, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และสุชาติ สังข์แก้ว (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.5 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.2 จำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 24.5 และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 15.8

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

- 1.เทศบาลตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงรายสามารถนำผลวิจัยไปวางแผนทำกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่
- 2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำปัจจัยที่ค้นพบไปวางแผนสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- รฐณธัช ปัญญาใส. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 12(2), 1–10.สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/86866/84316>
- เหมือนฝัน สุขมนต์. (2564). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อผังพื้นที่ภายในพื้นที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี. มนุษยสังคมสาร (มสส.) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 19(3), 107–121.สืบค้นจาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhusoc/article/view/256757>
- ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, วรัญญา มณีรัตน์, กรรณิการ์ เทพกิจ, อนัญญา เหล่ารินทอง, & พชรินทร์ วินยางค์กุล. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลศาสตร์และการดูแลสุขภาพ, 36(4), 74–85.สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/164906/119488>
- เอกพันธ์ คำภีระ, อัมพร ยานะ, & อรัญญา นามวงศ์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7(2), 49–55.สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/241523>
- คันสนีย์ โอธาวรวงษ์. (2566). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวภูญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. สืบค้นจาก https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/63910030.pdf
- เทศบาลตำบลแม่ยาว. (2567). จำนวนประชากรและจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย.สืบค้นจาก <https://www.maeyao.go.th/>
- กัญญารัตน์ เฝียบแหลม. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.สืบค้นจาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090118085538.pdf
- ธีรพงษ์ ยัมละมัย. (2567). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ฐานชุมชนเป็นศูนย์กลาง. วารสารสังคมศาสตร์และนโยบายสาธารณะ, 6(3), 406–409.สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JSSP/article/view/275735/184911>

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Relationship Between Public Perception and Expectations of the Emergency Medical Service System in Mae Yao Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province

ภานรินทร์ ทองคำ¹, อรณิชา ลือโฮ้ง¹, ปิยะธิดา เข้มมาราช¹, จุฑามาศ เมืองมูล¹, พิณัญญิณีย์ จิตคำ¹
และนุชกานต์ สว่าง^{1*}

Phanarin Thongkham¹, Onnichia Luehong¹, Piyathida khemmarash¹,
Jutamas Muangmool¹, Pinatthinee Jitkham¹ and Nootchakarn Sawarn^{1*}

บทคัดย่อ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็วและทันทั่วถึง เพื่อลดความรุนแรงของผู้ป่วย การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวัง ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในกลุ่มผู้ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 300 คน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.04$, $SD=0.025$) ความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.47$, $SD=1.960$) ส่วนการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

คำสำคัญ: การรับรู้, ความคาดหวัง, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ความสัมพันธ์

Abstract

The emergency Medical Services (EMS) refer to the prompt and timely care provided to patients in emergency situations to reduce the severity of their conditions. This descriptive study aimed to examine public perceptions and expectations of the EMS system, and to investigate the relationship between perception and expectations toward the EMS system. The sample consisted of 300 participants residing in the area under the jurisdiction of Maeyao Subdistrict Municipality, Mueang District, Chiang Rai Province. The research instrument was a structured questionnaire assessing participants' perceptions and expectations regarding EMS. Data were analyzed using percentage, frequency, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the majority of participants had a high level of perception ($\bar{x} = 2.04$, $SD = 0.025$), and the highest level of expectation ($\bar{x} = 4.47$, $SD = 1.960$). Additionally, a statistically significant relationship was found between perception and expectation of the EMS system at the 0.05 level. The results of this study may be used to enhance public awareness and understanding of appropriate EMS use, as well as to support the development of a standardized EMS system that effectively meets the needs of the population.

Keywords: Perception, Expectation, Emergency Medical Services System, Relationship

¹สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

¹Department of Community Public Health Faculty of Public Health Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding author e-mail: nootchakarn.saw@crju.ac.th

บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services) การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็วและทันทั่วถึงตลอด 24 ชั่วโมงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการป่วยหรือบาดเจ็บเฉียบพลันไม่ให้เคลื่อนย้ายด้วยตนเองและรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมพร้อมกันนำส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วบริการให้ประชาชนอย่างมีมาตรฐานทั่วถึงเท่าเทียม (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้หมายเลขฉุกเฉิน 1669 รับแจ้งเหตุผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งจะมีบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และส่งรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและใกล้ที่สุด เพื่อช่วยเหลือรักษาอย่างทันที

จังหวัดเชียงรายมีจำนวนหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจำนวน 127 แห่ง จากข้อมูลในพื้นที่ตำบลแม่ยาวในปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตใช้สัญลักษณ์สีแดง จำนวน 79,601 ราย ร้อยละ 64.14 ผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนใช้สัญลักษณ์สีเหลือง จำนวน 111,571 ราย ร้อยละ 33.08 และผู้ป่วยอื่นๆใช้สัญลักษณ์สีเขียว-ขาว จำนวน 779 ราย ร้อยละ 2.78 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2564) โดยมีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตั้งนั้นจากการที่มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดเชียงราย สามารถให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital) ภายในโรงพยาบาล (Intra - Hospital) ระหว่างโรงพยาบาล (Inter-Hospital) และภายหลังการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานร่วมกันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในแต่ละหน่วยงานต้องทำงานเชื่อมประสานกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันทีทันด่วนและได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐานให้เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ ซึ่งตำบลแม่ยาวใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากหมู่บ้านไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์อีกทั้งในบางพื้นที่มีเส้นทางที่อันตรายที่ค่อนข้างลำบาก ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ทำให้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นไม่สามารถโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 2566)

ดังนั้น จากปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้ระบบบริการการแพทย์เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้รับบริการรวมถึงการได้รับบริการที่ทันทั่วถึงที่รวดเร็วจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลแม่ยาวอำเภอเมืองจังหวัดเชียงรายโดยนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional Studies) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนบ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้กลุ่มจำนวนตัวอย่าง 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขอบเขตการวิจัย

1.1 ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)

1.1.1 ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปีพ.ศ.2566-พ.ศ.2567 จำนวน 625 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.1.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ระบุค่าความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 286 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ประชากรที่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. 18-60 ปีขึ้นไป
3. ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. เสียชีวิต หรือ ย้ายออกนอกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบการศึกษา

1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง และปัญหาในการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของตำบลแม่ยาวมากที่สุดได้ 6 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านรวมมิตร บ้านห้วยทรายขาว บ้านสันป่ายาง บ้านทรายมูล บ้านศิริราษฎร์และบ้านดงเจริญ หลังจากนั้นได้ทำการไปเทียบสัดส่วนบัญชีครัวเรือนของผู้ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 6 หมู่บ้าน จะได้ดังนี้ บ้านรวมมิตร จำนวน 62 คน บ้านห้วยทรายขาว จำนวน 46 คน บ้านสันป่ายาง จำนวน 46 คน บ้านทรายมูล จำนวน 72 คน บ้านศิริราษฎร์ จำนวน 36 คน และบ้านดงเจริญ จำนวน 38 คนรวมทั้งสิ้น 300 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแล้วไม่ใส่คืนตามจำนวนสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 คน ในพื้นที่เป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็นแบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำตอบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 23 ข้อ มีให้ตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ รับรู้น้อย รับรู้ปานกลาง รับรู้มาก โดยคำถามที่ตอบ รับรู้น้อย = 1 คะแนน รับรู้ปานกลาง = 2 คะแนน รับรู้มาก = 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอิงเกณฑ์การใช้แนวคิดของ (Best,1997)

ตอนที่ 3 แบบสอบถาม ความคาดหวังต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ มีให้ตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ คาดหวังน้อยที่สุด คาดหวังน้อย คาดหวังปานกลาง คาดหวังมาก คาดหวังมากที่สุด โดยคำถามที่ตอบ คาดหวังน้อยที่สุด = 1 คะแนน คาดหวังน้อย = 2 คะแนน คาดหวังปานกลาง = 3 คะแนน คาดหวังมาก = 4 คะแนน คาดหวังมากที่สุด = 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ความคาดหวังต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอิงเกณฑ์ใช้แนวคิดของ (Bloom,1975)

การตรวจหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.57 และนำไป ทดลองใช้กับ ประชากรกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน ป่าอ้อ ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 40 คน (Try Out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า สัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.71 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัวเองและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
- 2.ดำเนินการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมาย
- 3.ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แปลผล และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล รายงานผลเป็น ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

สำหรับสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับนัยสำคัญ .5

ผลการวิจัย

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 อยู่ในช่วงอายุ 26-45 จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 38.30 ศาสนาคริสต์ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 40.30 มีสภาพสมรสจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 81.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 รายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 87.00 เคยประสบการณการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโทร 1669 จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 71.70 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดบริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน รถกู้ชีพ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 71.70 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในฐานะผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย จำนวน 300 คน (คิดเป็นร้อยละ 100)ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยหมอนัด จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 99.00 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=300)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	163	54.30
หญิง	137	45.70
อายุเฉลี่ย		
18-25	36	12.00
26-45	115	38.30
46-60	87	29.00
มากกว่า 60	62	20.70
ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	141	53.30
ศาสนาคริสต์	159	46.30
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	79	26.30
เบาหวาน	30	10.00
ไขมันในเลือดสูง	43	14.30
หัวใจ	11	3.70
หอบหืด	9	3.00
ไตเรื้อรัง	7	2.30
ไม่มี	121	40.30
สถานภาพ		
โสด	39	13.00
สมรส	243	81.00
หย่าร้าง/แยกทางกัน	9	3.00
หม้าย	9	3.00
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	29	9.70
ประถมศึกษา	138	46.00
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	60	20.00
ปวช./ปวส.	55	18.30
ปริญญาตรี	11	3.70
สูงกว่าปริญญาตรี	7	2.30
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	12	4.00
เกษตรกร	200	66.70
ค้าขาย	74	24.70
รับจ้างทั่วไป	6	2.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจอื่นๆ	4	1.30



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=300)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	28	9.30
5,000-10,000 บาท	261	87.00
10,001-20,000 บาท	11	3.70
ประสบการณ์การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน		
อุบัติเหตุยานยนต์	79	26.30
ไฟไหม้	8	2.70
หายใจลำบาก	31	10.30
สัตว์กัด	2	0.70
คลอດลูก	2	0.70
ผลัดตก/หกล้ม	28	9.30
ป่วย อ่อนเพลีย/อ่อนแรง	31	10.30
ปวดศีรษะรุนแรง	35	11.70
ปวดท้องรุนแรง	50	16.70
ถูกทำร้าย	2	0.70
ชักเกร็ง	1	0.30
เจ็บแน่นหน้าอก	31	10.30
ประสบการณ์การใช้บริการของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
โทรแจ้ง 1669	215	71.70
โทรแจ้งเบอร์โรงพยาบาล	11	3.70
โทรแจ้งเบอร์เทศบาล	74	24.70
โทรแจ้งผู้ใหญ่บ้าน	0	0.00
ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดใด		
จุดบริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน(รถกู้ชีพ)	215	71.70
จุดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล	11	3.70
จุดบริการรับแจ้งเหตุ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ)	74	24.70
ประสบการณ์การใช้บริการของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย	300	100.00
ผู้พบเห็นเหตุการณ์	0	0.00
ญาติผู้ป่วย	0	0.00
ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยหมอนัด		
เคย	0	1.00
ไม่เคย	297	99.00

2.การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 2.04 อยู่ในระดับรับรู้มาก ส่วนใหญ่จะใช้ เบอร์โทร 1669 เพื่อใช้ในการแจ้งเหตุระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ใช้โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์สาธารณะและมือถือ สามารถโทรเข้าเบอร์ 1669 ได้ด้วยตรง จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 อยู่ในระดับรับรู้มาก, การเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถเรียกใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 อยู่ในระดับรับรู้มาก, ผู้รับบริการจากทุกพื้นที่สามารถขอใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้จากการติดต่อ โดยใช้วิทยุ สื่อสาร โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์สาธารณะ และมือถือ จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 อยู่ในระดับรับรู้มาก, การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินต้องถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 อยู่ในระดับรับรู้มาก รองลงมา พบว่า เบอร์โทร 1669 ใช้ติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตำบล จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 1.99 อยู่ในระดับรับรู้ปานกลาง และน้อยที่สุดพบว่า เวลาในการเดินทางไปให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเมืองไม่เกิน 10 นาที และเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 อยู่ในระดับรับรู้ปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
		ไม่รับรู้	ไม่แน่ใจ	รับรู้			
1	ท่านรู้หรือไม่ เบอร์โทร 1669 ใช้เพื่อการแจ้งเหตุของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	0 (0.00)	0 (0.00)	300 (100.00)	2.00	2.00	รับรู้มาก
2	ท่านรู้หรือไม่ว่า เบอร์โทร 1669 ใช้ติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุและ สั่งการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตำบล	0 (0.00)	0 (1.30)	296 (98.70)	1.99	0.115	รับรู้ปานกลาง
3	ท่านรู้หรือไม่ว่าการใช้โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์สาธารณะและมือถือ สามารถโทรเข้าเบอร์ 1669 ได้ด้วย	0 (0.00)	0 (0.00)	300 (100.00)	2.00	2.00	รับรู้มาก
4	ท่านรู้หรือไม่ว่า การเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถเรียกใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง	0 (0.00)	0 (0.00)	300 (100.00)	2.00	2.00	รับรู้มาก
5	ท่านรู้หรือไม่ว่า การเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่มี ค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น	32 (10.70)	6.0 (2.00)	262 (87.30)	1.77	0.627	รับรู้ปานกลาง
6	ท่านรู้หรือไม่ว่า ผู้รับบริการจากทุกพื้นที่สามารถขอใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้จากการติดต่อ โดยใช้วิทยุ สื่อสาร โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์สาธารณะ และมือถือ	0 (0.00)	0 (0.00)	300 (100.00)	2.00	2.00	รับรู้มาก
7	ท่านรู้หรือไม่ว่า เมื่อมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมี การสื่อสารกันระหว่างผู้ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและเจ้าหน้าที่ ควบคุมระบบ	75 (25.00)	34 (11.30)	191 (63.70)	1.39	0.860	รับรู้ปานกลาง
8	ท่านรู้หรือไม่ว่า ท่านสามารถขอคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินได้	57 (19.00)	22 (7.30)	221 (73.30)	1.55	0.794	รับรู้ปานกลาง



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300) (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
		ไม่รับรู้	ไม่แน่ใจ	รับรู้			
9	ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานเน้น การปฐมพยาบาลขั้นต้นร่วมกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	34 (11.30)	2 (0.70)	264 (88.00)	1.77	0.638	รับรู้ปานกลาง
10	ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงสามารถ ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินร่วมกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงสามารถ ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินร่วมกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน	45 (15.00)	1 (0.30)	254 (84.70)	1.70	0.716	รับรู้ปานกลาง
11	ท่านรู้หรือไม่ว่า เวลาในการเดินทางไปให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเมืองไม่เกิน 10 นาที และเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที	108 (36.00)	9 (3.00)	183 (61.00)	1.25	0.945	รับรู้ปานกลาง
12	ท่านรู้หรือไม่ว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ แพทย์ พยาบาล พนักงานกู้ชีพ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร และประชาชนที่พบเห็นผู้เจ็บป่วย	5 (1.7)	0 (0.7)	293 (97.70)	1.96	0.268	รับรู้ปานกลาง
13	ท่านรู้หรือไม่ว่า บุคลากรของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการทบทวนความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ	49 (16.30)	28 (9.30)	223 (74.30)	1.58	0.756	รับรู้ปานกลาง
14	ท่านรู้หรือไม่ว่า บุคลากรของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการทบทวนความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ	64 (21.30)	11 (3.70)	225 (75.00)	1.54	0.823	รับรู้ปานกลาง
15	ท่านรู้หรือไม่ว่า ในฐานะที่ท่านเป็นประชาชนคนหนึ่งเมื่อท่านพบเห็นผู้เจ็บป่วยท่านควรประเมินได้ว่าผู้เจ็บป่วยนั้นต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่	84 (28.80)	0 (0.00)	216 (72.00)	1.44	0.899	รับรู้ปานกลาง
16	ท่านรู้หรือไม่ว่า ท่านควรรู้วิธีการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายขณะที่ท่านช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย	54 (18.00)	0 (0.00)	246 (82.00)	1.64	0.770	รับรู้ปานกลาง



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300) (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
		ไม่รับรู้	ไม่แน่ใจ	รับรู้			
17	ท่านรู้หรือไม่ว่าประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ในการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน	47 (15.70)	2 (0.70)	251 (83.70)	1.68	0.730	รับรู้ปานกลาง
18	ท่านรู้หรือไม่ว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินต้องถูกต้องตามกฎหมาย	0 (0.00)	0 (0.00)	300 (100.00)	2.00	2.00	รับรู้มาก
19	ท่านรู้หรือไม่ว่า ขณะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจะต้องปกปิดร่างกายของผู้ป่วยและไม่เปิดเผย ข้อความการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	84 (28.00)	2 (0.70)	214 (71.30)	1.43	0.899	รับรู้ปานกลาง
20	ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ หอบหืด ไปส่งโรงพยาบาล	0 (0.00)	38 (12.70)	262 (87.30)	1.87	0.333	รับรู้ปานกลาง
21	ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บ เช่น ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปส่งโรงพยาบาล	0 (0.00)	23 (7.70)	277 (92.30)	1.92	0.267	รับรู้ปานกลาง
22	ท่านรู้หรือไม่ว่า เป้าหมายของการประชาสัมพันธ์ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินคือให้ประชาชนรู้จักและเรียกใช้บริการระบบ บริการการแพทย์	79 (26.30)	79 (26.30)	217 (72.30)	1.46	0.882	รับรู้ปานกลาง
23	ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม ท่านรู้หรือไม่ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น สามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้	51 (17.00)	0 (0.00)	249 (83.00)	1.66	0.753	รับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย					2.04	0.025	รับรู้มาก

3. ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 4.47 อยู่ในระดับรับรู้มาก พบว่าประชาชนสามารถติดต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 4.79 อยู่ในระดับคาดหวังมากที่สุด รองลงมา พบว่า สามารถเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 4.56 อยู่ในระดับคาดหวังมากที่สุด และน้อยที่สุด พบว่า บุคลากรทีมแพทย์ฉุกเฉินสามารถ ตอบคำถาม และให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการด้วย ความเต็มใจ จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					S.D.	ระดับ
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1	ท่านคาดหวังว่า สามารถติดต่อระบบ การได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว	0 (0.00)	0 (0.00)	22 (7.30)	19 (6.30)	259 (86.30)	4.79	มากที่สุด
2	ท่านคาดหวังว่าท่าน สามารถเรียกใช้ บริการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินได้ ตลอด 24 ชั่วโมง	0 (0.00)	0 (0.00)	33 (11.00)	65 (21.70)	202 (67.30)	4.56	คาดหวัง มากที่สุด
3	ท่านคาดหวังว่า การ ใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจะ ได้รับการบริการที่มี คุณภาพ ตาม มาตรฐาน	0 (0.00)	0 (0.00)	39 (13.00)	38 (12.70)	223 (74.30)	4.35	คาดหวัง มากที่สุด
4	ท่านคาดหวังว่า การ เรียกใช้บริการระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินจะช่วยลด ความเสี่ยงที่จะทำ ให้เกิดการเสียชีวิตได้	0 (0.00)	0 (0.00)	67 (22.30)	60 (20.00)	173 (57.70)	4.35	คาดหวัง มากที่สุด
5	ท่านคาดหวังว่า ระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินต้องมี รถพยาบาลที่มี อุปกรณ์ครบ	0 (0.00)	0 (0.00)	28 (9.30)	103 (34.30)	159 (56.30)	4.47	คาดหวัง มากที่สุด
6	ท่านคาดหวังว่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน สามารถให้ การ ช่วยเหลือ ณ จุดเกิด เหตุและนำส่ง รพ.ได้ อย่างปลอดภัย	0 (0.00)	0 (0.00)	33 (11.00)	77 (25.70)	190 (63.30)	4.52	คาดหวัง มากที่สุด
7	ท่านคาดหวังว่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน รถพยาบาลจะไปถึง อย่างรวดเร็วภายใน 15 นาที	0 (0.00)	0 (0.00)	62 (20.70)	74 (24.70)	164 (54.70)	4.34	คาดหวัง มากที่สุด



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300) (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
8	ท่านคาดหวังว่าบุคลากรทีมแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบคำถาม และให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการด้วย ความเต็มใจ	0 (0.00)	0 (0.00)	87 (29.00)	52 (17.30)	161 (53.70)	4.25	0.877	คาดหวังมากที่สุด
9	ท่านคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่มีความละเอียดรอบคอบและการปฏิบัติหน้าที่เป็นขั้นตอน	0 (0.00)	0 (0.00)	55 (18.30)	76 (25.30)	169 (56.30)	4.38	0.777	คาดหวังมากที่สุด
10	ท่านคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ให้การดูแลโดยไม่แสดง ท่าที่ที่รังเกียจ หรือถือตัว	0 (0.00)	0 (0.00)	37 (12.30)	76 (25.30)	169 (56.30)	4.46	0.705	คาดหวังมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย							4.47	1.960	คาดหวังมากที่สุด

4.ความสัมพันธ์การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อการรับรู้มาก (ได้รับบริการที่รวดเร็ว/มีคุณภาพ) ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ยิ่งคาดหวังมากที่สุด ในการใช้บริการครั้งต่อไป

ตารางที่ 3 การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300)

การรับรู้	ความคาดหวัง จำนวน(ร้อยละ)					r	P-value
	1	2	3	4	5		
รับรู้น้อย	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	1.0 (0.3)	0.00 (0.00)	0.118	0.041*
รับรู้ปานกลาง	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	12 (4.00)	275 (91.70)		
รับรู้มาก	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	12 (4.00)		

*P<0.05 การรับรู้และความคาดหวังมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุป อภิปรายผล

จากการสรุปผลการวิจัยเรื่องการศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลแม่ยาว อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงรายในการศึกษาความรู้และความคาดหวัง ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับรับรู้มาก สอดคล้องกับงานวิจัยของรณานนท์ รุนนุช,และคณะ. (2567) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสมุทรสงคราม และไม่สอดคล้องกับ จิตรประไพ สุระชิต ป.พ.ส (2560) ศึกษาที่เรื่องการศึกษาการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร เนื่องมาจากประชาชนตำบลแม่ยาวเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีสาเหตุหลักๆเช่นลักษณะการดำเนินงานการดำเนินงานที่ผ่านมาของระบบบริการประชาชนสัมพันธ์ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสิ่งพิมพ์เช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล ปกตินบ้าน เป็นต้น ทางระบบออนไลน์เช่น ไลน์ เป็นต้น ซึ่งการประชาสัมพันธ์อาจเนื่องมาจากเพราะกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่เป็นที่ราบสูงมีภูเขาและสาเหตุทำให้พบเจออุบัติเหตุบ่อยครั้งและยังเป็นสถานที่ที่ห่างไกลจากตัวเมืองจึงทำให้ประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ด้านความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังมากที่สุด เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ไม่สามารถเอื้อต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือประชาชนมีความคาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์มีศักยภาพและระบบการจัดการในการช่วยเหลือไม่ให้เกิดความเสียหายมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ คุณนิวัฒน์ ทรงศิลป์,และคณะ. (2564) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทัศนคติและความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ และไม่สอดคล้องกับเจริญ ปราบปรี (2563) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน พบว่า ความคาดหวังระหว่างบ้านรวมมิตรบ้านห้วยทรายขาว บ้านสันปายาง บ้านทรายมูล บ้านศิริราษฎร์และบ้านดงเจริญ ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสรภา ขุนทองแก้ว (2562) ที่พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินย่อมต้องการความรวดเร็วในการเข้าถึงระบบการรักษาอย่างปลอดภัยและการบริการอย่างเต็มความสามารถและสอดคล้องกับงานวิจัยของประกายทิพย์ พรหมสุด(2564)ที่พบว่าระดับความคาดหวังของผลลัพธ์ของการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุดที่อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่เรียกใช้บริการที่ผิดประเภทหรือการนำเสนอมีความสะดวก รวดเร็วกว่าการรอหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

- 1.ชุมชนควรกระตุ้นการรับรู้ด้านการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มช่องทางการติดต่อหน่วยงาน และการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ให้เหมาะสมสำหรับประชาชน
- 2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลตำบลแม่ยาวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาวควรพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ให้ตรงตามความคาดหวังประชาชน เพื่อผลักดันให้ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้ และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- 2.ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อค้นหาความต้องการด้านการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเชิงลึก สำหรับพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัญญา ธรรมสุนา.(2559). การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนพื้นที่
รับผิดชอบโรงพยาบาลพระเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. สืบค้นวันที่ 28/09/67, จาก
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20171016095050>.
- ชุติมา บุญศรีเพชร. (2566). การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชะอวด. สืบค้นวันที่ 28/09/67,
จาก <https://nrt.โรงพยาบาลgo.th/web/wp-content/uploads/2024/04>
- ยุภาวดีคงดา มุมตาส. มีระมาน. กัลยา ตันสกุล.(2559). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการ
รับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง.
- สุรพงษ์ ลาตศิลป์. (2567). การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- Kanya Thammasuna (2016). *Inspection and monitoring of emergency medical services
For people in the area under the responsibility of Phra Charoen Hospital, Bueng
Kan Province*. Retrieved on 27/09/67.
- Chutima Bunsripetch., S. (2023). *Patients' perception and expectations of satisfaction with
emergency medical services at Cha-uat Hospital*. Retrieved on 28/09/67,
from <https://nrt.โรงพยาบาลgo.th/web/wp-content/uploads/2024/04>
- Yuphawadi Kongda Mumtas, Miraman, Kanlaya Tansakun.(2016). *A study of the
emergency medical service system according to the perception of emergency medical
personnel of local administrative organizations in Phatthalung Province*. Retrieved on
29/09/67,
- Surapong Ladsin.(2024). *Perception and expectations of the emergency medical service
system of people in Surat Thani Province*. Retrieved on 30/09/67,



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
เลขที่ 80 หมู่ 9 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย 57100
โทรศัพท์ 0-5377-6526
E-mail: publichealth@crru.ac.th