



บทวิจัย

สุจิตตรา บุตรวงศ์ วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
วรางคณา วิเศษมณี สี มหาบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ภัทรพร ยุบลพันธ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

มีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.35 โดยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ลำดับแรกคือ การรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย ด้านแรงจูงใจสุขภาพ และด้านการรับรู้อุปสรรคของความเจ็บป่วย ตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.30 โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพลำดับแรกคือ การบริโภคอาหารและยา รองลงมาคือ การตรวจรักษาสุขภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย และการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ คนงานชาวพม่าที่มีเพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพการสมรสที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย และด้านการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คนงานชาวพม่า

Abstract

The purposes of this research were to compare the different common factors with health care behaviors, and their relationships to the Health Belief Model with the health care behaviors of Burmese workers in a factory in Samut Prakan province. The samples of this study were 300 Burmese workers with questionnaires were used as a data collection tool. That the results found that the most of sample were found to be male, aged between 20 to 25, Buddhists and single. Their education background was primary school an income greater than expenses no underlying diseases, having their spouse as the caretaker upon an illness. In addition, when illness they chose to buy medicines from drugstores near their homes. Health beliefs of the samples were found to be in the moderate levels with an average of 2.35. In regard to their health beliefs, the first was perceived benefits of illness prevention and treatment, followed by perceived seriousness of illness, susceptibility to illness, health motivation and illness obstacles, respectively. Their health care behaviors were at low levels with an average of 2.30. In regard to health care behaviors, the first was food consumption

and drugs, followed by health checks, rest, environmental management, stress management and physical exercise. Conforming to the assumptions made, Burmese workers of different sexes, ages, religions and marital status were have the different health-related behaviors. On the basis of the Health Belief Model, the perceived susceptibility to illness and perceived benefits of illness prevention and treatment have a positive relationship with health care behaviors with .05 level of statistical significance.

Keywords: Health Belief Model; Health Behavior; Burmese Worker

บทนำ

การก้าวสู่ประชาคมอาเซียน (AEC) ในปี 2558 เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สมาชิกอาเซียนทุกประเทศต้องเปิดเสรีทางระบบเศรษฐกิจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนข้ามชาติระหว่างอาเซียน รวมทั้งมีการเปิดทางให้แรงงานหลายๆ สาขาอาชีพเคลื่อนย้ายไปทำงานในอาเซียนได้อย่างเสรี โดยเฉพาะชาวพม่าและกัมพูชา ขณะที่ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่า จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานที่ราชอาณาจักรไทย ณ ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักรไทยทั้งหมด 1,972,504 คน แบ่งเป็นผู้ที่เข้าเมืองถูกกฎหมายจำนวนร้อยละ 35 และเข้าเมืองผิดกฎหมายร้อยละ 65 โดยในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างด้าวชาวพม่าถึงร้อยละ 68 และในปี 2556 มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักรไทยทั้งหมด 1,198,495 คน แบ่งเป็นผู้ที่เข้าเมืองถูกกฎหมายจำนวนร้อยละ 98 และ

เข้าเมืองผิดกฎหมายร้อยละ 2 โดยในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างด้าวชาวพม่าถึงร้อยละ 67 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่าแรงงานชาวพม่าเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทั้งนี้แม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับการตรวจสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดและได้รับบัตรประกันสุขภาพ แต่มีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและไม่ขึ้นทะเบียน แรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนกลุ่มนี้ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขต่อประเทศไทย เนื่องจากมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิดผลกระทบในแง่ลบแก่สถานะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานต่างด้าว เช่น โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน จากสภาพความเป็นอยู่และที่พักอาศัยที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำซากของโรค โรคติดต่อบางชนิด

ที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทยมีแนวโน้มว่า
อาจจะกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีก
(ชัยรัตน์ เวชพานิช, 2555 : ออนไลน์) นอกจากนี้
นี้การเกิดโรคระบาดในเด็ก อัตราการเกิด
ของเด็กจากแรงงานสตรีต่างด้าวมีแนวโน้ม
สูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ใน
วัยเจริญพันธุ์ เด็กที่คลอดมา ไม่มีการฉีดวัคซีน
เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก
และการเกิดโรคต่างๆ

นอกจากปัญหาสุขภาพจากโรคติดต่อ
ดังกล่าวแล้วแรงงานชาวพม่า กัมพูชา และลาว
ยังพบโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1
ต่อการเสียชีวิตของแรงงานข้ามชาติ ดังผล
รายงานสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวที่จัดเก็บ
อย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2547 พบว่าแรงงาน
ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงร้ายแรงมากที่สุด รองลงมา
คือ มาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม และ
ไข้เลือดออก เมื่อสรุปแบบแผนการตายย้อนหลัง
5 ปี (2547 - 2551) พบว่าแรงงานข้ามชาติ
ตายเพราะโรคไม่ติดต่อสูงสุด รองลงมาคือ
ตายเพราะอุบัติเหตุ ถัดมาคือ ตายเพราะ
โรคติดต่อ และตายเพราะถูกฆาตกรรมหรือ
ฆ่าตัวตายตามลำดับ ภาวะการเจ็บป่วย
และการตายเป็นผลมาจากที่อยู่อาศัย การกิน
ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และเงื่อนไขการทำงาน
ที่ไม่ปลอดภัย (กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา
วจนสาระ, 2555 : ออนไลน์)

โรงงานผลิตเปิดสดแห่งหนึ่งในจังหวัด
สมุทรปราการแรงงานส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า
ซึ่งมีสวัสดิการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น

มีโรงพยาบาลสำหรับบริการพนักงานที่เจ็บป่วย
ตลอด 24 ชั่วโมง มีแพทย์แผนปัจจุบันให้การ
รักษาทุกวันอังคาร และวันพุธ วันละ 4 ชั่วโมง
มีพยาบาลประจำ 2 คน และมียาพร้อมเวชภัณฑ์
ทางการแพทย์ พนักงานที่เจ็บป่วยจะเข้ารับ
การรักษา และปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ
ซึ่งพยาบาลจะบันทึกข้อมูล เพื่อวิเคราะห์
แนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพของพนักงาน
โดยจำแนกตามระบบของโรคจากอาการเจ็บป่วย
ที่ทำการรักษา หรือให้คำปรึกษา จากสถิติ
การเข้ารับบริการโรงพยาบาลรักษาอาการ
เจ็บป่วยของคนงานชาวพม่า ปี พ.ศ. 2555 พบว่า
ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารมากที่สุด รองลงมา
คือ ปวดศีรษะ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดิน
หายใจ และระบบกล้ามเนื้อ ตามลำดับ นอกจากนี้
ยังพบการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น การเกิดบาดแผล
บริเวณผิวหนัง ตา ปาก รวมทั้งการเจ็บป่วย
ที่เกี่ยวข้องด้านสูตินารีเวช และอุบัติเหตุจาก
การทำงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าคนงานชาวพม่า
มีปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างมาก อาจเกิดจาก
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจาก
มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health
Belief Model) ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัย
จึงสนใจที่จะศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
(Health Belief Model) ด้านปัจจัยร่วม การรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย การรับรู้
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์
และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้
อุปสรรคของการเจ็บป่วย และแรงจูงใจด้าน
สุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ

ได้แนวทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการหามาตรการเชิงรุก สำหรับการส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้คนงานพม่ามีสุขภาพอนามัยดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยร่วมที่แตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่าในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่าในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประชากรคือ คนงานชาวพม่าในโรงงานผลิตเปิดสดแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ฝ่ายผลิตทุกแผนก จำนวน 500 คน ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Yamane ได้จำนวนตัวอย่างเป็น 300 คน และสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควต้า (Quota Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างในแต่ละแผนก คือ แหนบขน จำนวน 101 คน เครื่องโน จำนวน 68 คน ตัดแต่ง จำนวน 70 คน หน้าลาน จำนวน 30 คน แร็กถอนขน จำนวน 16 คน ห้องลวก/ปั่นขน จำนวน 13 คน และห้องเลือด จำนวน 2 คน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพแผนก สถานะทางการเงิน การมีโรคประจำตัว บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย และทางเลือกเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 61 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ เป็นคำถามเชิงบวกและลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จำนวน 48 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ เป็นคำถามเชิงบวกและลบ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรง (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในภาควิชาการและภาคปฏิบัติ จำนวน 5 คน เมื่อแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับคนงานชาวพม่าโรงงานผลิตไก่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คน แบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อผู้จัดการโรงงานผลิตเปิดสัดแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานเพื่อให้วันในการเก็บข้อมูล

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งรับคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนการนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กับข้อมูลด้านปัจจัยร่วม 2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบค่า t-test (Independent-Samples T-Test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) การทดสอบรายคู่โดยวิธี LSD กับเปรียบเทียบปัจจัยร่วมต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และดำเนินการโดยชี้แจง

ให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.70) มีอายุ 20 - 25 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.70) นับถือศาสนาพุทธ เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) ระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 48) สถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) อยู่แผนกแขนงขนมากที่สุด (ร้อยละ 33.70) สถานะทางการเงินมีรายได้มากกว่ารายจ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 49.30) ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) บุคคลที่คอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย คือสามี/ภรรยา เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 33.70) และเมื่อเจ็บป่วยเลือกที่จะไปซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 41.70)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของคนงานชาวพม่า โดยแยกพิจารณาออกเป็น 5 ด้าน พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.35$ SD = 0.212) เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าลำดับแรกของความเชื่อด้านสุขภาพของคนงานชาวพม่าคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.64$ SD = 0.281) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคนงานชาวพม่ามีความเชื่อด้านสุขภาพว่าการงดสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กาแฟ ทำให้โรคกระเพาะอาหารดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.94$ SD = 0.501) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.46$ SD = 0.346)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีความเชื่อด้านสุขภาพว่า อากาศปวกปล้ำมเนื้อและไม่ได้ได้รับการรักษา ทำให้มีอาการรุนแรงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.60$ SD = 0.726) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.43$ SD = 0.333) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีความเชื่อด้านสุขภาพว่าสัตว์เลื้อย เช่น สุนัข แมว หู นก อาจทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.71$ SD = 0.483) ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.14$ SD = 0.453) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีความเชื่อด้านสุขภาพว่าไปตรวจสุขภาพเนื่องจากเจ้าหน้าที่บริการดี มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.83$ SD = 0.787) และด้านการรับรู้อุปสรรคของความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.08$ SD = 0.465) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีความเชื่อด้านสุขภาพว่าการทำความสะอาดห้อง หรือบ้านที่พักอาศัยให้สะอาดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.84$ SD = 1.095) ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า โดยแยกพิจารณาออกเป็น 6 ด้าน พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.30$ SD = 0.139) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ลำดับแรกของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่าคือ ด้านการบริโภคอาหารและยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.46$ SD = 0.259) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

($\bar{x} = 1.87$ SD = 0.797) รองลงมาคือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.44$ SD = 0.377) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.87$ SD = 0.797) ด้านการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.29$ SD = 0.241) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการใช้เวลาว่างไปพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.75$ SD = 0.806) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.20$ SD = 0.377) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องพักหรือบ้านพักมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.04$ SD = 0.798) ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.19$ SD = 0.253) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการลดความเครียดด้วยการพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.82$ SD = 1.143) และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.19$ SD = 0.562) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 30 นาที มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.82$ SD = 1.143) ตามลำดับ

เปรียบเทียบปัจจัยร่วมที่แตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส แผนก สถานะทางการเงิน การมีโรคประจำตัว บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย และทางเลือกเมื่อเจ็บป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 1

บทวิจัย

การศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของคณานชาวพม่า
ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปัจจัยร่วมที่แตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคณานชาวพม่า
ในโรงงานผลิตเปิดสดแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ (n = 300)

ลักษณะปัจจัยร่วม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			t	df	P
	N	Mean	S.D.			
เพศ						
ชาย	152	2.28	0.153	-2.460	285.63	.014*
หญิง	148	2.32	0.121			
อายุ						
น้อยกว่า 20 ปี	93	2.29	0.151	2.570	4	.038*
20 - 25 ปี	110	2.32	0.125			
26 - 30 ปี	61	2.26	0.133			
31 - 35 ปี	21	2.34	0.132			
36 ปีขึ้นไป	15	2.30	0.166			
ศาสนา						
พุทธ	213	2.30	0.131	2.960	3	.033*
คริสต์	30	2.23	0.196			
อิสลาม	28	2.31	0.132			
ฮินดู	29	2.32	0.120			
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	114	2.28	0.137	1.220	3	0.302
ระดับประถมศึกษา	143	2.30	0.137			
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	42	2.32	0.152			
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6), อาชีวศึกษา	1	2.41	0.000			

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปัจจัยร่วมที่แตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคอนงานชาวพม่า
ในโรงงานผลิตเปิดสดแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ (n = 300) (ต่อ)

ลักษณะปัจจัยร่วม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			t	df	P
	N	Mean	S.D.			
สถานภาพสมรส						
โสด	131	2.31	0.130	3.190	4	.014*
สมรส/อยู่ด้วยกัน	71	2.25	0.168			
สมรส/แยกกันอยู่	57	2.33	0.104			
หม้าย	29	2.29	0.113			
หย่าร้าง	12	2.30	0.187			
แผนการทำงาน						
หน้าลาน	30	2.29	0.160	0.147	6	.990
ห้องเลือด	2	2.37	0.205			
ห้องลวก ปั่นขน	13	2.31	0.164			
เว็ทถอนขน	16	2.29	0.136			
เครื่องใน	68	2.30	0.133			
แหนขน	101	2.29	0.140			
ตัดแต่ง	70	2.30	0.133			
สถานะทางการเงินของกลุ่มตัวอย่าง						
รายได้มากกว่ารายจ่าย	148	2.31	0.133	1.460	2	.234
รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	74	2.29	0.153			
รายได้พอ ๆ กับรายจ่าย	78	2.28	0.135			
โรคประจำตัว						
ไม่มี	204	2.30	0.137	0.216	1	.643
มี	96	2.29	0.145			
บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย						
สามี/ภรรยา	101	2.30	0.149	0.740	3	.532
บุตร/ธิดา	77	2.28	0.147			

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปัจจัยร่วมที่แตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า
ในโรงงานผลิตเปิดสดแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ (n = 300) (ต่อ)

ลักษณะปัจจัยร่วม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			t	df	P
	N	Mean	S.D.			
ญาติ พี่น้อง	82	2.30	0.132			
บุคคลอื่นๆ	40	2.31	0.111			
การดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย						
พักผ่อนรอให้หายเอง	68	2.27	0.144	1.230	3	.300
หายาทานเอง	91	2.31	0.138			
ไปซื้อยาที่ร้านขายยา ใกล้บ้าน	125	2.30	0.139			
ไปหาหมอ	16	2.33	0.116			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P<0.05)

จากตารางที่ 1 พบว่าคนงานชาวพม่าที่มีเพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพการสมรสที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคนงานชาวพม่าที่มีระดับการศึกษา แผนกสถานะทางการเงิน การมีโรคประจำตัว บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย และทางเลือกเมื่อเจ็บป่วยที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.100$, $p\text{-value} > 0.05$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แต่ละด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย และการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่าในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ (n = 300)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ r	P-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย	0.116	0.045*
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	0.107	0.064
การรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย	0.124	0.032*
การรับรู้อุปสรรคของความเจ็บป่วย	-0.010	0.863
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	-0.004	0.949
สรุป	0.100	0.085

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P<0.05)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของคนงานชาวพม่า

จากผลการวิจัยพบว่าคนงานชาวพม่าที่มีปัจจัยร่วม คือ เพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย และด้านการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษาของ *รัตมี สิทธิพันธ์ (2548)* ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องในทฤษฎีของ *Orem (อ้างถึงใน รัตมี สิทธิพันธ์, 2548)* ปัจจัยพื้นฐานประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคล ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด

การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานร่วมด้วย ปัจจัยพื้นฐานนี้ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ ประสพการณ์ ที่สำคัญในชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และผลการศึกษาของ *นันทิตา จุไรทัศนีย์ (2552)* ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษาของผู้ป่วย และสิทธิคำรักษาพยาบาล) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องตามทฤษฎีของ *Rosenstock (1974) (อ้างถึงในรัศมี สิทธิพันธ์, 2548)* ว่าความเชื่อเป็นความนึกคิด ความเข้าใจ อันเป็นส่วนประกอบหนึ่ง ซึ่งฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล โดยบุคคลอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ เป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคลหรือก่อให้เกิดบุคคลกระทำการใดสิ่งหนึ่งลงไปตามความคิด ความเข้าใจนั้นๆ โดยไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเสมอไป ดังนั้น ความเชื่อจึงเป็นอิทธิพลอย่างหนึ่งในการชักนำให้บุคคลประพฤติ

ปฏิบัติตามความนึกคิด ความเข้าใจของตน และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพก็น่าจะมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพด้วย

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของคนงานชาวพม่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อและความเข้าใจนั้นๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงเสมอไป ซึ่งความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือความคาดหวัง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ *Becker and Maima (1974) (อ้างถึงในวันวิสา รอดกล่อม, 2555)* สอดคล้องกับผลการศึกษาของ *พยุงรัตน์ มีชัย (2550)* ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนวัยกลางคนในเมืองปากเซ แขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนงานชาวพม่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ *อัมพวัน ศรีครุฑทรานันท์ (2551)* ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคนงานชาวพม่า จำนวน 300 คน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นพนักงานรายวัน ระดับปฏิบัติการ จึงทำให้มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่ค่อยดีนัก เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์และการป้องกันรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วย และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสภาพสิ่งแวดล้อม การตรวจรักษาสุขภาพและการจัดการความเครียดที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา นอกจากนี้หากมีการสนับสนุนหรือส่งเสริมจากสถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ประกอบการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครในการแนะนำให้ความรู้ จะทำให้คนงานชาวพม่ามีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้พฤติกรรมของคนงานชาวพม่ามีพฤติกรรมที่ดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรม และดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนงานชาวพม่า โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในด้านการดูแลตนเอง โดยทั่วไป การได้รับสารอาหาร การทำกิจกรรมและการผ่อนคลาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด และการใช้บริการทางสุขภาพ เพื่อปรับแก้แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของคนงานชาวพม่า ควรมีนโยบายและแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในการปลูกฝังแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่คนงานชาวพม่า

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก *ดร.วรางคณา วิเศษมณี ลี* และ *อาจารย์ภัทรพร ยุบลพันธ์* ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย และขอขอบพระคุณผู้ประกอบการโรงงานผลิตเบ็ดสดแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ภฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (๒๕๕๓) “10 สถานการณ์สุขภาพแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว” (ออนไลน์) แหล่งที่มา : http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thaiHealth2010/thai2010_12.pdf (25 ตุลาคม 2556)
- ชัยรัตน์ เวชพานิช. (๒๕๕๕) “สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย” (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.trclabourunion.com/d536.doc> (31 สิงหาคม 2556)
- นันทิตา จุไรทัศนีย์ และคณะ. (พฤษภาคม - สิงหาคม 2551) “ความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น” Rama Nurs J. หน้า 174-191. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : http://med.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2552/issue_02/03.pdf (25 สิงหาคม 2556)
- พยุภรณ์ มีชัย. (2 พฤษภาคม 2557) “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนวัยกลางคนในเมืองปากเซ แขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว” วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. หน้า 509-517. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://journal.msu.ac.th/wp-content/uploads/2014/05/ScP-013.pdf> (25 สิงหาคม 2556)
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548) ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาจิตวิทยาชุมชน) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (PDF เอกสารออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.research.rdi.ku.ac.th/world/cache/df/Rasamee SHAAll.pdf> (25 ตุลาคม 2556)
- วันวิสา รอดกล่อม. (พฤษภาคม - สิงหาคม 2555) “การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก” วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 6(2) หน้า 76-88. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.nurse.nu.ac.th/web11/Journal/Documents/%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3/Vol6No2/008.pdf> (25 ตุลาคม 2556)

อัมพวัน ศรีศรีทรานันท์. (พฤศจิกายน 2553 - กุมภาพันธ์ 2554) “การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของ” วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. หน้า 7-14.
(ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.thaiichr.org/upload/forum/PCFM06.pdf> (25 ตุลาคม
2556)

.....