

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
ของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF TO CARCINOGENESIS AND SELF-PROTECTION
BEHAVIORS AMONG ROADSIDE OCCUPATIONS IN THE VICINITY OF OIL
REFINERIES, SRIRACHA DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

นนทจักร ระสูง

- 9 ก.ค. 2563
3890 20

b00026 2472

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

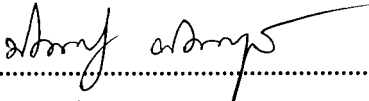
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

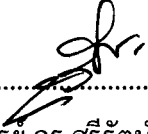
มิถุนายน 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

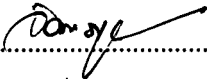
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นันทฉัตร ระสูง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

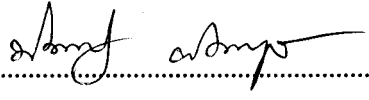
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

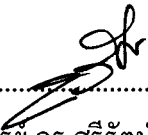

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพุทธ)

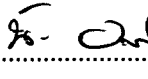

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

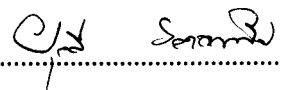

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพุทธ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 2๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2561

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพุทธร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมาผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพนอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือจาก ผู้ประกอบอาชีพขั้วรถจักรยานยนต์รับจ้าง อาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และขายอาหารตามสั่ง อำเภอ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุษการีบูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

นันทฉัตร ระสูง

58920193 : สาขาวิชา: อาชีวอนามัยและความปลอดภัย; วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

คำสำคัญ: สารก่อมะเร็ง/ ความเชื่อด้านสุขภาพ/ ผู้ประกอบอาชีพริมถนน

นันทภัทร ระบุ: ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี (ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF TO CARCINOGENESIS AND SELF-PROTECTION BEHAVIORS AMONG ROADSIDE OCCUPATIONS IN THE VICINITY OF OIL REFINERIES, SRIRACHA DISTRICT, CHONBURI PROVINCE)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นันทพรภัทรพุทธ, Ph.D.; ศรีรัตน์ล้อมพงศ์, Ph.D., 114 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเอง จำนวน 400 คน ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.8 อายุเฉลี่ย 46.4 ปี โดยมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 7.8 ชั่วโมง/วัน ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 5.7 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.5 ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 92.0 ไม่เคยสูบบุหรี่เลยร้อยละ 91.5 และไม่เคยมัสมสุราร้อยละ 85.7 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) โดยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการรณรงค์ให้มีการดูแลสุขภาพเชิงรุก เช่น รณรงค์สื่อสารอันตรายจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง แนะนำวิธีการป้องกันอันตรายจากสารก่อมะเร็ง จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันสารเคมีส่วนบุคคลแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพ และแนะนำการใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้องวิธี รวมทั้งควรจัดให้มีการบริการด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว เป็นต้น

58920193: MAJOR: OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY; M.Sc.

(OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY)

KEYWORDS: CARCINOGENESIS/SELF-PROTECTION BEHAVIOR/ROADSIDE
OCCUPATION

NANTACHAT RAHUNG: ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF TO
CARCINOGENESIS AND SELF-PROTECTION BEHAVIORS AMONG ROADSIDE
OCCUPATIONS IN THE VICINITIES OF OIL REFINERIES, SRIRACHA DISTRICT,
CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: NANTAPORN PHATARABUDDHA,
Ph.D.; SRIRAT LORMPHONGS, Ph.D., 114 P. 2018.

The purpose of this research was to study the association of health beliefs to carcinogenesis and self-protection behaviors in 400 roadside occupations working around the oil refinery in Sriracha district, Chonburi. The research instruments questionnaire.

Results revealed that overall, Most of the study subjects were female (52.8%) , their mean age was 46.4 years; with an average working time per day of 7.8 hours; most experience of them were between 5-7 years. Most that do not have congenital disease (70.5%) , No history of hereditary illness with cancer (92.0%) and do not smoke (91.5%) and do not drink alcohol (85.7%) . The health belief was at a high level. The perceived susceptibility perceived severity and perceived in benefits were also at a high level, while the perceived in barriers was at a moderate level and self-protection behavior was at a high level. The perceived susceptibility, perceived severity and perceived in benefits were also at a high level while the perceived in barriers was at a moderate level self-protection behavior was at a high level. The correlation of health beliefs and self-protection behaviors were statistically significant ($p < 0.001$) . The relationship of self protection behaviors and susceptibility, severity, benefits and barriers perception were significant ($p < 0.001$) . Therefore, relevant agencies should campaign for aggressive health care such as communication of the dangers of exposure to carcinogens providing personal protective equipment for roadside occupations, as well as and setting easily accessible health services.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
สารก่อกมเร่งจากการประกอบอาชีพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
พฤติกรรมการป้องกันจากการรับสัมผัสสารก่อกมเร่งและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
ลักษณะการทำงานของผู้ประกอบการอาชีพริมถนน.....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
รูปแบบการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	43
การรวบรวมข้อมูล.....	44
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	46
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง.....	53
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง.....	56
ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง.....	58
ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง.....	61
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง.....	64
ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการเกิดมะเร็งโดยรวม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของ แต่ละกลุ่มอาชีพ.....	67
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	79
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก.....	90
ภาคผนวก ก.....	91
ภาคผนวก ข.....	93
ภาคผนวก ค.....	107
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	114

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ประเภทโรงงานอุตสาหกรรมเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็ง	10
2-2 คุณสมบัติทางกายภาพเคมีของสารโพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน Polycyclic AromaticHydrocarbons; (PAHs)	14
2-3 ค่ามาตรฐานความเข้มข้นของสารเบนซีน Benzen และ PAHs ที่อนุญาตให้มี ในบรรยากาศในสถานที่ทำงาน.....	17
3-1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	38
4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	47
4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง	53
4-3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็ง	56
4-4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็ง	56
4-5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ การเกิดมะเร็ง	58
4-6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน การเกิดมะเร็ง	59
4-7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง.....	61
4-8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน การเกิดมะเร็ง	62
4-9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการอุปสรรคในการป้องกัน การเกิดมะเร็ง	64
4-10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกพฤติกรรมการป้องกันตนเอง.....	65
4-11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากตนเองต่อการเกิดมะเร็ง.....	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-12 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	67
4-13 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งและความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของแต่ละกลุ่มอาชีพ	69

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2-1 ความสัมพันธ์ความเสี่ยงและความสามารถในการวัดผลการตัดสินใจ	27
2-2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัย.....	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อำเภอศรีราชาจังหวัดชลบุรี เป็นหนึ่งในพื้นที่เขตชายฝั่งทะเลตะวันออกที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพทางด้านอุตสาหกรรมจนกลายเป็นแหล่งที่ตั้งของอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ เช่น อุตสาหกรรมปิโตรเคมี โรงกลั่นน้ำมัน อุตสาหกรรมผลิตสี อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วน ยานยนต์ เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวส่งผลให้ต่อการสร้างรายได้ให้กับประชาชนที่อาศัยบริเวณ รอบ ๆ เขตอุตสาหกรรม และยังส่งผลให้เกิดการย้ายถิ่นฐานเข้ามาประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมส่งผลดีต่อเศรษฐกิจแต่ในทางกลับกันยังส่งผล กระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เนื่องจากมีการนำสารอินทรีย์ระเหยเข้ามาใช้ในกระบวนการผลิต เช่น สารเบนซีน (Benzene) ซึ่งนำมาใช้เป็นสารตัวทำละลายหลักในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม โรงกลั่น และ ยังพบว่า สารเบนซีน (Benzene) เป็นส่วนผสมในน้ำมันเบนซิน (Gasoline) ร้อยละ 1.5 ถึงร้อยละ 6.0 ยังสามารถพบสารเบนซีน (Benzene) ได้จากไอเสียของเครื่องยนต์และ สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมา, 2550) นอกจากนี้ กระบวนการเผาไหม้เชื้อเพลิงจากอุตสาหกรรมกลั่นน้ำมันยังสามารถก่อให้เกิดสาร โพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons: PAHs) เกิดขึ้นอีกด้วย (รุ่งนภา รักษาทรัพย์, 2551)

การประกอบอาชีพริมถนน เช่น กลุ่มอาชีพขายอาหารประเภทแป้งอย่างรวมควัน และ กลุ่มอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง มีความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เช่น สาร Benzene & Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAHs) (ฉาณ ปัทมะ พลอยง, 2558) เนื่องจาก ลักษณะของพื้นที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตอุตสาหกรรม โรงกลั่นน้ำมันแล้วยังพบว่า พื้นที่ทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ใกล้กับบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่นและขณะประกอบกิจกรรมในการทำงานยังมี โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งได้อีกด้วย อันตรายจากการรับสัมผัสสาร Benzene ยังพบว่า สามารถทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว และหน่วยงาน International Agency for Research on Cancer (IARC) ยังได้กำหนดให้สาร Benzene เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (Rom, 1998) อ้างถึงในอนามัย เทศกะทีก, 2554) ส่วนการรับสัมผัสสาร (PAHs) ทางผิวหนังและทาง การหายใจเข้าสู่ร่างกายสามารถก่อให้เกิดมะเร็งผิวหนัง และมะเร็งปอด ได้ (Okona et al., 2005) และการรับสัมผัสสาร PAHs ในบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่นยังส่งผลต่อการเกิดโรคระบบ

ทางเดินหายใจและโรคมะเร็งปอดด้วย (Bin et al., 2007)

จากการศึกษาสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพที่ผ่านในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพริมถนนศึกษาการรับสัมผัสสารเบนซินพบว่า มีค่าเฉลี่ยของกรดมิว โคนิกในปีสภาวะมีค่าสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบการอื่นที่ไม่ใช่อาชีพริมถนน และพบว่า ผู้ประกอบการอาชีพริมถนนส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจส่วนระหว่างทำงานถึง (ร้อยละ 73.7) และอาการที่พบส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50.0 คือ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคันตามผิวหนัง (ผาณ ปัทมะพลยง, 2558; Tunsaringkarn, 2012) นอกจากนี้มีการศึกษาความเข้มข้นอนุภาคฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนจากร้านอาหารปิ้งย่าง และอาหารทอด เมื่อนำอนุภาคฝุ่นมาวิเคราะห์พบสาร PAHs ส่วนใหญ่มีโครงสร้าง 3-4 วงเบนซิน และพบว่า เมื่ออุณหภูมิสูงขึ้นปริมาณอนุภาคฝุ่นก็จะเพิ่มขึ้นตามมีโอกาสที่จะเข้าไปสะสมภายในปอดได้ (Komsan & Ganjana, 2012; เสกสันต์ สมัทธิภิญโญ, 2550; อนุศิษฐ์ศรีทองคำ, 2550)

การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณรอบอุตสาหกรรมกลั่นน้ำมันที่ผ่านยังพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณรอบอุตสาหกรรมโรงกลั่นน้ำมันมีอัตราการเกิดมะเร็งสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเขตพื้นที่อื่น Lars et al. (2009) ในขณะที่ Gosta et al. (2010) พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวประชาชนที่อาศัยใกล้กับโรงกลั่นน้ำมันมีความสัมพันธ์กับการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยอีกทั้งการศึกษาของ Jeffrey et al. (2016) ยังพบการรับสัมผัสสารเบนซินมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Non-Hodgkin lymphoma) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bloemen et al. (2004) และ Sorahan et al. (2005) ที่พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด NHL (Non-Hodgkin lymphoma) มีความสัมพันธ์ต่อการรับสัมผัสสารเบนซิน

รายงานการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังมลพิษสิ่งแวดล้อมของกลุ่มอาชีพริมถนน เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจขณะปฏิบัติงานพบว่า มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น (ผาณ ปัทมะพลยง, 2558; Chatsuda & Sunisa, 2014) การปฏิบัติงานในแต่ละวันมีการปฏิบัติงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารมลพิษจากสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น (นันทพร ภัทรพุทธ, 2548; ฉัตรชัยชุกระโทก, 2551; คำรงฤทธิ์ แก้วเกื้อ และคณะ, 2557) อีกทั้งผู้ประกอบการอาชีพริมถนนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบซึ่งไม่มีสิทธิในการรับเงินชดเชยจากการเกิดโรค (ผาณ ปัทมะพลยง, 2559)

จากการทบทวนสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของประเทศไทยพบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2555-2557 อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณ 45,000 รายต่อปี

และมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 30-70 ปี (กรมควบคุมโรค, 2558) ในยุคปัจจุบันความไว้วางใจที่มีต่อเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่มีความกลัวโรคน้อยลงทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันตนเองต่อการเกิดโรคต่ำ (นิยะนันท์ ลำภาเงิน และดวงกมลชาติประเสริฐ, 2557) และการสร้างทัศนคติความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้บุคคลมี พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายต่อสุขภาพนั้นต้องอาศัยทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ของ โรเซนสต็อก (Rosenstock) เข้ามาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพของบุคคลนั้น ต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื่อว่าเป็นโรคแล้วจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เชื่อว่าถ้าปฏิบัติตนได้อย่าง ถูกต้องแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและยังเชื่อว่าการปฏิบัติตนดังกล่าวจะไม่มีอุปสรรคต่อ ตนเอง (Rosenstock, 1974) ดังการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน เช่นการศึกษาของ Penrawee et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้ ความเสี่ยงของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ใน ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในระดับสูงด้วย ส่วนการศึกษาของ อภิชาติ แสงปราษฎ์ (2553) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในระดับสูงเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามการประกอบอาชีพบริเวณริมถนนมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับสัมผัส สารก่อมะเร็งที่เกิดขึ้นจากสภาพปัญหาการจราจรที่หนาแน่นการปลดปล่อยสารมลพิษจากกลุ่ม โรงงานอุตสาหกรรม และจากกิจกรรมการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพขับ รถจักรยานยนต์รับจ้างซึ่งมีความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งขณะขับรถโดยสาร ขณะนั่งรอผู้โดยสารขณะเติมน้ำมัน และปัญหาฝุ่นควันที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์ (นันทพร ภัทรพุทฺธ, 2548) รวมถึงกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารประเภทปิ้งย่าง ผัดทอด ซึ่งมีโอกาสรับ สัมผัสฝุ่นเขม่าควันที่เกิดจากการประกอบอาหารตลอดระยะเวลาการทำงานจนอาจจะก่อให้เกิด ปัญหาสุขภาพได้ (Komsan & Ganjana, 2012) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะ ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพริมถนนจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากรับสัมผัสสารก่อมะเร็งรวมถึง การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ประกอบการอาชีพมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

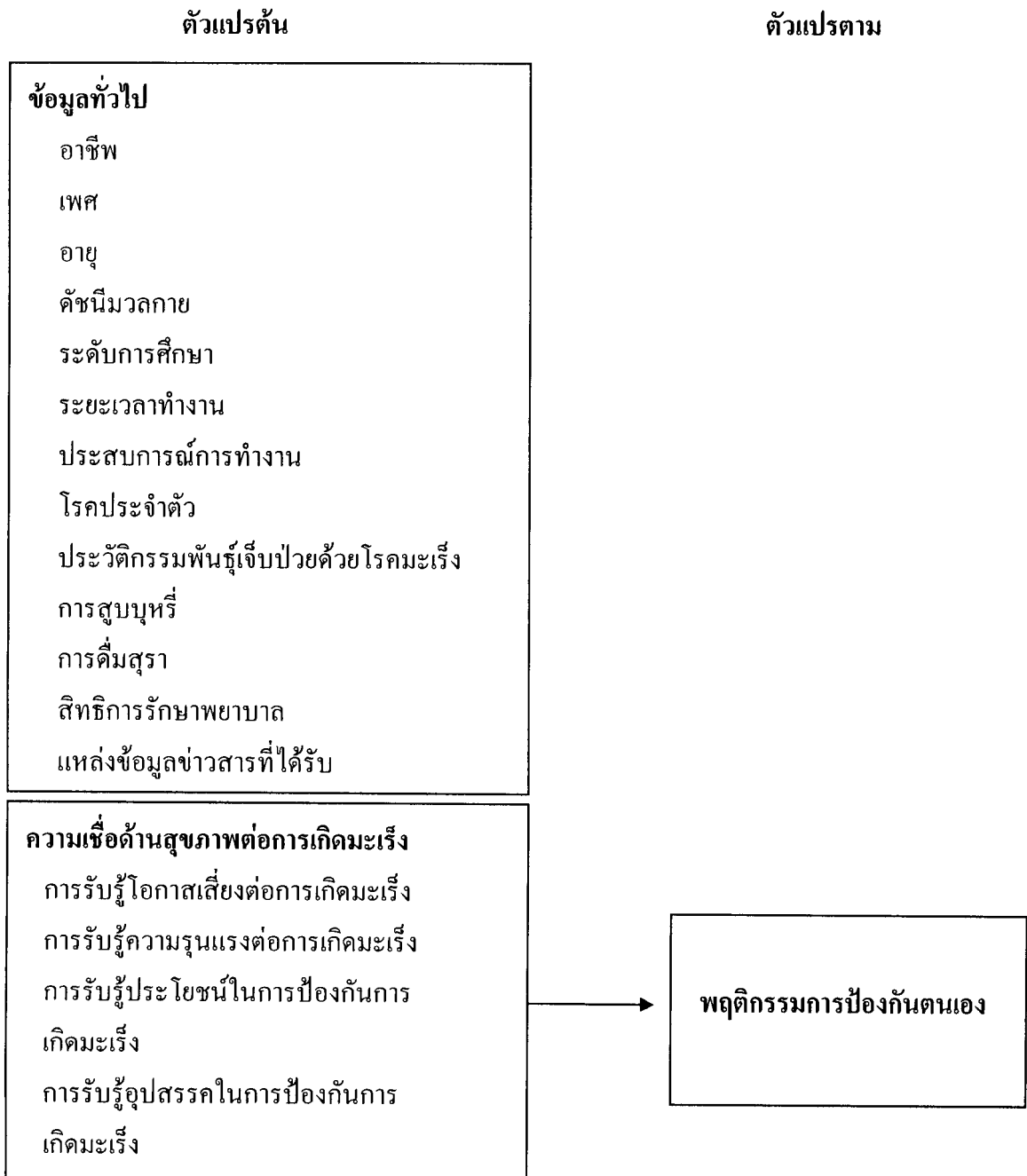
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งของผู้ประกอบอาชีพที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพที่ทำงานบริเวณรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

ต้นฉบับไม่ปรากฏหน้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. สามารถกำหนดแนวทางในการเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบอาชีพริมถนน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลและส่งเสริมผู้ประกอบอาชีพริมถนนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็ง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive studies) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนบริเวณรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยทำการศึกษาดังแต่เดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง หมายถึง การกระทำที่ผู้ประกอบอาชีพริมถนนปฏิบัติต่อตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็ง ประกอบด้วย การระบายอากาศในพื้นที่ทำงาน การหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลการทำความสะอาดร่างกาย การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การจัดเก็บอาหารใส่ภาชนะที่ปกปิดมิดชิด การออกกำลังกาย การเลือกรับทานอาหารที่มีประโยชน์ การงดดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป หมายถึง ข้อมูลผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงาน ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว ประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ประวัติการสูบบุหรี่ประวัติการดื่มสุรา และสิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสารก่อมะเร็ง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันสารก่อมะเร็งโดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เพศ หมายถึง เพศของผู้ประกอบอาชีพ โดยแบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง
อายุ หมายถึง อายุจำนวนปีเต็มของผู้ประกอบอาชีพในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา
อาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้ประกอบอาชีพริมถนนบริเวณรอบโรงกลั่นน้ำมัน ในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 3 อาชีพ ได้แก่

1. อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างหมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ขับรถจักรยานยนต์รับจ้างบริเวณโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

2. อาชีพขายอาหารปิ้งย่าง หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ประกอบอาหารประเภทปิ้งหรือย่าง
ริมถนนบริเวณโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

3. อาชีพขายอาหารตามสั่ง หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ประกอบอาหารประเภทผัดทอด
ริมถนนบริเวณโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ดัชนีที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัวมา
เป็นตัวช่วยชี้บ่งสภาวะร่างกาย โดยใช้สมการน้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)² จัดเป็น 4 กลุ่ม
ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้แก่

ผอม/ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ ม.²

ปกติ คือ ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.50-24.9 กก./ ม.²

ท้วม คือ ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.00-29.9 กก./ ม.²

อ้วน คือ ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 กก./ ม.²

ระดับการศึกษาหมายถึง ประวัติการศึกษาสูงสุดของผู้ประกอบอาชีพริมถนน ได้แก่
ไม่ได้เรียนระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับ
อนุปริญญาหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

ระยะเวลาทำงาน หมายถึง การทำงานของผู้ประกอบอาชีพริมถนน ได้แก่
จำนวนชั่วโมงทำงานตั้งแต่เริ่มทำงานจนถึงงานในแต่ละวัน และจำนวนวันทำงานใน 1 สัปดาห์

ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาการประกอบอาชีพริมถนนจนถึงปัจจุบัน
โรคประจำตัว หมายถึง อาการเจ็บป่วยของผู้ประกอบอาชีพ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรค
ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

ประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง หมายถึง ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของ
บุคคลในครอบครัวของผู้ประกอบอาชีพริมถนน ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย

การสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน

การดื่มสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปัจจุบันของ
กลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน

สิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง ความคุ้มครองสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
เนื่องจากการเจ็บป่วยจากด้วยโรคภัยของผู้ประกอบอาชีพริมถนน ได้แก่ สิทธิหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพ

แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสารก่อมะเร็ง
และวิธีป้องกันสารก่อมะเร็งจากแหล่งข้อมูล ดังนี้ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว
การพูดคุยกับเพื่อน และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็ง (Health belief model to carcinogenesis) หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารเบนซีน (Benzene) และ สารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons: PAHs) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันต่อการเกิดมะเร็ง โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (Perceived susceptibility to carcinogenesis) หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพมีความเชื่อหรือความรู้สึกคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานลักษณะงานที่ปฏิบัติช่วงเวลากการรับสัมผัสสารทางารรับสัมผัสสารการปนเปื้อนสารในอาหารการเลือกใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง (Perceived severity to carcinogenesis) หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ประกอบอาชีพเชื่อว่าเมื่อรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยแล้วจะมีอันตรายต่อร่างกาย และก่อให้เกิดมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงต่อชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน เป็นภาระของครอบครัว ในการดูแล และเป็นภาระต่อประเทศชาติในด้านค่ารักษาพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง (Perceived benefits to carcinogenesis) หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ประกอบอาชีพเกี่ยวกับผลดีต่าง ๆ ได้แก่ การใช้พัดลมเพื่อระบายอากาศในพื้นที่ปฏิบัติงานการหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม การปฏิบัติบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การจัดเก็บอาหารใส่ภาชนะที่ปกปิดมิดชิด การออกกำลังกายการงดดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือควัน และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง (Perceived barriers to carcinogenesis) หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับข้อจำกัดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ความยุ่งยากในการปฏิบัติทำเลที่ตั้งเอื้อต่อรายได้ การสูญเสียรายได้จากการเข้ารับบริการด้านสุขภาพและเชื่อว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงยังไม่มีโอกาสเจ็บป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากหนังสือวิทยานิพนธ์งานวิจัย วารสาร และฐานข้อมูลออนไลน์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีหัวข้อการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. สารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1 ความหมายและสถิติที่เกี่ยวข้องสารก่อมะเร็ง
 - 1.2 การรับสัมผัสสารเบนซีน Benzene และ PAHs
 - 1.3 ค่ามาตรฐานเฝ้าระวังสารเบนซีน Benzene และ PAHs
2. แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.2 ความหมายของการรับรู้ความเสี่ยง
 - 2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. พฤติกรรมการป้องกันจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. ลักษณะการทำงานของผู้ประกอบอาชีพริมถนน

สารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและสถิติที่เกี่ยวข้องสารก่อมะเร็ง

มะเร็ง (Cancer) มาจากภาษาละตินแปลว่า “ปู” หมายถึง ก้อน ตุ่ม ไต ที่ผิดปกติที่ปรากฏภายในหรือบริเวณผิวหนังของร่างกายเรียกรวมๆ กันว่า “เนื้องอก” (Neoplasm, neoplasia, new growth, tumour) เนื้องอกนี้เกิดขึ้นมาใหม่จากเนื้อเยื่อของร่างกาย อยู่นอกเหนือการควบคุมของร่างกาย และไม่มีประโยชน์หรือมีโทษต่อร่างกาย (นันทพร ภัทรพุทฺธ, 2556)

สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) หมายถึง สารที่สามารถทำให้เกิดเนื้องอกชนิดร้ายแรงหรือเกิดโรคมะเร็งในคนและในสัตว์ทดลองได้ สารเคมีก่อมะเร็งจำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Genotoxic agent เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สารพันธุกรรม คือ มีการเปลี่ยนแปลงเบสที่เป็น โครงสร้างโมเลกุลของดีเอ็นเอ

2. Epigenetic (Nongenotoxic) agent เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่ไม่ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงเบสที่เป็นโครงสร้างในโมเลกุลของดีเอ็นเอ

ปัญหาโรคมะเร็งในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นปัญหาของสาเหตุการตายปีละกว่า 6 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมดสำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 45,000 คน คิดเป็น 68.4 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ในแต่ละปียังพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 1 แสนคน หรือเฉลี่ยวันละ 274 คน และมีแนวโน้มพบมากขึ้นเรื่อยๆ โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งมดลูก (กรมควบคุมโรค, 2558) โรคมะเร็งใช้เวลานานหลายปีในการก่อโรคโดยร้อยละ 5 เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก อีกร้อยละ 5 เกิดจากสารกัมมันตรังสี ได้แก่ มะเร็งผิวหนัง สารเคมีที่สามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งในคนมาจากแหล่งรับสัมผัสใหญ่ ๆ 3 แหล่ง ได้แก่ จากอาหาร สิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ แต่สาเหตุส่วนใหญ่ที่สำคัญทำให้คนเป็นมะเร็งมากที่สุดคือ คือสารเคมีที่ใช้ในการทำงานหรือในการประกอบอาชีพ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งอันเนื่องมาการทำงาน 3 อันดับแรกได้แก่ มะเร็งปอด 738 ราย มะเร็งเยื่อหุ้มปอด 261 ราย และมะเร็งเม็ดเลือดขาว 41 ราย (นันทพร ภัทรพุทฺธ, 2556) ประเภทโรงงานอุตสาหกรรมตามบัญชีรายชื่อของกรมโรงงานประเภทหรือชนิดของโรงงานกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งของผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ประเภทโรงงานอุตสาหกรรมเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็ง

ประเภทโรงงาน	ประกอบกิจการเกี่ยวกับ	จำนวนโรงงาน
04201	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับเคมีภัณฑ์สารเคมีหรือวัตถุอันตราย	443
04301	การทำนุ้ย หรือสารป้องกันหรือกำจัดศัตรูพืชหรือสัตว์	852
04400	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับการผลิตยางเรซินสังเคราะห์ ยางอีลาสโตเมอร์ พลาสติก หรือเส้นใยสังเคราะห์ซึ่งมีโซไยแก้ว	90
04501	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับสี (Paints) น้ำมันชักเงา เซลแล็ก แล็กเกอร์ หรือผลิตภัณฑ์ สำหรับใช้ยาหรือออกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ดังต่อไปนี้	305

ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

ประเภทโรงงาน	ประกอบกิจการเกี่ยวกับ	จำนวนโรงงาน
04900	โรงงานกลั่นน้ำมันปิโตรเลียม	13
05004	การผสมผลิตภัณฑ์จากปิโตรเลียมเข้าด้วยกัน หรือการผสมผลิตภัณฑ์จากปิโตรเลียมกับวัสดุอื่น แต่ไม่รวมถึงการผสมผลิตภัณฑ์จากก๊าซธรรมชาติกับวัสดุอื่น	586

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม (2560)

ผู้ประกอบการอาชีพด้านอุตสาหกรรมมีโอกาสสัมผัสสารเคมีต่างๆ ไม่ว่าจะในรูปของการหายใจ ปนเปื้อนทางการกิน หรือสัมผัสทางผิวหนังด้วยระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5-20 ปี จะมีอัตราการเกิดมะเร็งสูงกว่ามะเร็งทั่วไป ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานพ.ศ.2550กำหนดโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน โดยมีสาเหตุจากผู้ปฏิบัติงานรับสัมผัสสารก่อมะเร็งในกลุ่ม 1 ตามการจำแนกของหน่วยงาน The International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้แก่

1. แอสเบสตอส (ใยหิน)
2. เบนซินดีน และเกลือของสารเบนซินดีน
3. บิสโคร โบรมะทิลอีเทอร์
4. โครเมียมและสารประกอบของโครเมียม
5. ถ่านหิน
6. เบต้า-เนพทีลามีน
7. ไวนิลคลอไรด์
8. เบนซินหรืออนุพันธ์ของเบนซิน
9. อนุพันธ์ของไนโตรและอะมิโนของเบนซิน
10. รังสีแตกตัว
11. น้ำมันดิน หรือผลิตภัณฑ์จากน้ำมันดิน เช่น น้ำมันถ่านหิน น้ำมันเกลือแร่รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากการกลั่นน้ำมัน เช่น ยางมะตอย พาราฟินเหลว
12. ไอควันจากถ่านหิน
13. สารประกอบของนิเกิล

14. ฝุ่นไม้
15. ไอควันจากเผาไม้
16. โรคมะเร็งที่เกิดจากปัจจัยอื่น ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

2. การรับสัมผัสสารสารเบนซีน Benzene และ PAHs

สารเบนซีน (Benzene) มีสูตรโมเลกุล C_6H_6 คุณสมบัติเป็นของเหลวไม่มีสีจนถึงมีสีเหลืองอ่อน ระเหยง่าย ไวไฟ และมีกลิ่นเฉพาะตัว มีกลิ่นเหมือนพวกอะโรมาติก เป็นของแข็งที่อุณหภูมิต่ำกว่า $42^\circ F$ ของเหลวไวไฟ class 1 B ทำปฏิกิริยากับสารออกซิไดซ์อย่างแรง เช่นกรดไนตริกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไฟและการระเบิด คุณสมบัติการทำละลายได้ดี ระเหยง่ายใช้เป็นสารตั้งต้นในการสังเคราะห์สารเคมีชนิดต่าง (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2014) สารเบนซีนเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 ที่สามารถส่งผลกระทบต่อระยะยาว สามารถส่งผลกระทบต่อระยะยาวในรูปแบบ Inhalation Chronic Toxicity ประกอบกับประชาชนมีโอกาสค่อนข้างมากในการรับสัมผัสสารเบนซีนที่ปนเปื้อนในบรรยากาศ

อาการแบบเฉียบพลันจากการหายใจสูดดมสารเบนซีนในขนาดสูงมาก ๆ จะทำให้เกิดอันตราย ได้แก่ ปวดศีรษะ งุนงง ระคายเคืองต่อจมูก และคอ จิตใจสับสน เกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง เกิดเป็นผื่นแดง ผิวหนังอักเสบ หากของเหลวเข้าสู่ปอดทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ปอดอย่างรุนแรงอาการแบบเรื้อรังความเป็นพิษต่อระบบเลือดจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับเบนซีนเป็นระยะเวลานานเริ่มต้นจะมีอาการภาวะเลือดจาง เม็ดเลือดขาวน้อย และภาวะเกล็ดเลือดน้อยอาการต่าง ๆ ดังกล่าวจะพบพร้อมกันภาวะกตการทำงานของไขกระดูกการได้รับอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดภาวะพร่องเม็ดเลือดทุกชนิด ความเป็นพิษเป็นอันตรายต่อระบบอวัยวะที่สำคัญของร่างกายเบนซีนมีฤทธิ์กตการทำงานของไขกระดูกทำให้ไขกระดูกเสื่อมสภาพ (อนามัย เทศกะทีก, 2554)

จากหลักฐานทางระบาดวิทยา Valentina et al. (2007) พบว่า การเปลี่ยนแปลงของ DNA Methylation ทำให้เกิดการผิดปกติที่พบในเซลล์มะเร็งจากการได้รับสารเบนซีนซึ่งมีความเข้มข้นในระดับต่ำ ๆ Jeffrey et.al (2016) พบว่า การรับสัมผัสสารเบนซีนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง (Non-Hodgkin lymphoma) ส่วน Bloemen et al. (2004) และ Sorahan et al. (2005) พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองชนิด NHL (Non-Hodgkin lymphoma) จากการรับสัมผัสสารเบนซีนของพนักงานซึ่งมาจากการทำงาน คือ 1.06 (95% CI 0.51-1.95) และ 94 (95% CI 53-156)

การศึกษาของ Steinmaus et al. (2008) พบคนงาน โรงงานกลั่นน้ำมันปิโตรเลียมที่รับสัมผัสสารเบนซีนเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองชนิด NHL (Non-Hodgkin lymphoma) อย่างมีนัยสำคัญ RRs 4.20 (95% CI 1.10-15.90) Kaufman et al. (2009) พบว่า คนไทยรับสัมผัส

สารเบนซีน จากการทำงาน และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดมัยอีลอยด์ ที่ ORS 4.90 (95% CI 1.40-17.00) ส่วน Khalade et al. (2010) ศึกษาในคนงานที่รับสัมผัสสารเบนซีนจากการทำงานพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่า เมื่อสัมผัสกับสารเบนซีนในปริมาณมากขึ้นจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากขึ้นด้วย

สารประกอบกลุ่มโพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน Polycyclic Aromatic Hydrocarbons; (PAHs) เป็นกลุ่มสารประกอบไฮโดรคาร์บอนที่มีเฉพาะอะตอมของไฮโดรเจนและคาร์บอน มีโครงสร้างโมเลกุลเป็นวงเบนซีนหรือวงอะโรมาติกเรียงต่อกันตั้งแต่ 2 วงขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่ละลายน้ำมีจุดเดือดสูงกว่า 360 องศาเซลเซียสและจุดหลอมเหลวสูงกว่า 101-438 องศาเซลเซียสสาร PAHs เกิดขึ้นจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของถ่านหิน น้ำมันและก๊าซ ขยะ หรือสารอินทรีย์อื่น ๆ นอกจากนี้ยังสามารถเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติสาร PAHs บางชนิดเมื่อเข้าสู่สิ่งแวดล้อมจะถูกย่อยสลายด้วยแสงแดดและบางชนิดจะถูกย่อยสลายทางชีวภาพโดยแบคทีเรียและเชื้อราได้คุณสมบัติพิษวิทยาถือเป็นสารก่อมะเร็ง (กรมควบคุมมลพิษ, 2557) สาร PAHs เป็นกลุ่มของมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Polynuclear Aromatic Hydrocarbons หรือ Polyarenes กลุ่มของสาร PAHs ด้วยทำให้มีโครงสร้างแตกต่างกันมากกว่า 200 ชนิดแต่มี 16 ชนิดที่ถูกจัดอันดับให้มีความสำคัญโดยองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของประเทศสหรัฐอเมริกา (The United States Environmental Protection Agency, US EPA) (สามารถ ประเสริฐจิตติ, 2557) สารPAHsสามารถเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดมทางการหายใจการบริโภคอาหารและน้ำดื่มหรือการสัมผัสผิวหนังโดยตรงเมื่อได้รับเข้าไปปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองตาคลื่นไส้อาเจียนท้องเสีย อาการแพ้ หรืออาการสับสนฉับพลันโดยทั่วไปโพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอนเป็นสารเคมีที่มีความเป็นพิษเฉียบพลันต่ำจะพบความเป็นพิษเรื้อรังทำให้เกิดความเป็นพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้แต่อาการไม่รุนแรงความเป็นพิษที่สำคัญคือความสามารถในการก่อมะเร็งและก่อกลายพันธุ์ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (Warshawsky et al., 1993)

ตารางที่ 2-2 คุณสมบัติทางกายภาพเคมีของสารโพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน
Polycyclic AromaticHydrocarbons; (PAHs)

ชื่อ	จำนวนวงแหวน เบนซีน	จุดหลอมเหลว (°C)	จุดเดือด (°C)	ความสามารถในการ ละลายน้ำ (Mg/ l)
Naphthalene	2	80	218	30
Acenaphthylene	3	92	256	3.93
Acenaphthene	3	96	96.2	3.47
Fluorene	3	293	1.98	4.18
Phenanthrene	3	340	1.29	4.45
Anthracene	3	216	342	0.07
Fluoranthene	4	375	0.26	5.33
Pyrene	4	156	393	0.14
Benzo[a]anthracene	4	158	400	0.014
Chrysene	4	255	448	0.002
Benzo[b]fluoranthene	5	167	-	1.2×10^{-3}
Benzo[k]	5	215	480	5.5×10^{-4}
fluoranthene	5	179	310	3.8×10^{-3}
Benzo[a]pyrene	5	262	-	5.0×10^{-4}
Dibenzo[a,h] anthracene	6	273	550	2.6×10^{-4}
Benzo [g,h,i] perylene				
Indeno[1,2,3] cd perylene	6	163	530	03062

ที่มา: ATSDR (1995); Mabey et al. (1982 อ้างถึงในจิตรลดา มุทประเสริฐ, 2553)

3. การรับสัมผัสสารเบนซีน Benzene และ PAHs

การรับสัมผัสสารเบนซีน Benzene ปัจจุบันสารเบนซีนมีการใช้น้อยลง แต่ยังสามารถพบได้ในอุตสาหกรรมบางประเภท เช่น ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสารตั้งต้นในการสังเคราะห์ทางเคมีใน

โรงงานอุตสาหกรรมผงซักฟอก ยาฆ่าแมลงพลาสติก และเรซินยางสังเคราะห์ปิโตรเคมี อุตสาหกรรมผลิตสี หมึกพิมพ์ กาว สารกำจัดแมลง การผลิตรองเท้า (วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, 2555) และใช้ในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับน้ำมันดิบ ก๊าซธรรมชาติ และ ปิโตรเคมี เป็นต้น (อภิญา พันธุ์จิตจินดาทรัพย์, 2557)

จากรายงานของ Toxic Release Inventory (TRI) พบว่า แนวโน้มการปล่อยสารเบนซินจากโรงกลั่นน้ำมันในประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าสูงขึ้น 8% ระหว่างปี ค.ศ. 2007 ถึง 2008 ทั้งที่แนวโน้มการผลิตลดลง และมีการบังคับให้มีการควบคุมจาก Clean Air Act แต่ก็ยังพบว่า โรงกลั่นบางแห่งมีการปลดปล่อยสารเบนซินที่เพิ่มสูงขึ้น ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2008 พบแนวโน้มที่สูงขึ้นการปล่อยสารเบนซิน เช่น BP's Texas City refinery ปล่อยสารเบนซินเพิ่มขึ้นเป็น 76,200 ปอนด์, Citgo's Westlake refinery in Louisiana ปล่อยสารเบนซินเพิ่มขึ้นเป็น 129,112 ปอนด์และจากอุบัติเหตุการรั่วไหลของสารเบนซินในปี 2008 ปล่อยสารเบนซินเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 92,578 ปอนด์ ยังพบการปนเปื้อนสารอินทรีย์ในปริมาณสูงและประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งดังกล่าวมีการรับสัมผัสสารเบนซินในปริมาณที่สูงด้วย (Emission Improvement Project, 2010 อ้างถึงในนันทพร ภัทรพุท และนิภา มหารัชพงศ์, 2553)

การศึกษาของ อุษณีย์ จันท์ตรี และคณะ (2557) ศึกษาผู้ประกอบการอาชีพอุตสาหกรรมกลั่นน้ำมันดิบทำงานล้างภาชนะบรรจุตัวที่มีสารเบนซินเป็นส่วนประกอบพบว่า ผลการตรวจทางชีวภาพของสารเบนซินคือระดับสาร t, t-Muconic acid ในปัสสาวะหลังเลิกงานมีค่าสูงเกินกว่าค่ามาตรฐาน BEI ขององค์กร ACGIH ในพนักงานที่ไม่สวมถุงมือขณะทำงานส่วนพนักงานที่สวมถุงมือขณะทำงานมีผลการตรวจทางชีวภาพพบว่า ไม่เกินค่ามาตรฐานดังกล่าวโดยพนักงานมีความถี่ และระยะเวลาการทำงานต่อวันใกล้เคียงกัน มีการดื่มสุราเพียงครั้งคราว ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่ใส่วัตถุกันเสียข้อมูลที่พบนี้เป็นหลักฐานส่วนหนึ่งที่แสดงว่าสารเบนซิน สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังได้ดีจนถึงระดับที่อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานในระยะยาวได้

การรับสัมผัสสาร PAHs ในบรรยากาศเกิดจากแหล่งกำเนิด 2 ประเภท คือ แหล่งกำเนิดที่เป็นกระบวนการธรรมชาติ ได้แก่ การเกิดไฟฟ้าและการเกิดภูเขาไฟระเบิด และเกิดจากการกระทำของมนุษย์ได้แก่ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดสาร PAHs ในเขตเมืองใหญ่และที่สำคัญสารดังกล่าวสามารถรวมตัวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศได้ การประกอบอาหารประเภท ปิ้ง ย่าง ร่มควัน ประเภทที่มีไขมัน เช่น หมูปิ้ง หมูย่างไก่ปิ้ง เนื้อย่างเวลาปิ้งหรือย่างจะมีไขมันตกลงไปในถ่านที่กำลังแดงและมีกลุ่มควันสีขาวซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ก่อให้เกิดสาร PAHs เกิดขึ้นซึ่งทำให้เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็ง

กระเพาะอาหาร (กรมควบคุมมลพิษ, 2557) และกระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของสารประกอบอินทรีย์ ในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม เช่น โรงกลั่นปิโตรเลียมจากการใช้แก๊สธรรมชาติ น้ำมันดิบ และถ่านหิน โรงงานที่มีการเผาไหม้เชื้อเพลิง เต่าเผาขยะ (รุ่งนภา รักษาทรัพย์, 2551)

อาชีพเสี่ยงที่ต้องสัมผัสกับ PAHs ได้แก่ กระบวนการผลิตโครเมียม การถลุงแร่ที่มีนิเกิลเกิด อุตสาหกรรมอะลูมิเนียม การหลอมเหล็ก การผลิตถ่านหิน งานพิมพ์ที่สัมผัสกับหมึกพิมพ์ งานที่ต้องสัมผัสเขม่าไขมัน เช่น ช่างซ่อมถนน ช่างอู่รถ โรงงานน้ำมันดิบจากถ่านหิน หรือ ยางมะตอยจากน้ำมันแร่ที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการทำให้บริสุทธิ์ เขม่าจากการเผาไหม้ คิวน์ ไอเสีย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปอดอย่างชัดเจน (นฤมล ศิลารักษ์ และสมชัย บวรกิตติ, 2542) ส่วนการศึกษาสาร PAHs บริเวณรอบกลุ่มอุตสาหกรรมของ รุ่งนภา รักษาทรัพย์ (2551) ศึกษาสาร PAHs รอบโรงไฟฟ้าในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทยรัศมี 20 กิโลเมตรพบสาร PAHs 16 ชนิดในฝุ่น PM10 ของโรงไฟฟ้าที่ใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นเชื้อเพลิงหลัก มีค่าระหว่าง 2.5-127.9 นาโนกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

การศึกษาสาร PAHs ในบริเวณที่มีการจราจรของป้าจารย์ ทองสนิท และคณะ (2556) ศึกษาสาร PAHs ในฝุ่นละออง PM10 บรรยากาศบริเวณริมถนนท่าแพ พบว่า ความเข้มข้นของฝุ่นละอองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยสูงสุดใน เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 คือ $91.80 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{day}$ และพบสาร BaP สูงที่สุดใน เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 ที่ $1.56 \text{ ng}/\text{m}^3$ และดณัย ทิพย์มณี (2555) ศึกษาการประยุกต์ใช้สถิติขั้นสูง (HCA และ PCA) ในการจำแนกแหล่งกำเนิด ผลการศึกษายืนยันว่าแหล่งกำเนิดหลักมาจากสามแหล่ง คือ ฝุ่นถนน การเผาไหม้เชื้อเพลิง และการเผาไหม้ชีวมวลตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ Wickramasinghe et al. (2011) พบว่า ปริมาณสาร PAHs ในเขตเมืองที่มีการจราจรหนาแน่นมากกว่าเขตชนบท ในขณะที่เขตชนบทพบปริมาณสาร PAHs มาจากการเผาไหม้ป่า และมีความเสี่ยงเกิดมะเร็งปอดเท่ากับ 3.31×10^{-3}

การศึกษาสาร PAHs ในน้ำมันเชื้อเพลิง Long et al. (1995) ศึกษาความเข้มข้นของสาร PAHs จากสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงในเมืองไตนานประเทศไต้หวันพบว่า ในน้ำมันเบนซินมีสาร PAHs ประมาณร้อยละ 40 และในน้ำมันดีเซลพบสาร PAHs ปริมาณถึง $7,341 \pm 1,491$ มิลลิกรัมต่อลิตร Ho et al. (2002) อ้างถึงใน สามารถ ประเสริฐศิลป์, 2557) ศึกษาสาร PAHs จากไอเสียรถยนต์พบว่า ไอเสียเครื่องยนต์ที่ใช้น้ำมันเบนซินพบสาร Flu, Cry, IND, Bg, h, I, P, Cyc, Cor เป็นหลัก ส่วนไอเสียเครื่องยนต์ที่ใช้น้ำมันดีเซล Ace, Fluor, Flu, Phe, Pyr, Cry, และ BaP เป็นหลัก

ส่วนการศึกษาของ Lee et al. (2010) ทำการศึกษาสาร PAHs ในกรุงโซลประเทศเกาหลี พบว่า ปริมาณสาร PAHs ในฝุ่นละอองอยู่ระหว่าง $1.57-166 \text{ ng}/\text{m}^3$ ค่าสูงสุดพบใน

ฤดูหนาวและค่าต่ำสุดพบในฤดูร้อนซึ่งเพิ่มขึ้นตามปริมาณการใช้เชื้อเพลิง จิตรดา มูประสิทธิ์ (2553) พบว่า สาร PAHs ที่เกิดจากการจราจรในบรรยากาศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็ง และ Bai et al. (2007) ศึกษาการรับสาร PAHs ในกลุ่มอาชีพตำรวจจราจรในเมืองเทียนจินประเทศจีน พบว่า มีความสัมพันธ์ป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็งปอดสูงเมื่อเทียบกับบริเวณอื่น

4. ค่ามาตรฐานเฝ้าระวังการรับสัมผัสสารเบนซีน Benzene และ PAHs

ในบรรยากาศการทำงานสารเคมีทุกชนิดจะมีความเป็นพิษต่อบุคคลที่ได้รับสัมผัสนั้น หรือไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณการรับสัมผัสที่ได้รับในปริมาณที่มากพออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ และสารเคมีจะมีช่วงความเข้มข้นหรือปริมาณความเป็นพิษต่อร่างกายแตกต่างกัน จึงได้มีการเสนอแนะค่ามาตรฐานต่าง ๆ ของเคมีสารเบนซีนและสาร PAHs ในสถานที่ทำงาน ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 ค่ามาตรฐานความเข้มข้นของสารเบนซีน และPAHs ที่อนุญาตให้มีในบรรยากาศ ในสถานที่ทำงาน

ประเภทของสาร	ประกาศกระทรวงแรงงาน	สมาคมนักสุขศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACGIH)	สำนักบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, PEL-TWA)	สถาบันความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานแห่งสหรัฐอเมริกา (NIOSH)
สารเบนซีน	1 ส่วนในล้านส่วน ความเข้มข้นเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานปกติ	TLV-TWA 0.5 ส่วนในล้านส่วน TLV-STEL 2.5 ล้านในล้านส่วน	0.1 ส่วนในล้านส่วน	1 ส่วนในล้านส่วน
สารPAHs	-	0.2 mg/ m ³	0.2 mg/ m ³	0.1 mg/ m ³

ที่มา: อนามัย เทศกะทีก (2554); Agency for Toxic Substances and Disease Registry (2013)

ประกาศ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง ชีตจำกัดความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย (2560)

ค่ามาตรฐานทางชีวภาพดัชนีชี้วัดการรับสัมผัส (Biomarker of exposure) การประเมินการรับสัมผัสสารเคมีเข้าสู่ร่างกายที่มนุษย์ที่ได้รับ หรือการประเมินการรับสัมผัสสารเคมีบนผิวนอกร่างกายจากแหล่งกำเนิดต่าง ๆ หรือตัวกลาง ในที่นี้หมายถึง อากาศเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจค่ามาตรฐานสารเบนซีนในร่างกายของคือ S-Phenylmercapturic acid ในปีสภาวะหลังเลิกงาน 25 ug/ g Cr, และ t,t-Muconic acid ในปีสภาวะหลังเลิกงาน 500 mg/ g creatinine

ค่ามาตรฐานเฝ้าระวังด้านการรับสัมผัสสารเบนซีนในบรรยากาศ สหภาพยุโรปได้กำหนดการควบคุมปริมาณสารเบนซีนในบรรยากาศโดยผ่านกฎระเบียบเกี่ยวกับคุณภาพอากาศ (Council of the European Union, 2000) กำหนดค่าขีดจำกัดที่กำหนดไว้ในปี ค.ศ. 2010 ค่าความเข้มข้นเฉลี่ยรายปีของสารเบนซีนในบรรยากาศไม่เกิน $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$

สำหรับประเทศไทยกำหนดค่ามาตรฐานการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยในบรรยากาศตามกฎหมายได้แก่

1. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 30 (พ.ศ. 2550) เรื่อง กำหนดมาตรฐานค่าสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไปในเวลา 1 ปี (15 กันยายน 2550) กำหนดค่าเฉลี่ยรายปีไว้ที่ $1.7 \mu\text{g}/\text{m}^3$
2. ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่อง กำหนดค่าเฝ้าระวังสำหรับสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไปในเวลา 24 ชั่วโมง (18 ธันวาคม พ.ศ. 2551) กำหนดค่าเฝ้าระวัง 24 ชั่วโมงไว้ที่ $7.6 \mu\text{g}/\text{m}^3$

แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเริ่มนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคโคเคิร์ทเลวิน (Kurt Lewin) ต่อมาได้มีการดัดแปลงใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Becker, 1974) การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในด้านของการป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจะเป็นไปภายใต้สภาวะการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้นอย่างน้อยบุคคลจะต้องมีความรู้อยู่ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วยเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงจนเกินไปเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับกล่าวคือ สถานการณ์เหล่านี้เป็นรูปแบบของความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคความเชื่อ

โรคที่เป็นสามารถรักษาได้และความสามารถของบุคคลในการที่จะแก้ปัญหาและรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974)

มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม และปัจจัยกระตุ้น การปฏิบัติเข้าไปจากเดิมซึ่งสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ต่อภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากความเชื่อปัจจุบัน และความคาดหวังของบุคคลชักนำให้บุคคล แสดงการปฏิบัติตามข้อแนะนำซึ่งได้เน้นที่แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) ซึ่งรวมถึง ความใส่ใจ (Concern) ด้านสุขภาพความตั้งใจของบุคคลในการแสวงหาการรักษาโรคและได้ เพิ่มเติมองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factors) ซึ่งจะเป็นการช่วยให้สามารถทำนาย พฤติกรรมได้ดีขึ้นและยังช่วยให้เกิดความเข้าใจว่านอกจากความเชื่อและการรับรู้ที่ถูกต้องแล้ว จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องทำให้แบบแผนความเชื่อสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและนำสู่ผลลัพธ์ ที่มุ่งหวังได้ซึ่งการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (Becker, 1974)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) คือ การรับรู้ของบุคคล ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพและระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรคกับการปฏิบัติ ตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลซึ่งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้าใจความ เชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองว่ามีโอกาสเกิดโรคการที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรคจำเป็นจะต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและรู้ว่าตนเองป่วยจะมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนของ โรคซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์เช่นอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสรู้สึกต่อการเกิดโรคซ้ำได้อีกและบุคคลที่ กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้นถ้าบุคคลมีการรับรู้ ว่าตนเองมีโอกาสรู้สึกต่อการเกิดโรคสูงจะเป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรครู้ขึ้น (Rosenstock, 1974) นอกจากนั้นแจนส์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) กล่าวว่าบุคคลมีโอกาสรู้สึกความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมามากขึ้นด้วยมีงานวิจัยที่ สนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคดังการศึกษาต่อไปนี้

ปิยะนุชบุญวิเศษ (2556) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคสูงจะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันดีขึ้นซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลมี พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการทำงาน และถ้ามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงในระดับสูงก็จะทำให้มี แนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมป้องกันสูงร่วมกับมีการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกัน

Navaporn (2015) ที่พบว่า กลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนนส่วนมากมีความเข้าใจและตระหนักต่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการให้ความรู้ผ่านการสื่อสารความเสี่ยงและมีแนวโน้มป้องกันตัวเองจากการรับสัมผัสสารบีเทคและพบว่า การได้รับความรู้ด้านมลพิษอากาศและความเสี่ยงส่งผลต่อทัศนคติด้านการปฏิบัติตน ส่วนพริภา คชชา และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดและการป่วยซ้ำมีการรับรู้เพิ่มขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ ส่วน Penrawee et al. (2012) ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ชายเนื้อสัตว์ปิ้งย่าง พบว่า ระดับการศึกษาและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันของผู้ชายเนื้อสัตว์ปิ้งย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาหรือการรับรู้ความเสี่ยงระดับที่สูงมีพฤติกรรมป้องกันดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและการรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่า $P < 0.05$ และ อุมพร บุญญโสพรรณ (2554) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมน้ำหนัก ($P < 0.05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมให้มีความตระหนักต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินเองต่อความรุนแรงของโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ต่อร่างกายหรือโอกาสที่บุคคลจะป่วยเป็นโรคหรือก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิตความยากลำบากในการใช้ระยะเวลารักษาเกิดโรคแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อบทบาทของตนในครอบครัวมีผลต่อการทำงานของตนและอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลด้วยจึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมอนามัยเกิดขึ้นซึ่งการรับรู้ในด้านนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งการรับรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือมีพฤติกรรมในการเลือกวิธีการที่จะป้องกันผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดขึ้น (Glans, Lewis, & Rimer, 1977; Rosenstock, 1974) โดยกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่าหากบุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิตสถานภาพทางสังคมจึงจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีงานวิจัยที่สนับสนุนความเชื่อต่อ

ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าว การศึกษาต่อไปนี้

ดวงตา เทียนกล้า (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีอันตรายของพนักงานพบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอันตรายจากสารเคมีอันตรายอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 91 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารเคมีอันตรายอยู่ในระดับสูง ส่วนพรแก้ว เหลืองอัมพร และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากสารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีเชิงบวก $P < 0.05$ ส่วนการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับทราบถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ความยากลำบาก การที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และมีการเสียชีวิตทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ชญานันท์ ใจดี (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายคือ ระดับปริญญาตรี ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงความยากง่ายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้กับบุคคลสามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง เอาใจใส่ด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits) จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคจะเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนได้ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) โดยบุคคลที่มีความเชื่อเกี่ยวกับคุณค่าของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นการเชื่อว่าคำแนะนำเหล่านั้นจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการที่บุคคลจะปฏิบัติและยอมรับในสิ่งใดนั้นบุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพสามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพทำให้ไม่เจ็บป่วยและมีการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Becker, 1974) ดังการศึกษา ต่อไปนี้

สร้อยญา กุลวงศ์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางการปฏิบัติ โดยพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ เป็นตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพได้ดีเป็นอันดับที่ 3 ($R = .397$) ส่วนการศึกษาของ Pannipa et al. (2013) ศึกษาการทำนายพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมโรคปอด พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคปอดจากสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคปอดจากสิ่งแวดล้อมได้ถึงร้อยละ 51.4 โดยปัจจัยที่พบว่า เป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ ฯ การรับรู้อุปสรรค ฯ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ฯ อัจฉราจินดาวัฒนวงศ์ และคณะ (2555) การศึกษาของนักพฤกษศาสตร์ ชื่นบาล และคณะ (2556) ศึกษากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างที่พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเช่นการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ผู้ขับขี่ยานยนต์รับจ้างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดีขึ้น และ Pannipa et al. (2013) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของกลุ่มอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีว่าจะช่วยลดอันตรายที่เกิดจากลักษณะงานต้องสูดดมฝุ่นละอองมลพิษที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) มีความเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติของบุคคลถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลมีการประเมินระหว่าง ประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติก่อนตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพที่เป็นจริงที่มีการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค (Rosenstock, 1974) ตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคกับผลด้านลบในการปฏิบัติ นั้น ๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ โดย

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นบุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค (Barriers) เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวกทำให้เสียเวลาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายก่อให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายกายไม่สบายใจรู้สึกอายซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าทำให้เกิดประโยชน์นั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจปฏิบัติดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Glanz, Lewis, & Rimer, 1997) ดังการศึกษาของ

Pannipa et al. (2013) ศึกษาการทำนายพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมโรคปอดพบว่า การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคปอดจากสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$ เนื่องการรับรู้อุปสรรคเป็นความเชื่อที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคปอดจากสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีข้อจำกัดด้านอาชีพสิ่งแวดล้อมที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นละอองและการจราจร ส่วนการศึกษาของ ชญานันท์ ใจดี (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีภาวะทางอารมณ์มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถคิดตัดสินใจโดยใช้เหตุผลหรือเลือกปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี และสุภวรรณ สายสุด และคณะ (2555) ศึกษาการรับสัมผัสแอสเบสตอสแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ เนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารแอสเบสตอสมากกว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอันตรายจากการทำงาน

ดังนั้น โดยองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านของแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ดังกล่าวน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารก่อมะเร็งของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพริมถนนรอบโรงกลั่นน้ำมัน นั่นคือถ้าผู้ประกอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งคือสาร เบนซีน (Benzene) และ PAHs การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งดังกล่าวก็จะส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคของการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งประชาชนที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองนั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังการศึกษาสุขภาพ

โดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกของจารุณี ระบายศรี (2553) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อระดมความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อมาลาเรียการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันตนเองกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประชุมเพื่อระดมความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชน กลุ่มเสี่ยงได้ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป และชุตินธร จังสถิตย์กุล (2553) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โรคเอดส์และการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคเอดส์ต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการทดลองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

2. ความหมายของการรับรู้

ของขวัญ ปาสะกุล (2550) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการของสมองในการประมวลผล และตีความจากประสบการณ์เดิม เมื่อบุคคลได้รับสัมผัสกับสิ่งเร้า ดลนภา หงส์ทอง และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า กระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในการแปลความ หมายถึงสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมจากข้อมูลข่าวสารที่รับโดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลต้องอาศัยการรับรู้ถึงกระบวนการทางความคิดจากประสบการณ์ และการเรียนรู้รวมไปถึงการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพส่วน นันทวัน แก้วไชยหาญ (2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในการแปลความหมายสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับโดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล และสุกัญญา เขตอนันต์ (2556) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่าการรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ การแปลความหมายจากการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้าและส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อการแปลความหรือเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลนั้น ๆ แสดงความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาทั้งในด้านบวกหรือด้านลบ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ปภาศิริ บาร์เนท และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ของมนุษย์จะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่

1. สิ่งเร้าซึ่งจะมีชนิด และธรรมชาติที่แตกต่างกันไป
2. อวัยวะที่รับสัมผัสซึ่งได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าแล้วโดยอาศัยประสบการณ์
3. การแปลความหมายของอาการรับสัมผัสซึ่งจะถูกต้องเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้าน สรีระ และปัจจัยด้านจิตวิทยา โดยมนุษย์จะเลือกรับรู้เฉพาะสิ่งเร้าที่มีความหมายประกอบกับต้องใส่ใจความเหนื่อยล้าหรือสภาพจิตใจย่อมมีผลกระทบต่อความเข้าใจในสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้
4. ประสบการณ์เดิม เมื่อได้รับสิ่งเร้า บุคคลจะทำการคาดคะเนหรือตั้งสมมุติฐานขึ้นมาก่อนประสบการณ์เดิมที่เคยมีมาจะช่วยสามารถยืนยันการคาดคะเนหรือตั้งสมมุติฐานขึ้นมาก่อน ประสบการณ์เดิมที่เคยมีมาช่วยสามารถยืนยันการคาดคะเน

ดังนั้น จากความหมายของการรับรู้ข้างต้นจึงขอสรุปว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายจากสิ่งภายนอกที่รับมากระตุ้น และแปลออกมาเป็นข้อมูลที่เกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วมาประมวลผลจากการเรียนรู้ต่างๆที่ได้รับเป็นกระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละตัวบุคคล

3. ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นการตัดสินใจภายใต้สภาวะความเสี่ยง (Decision making underrisk) ซึ่งมีความไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นองค์ประกอบสำคัญการรับรู้ความเสี่ยง (Risk perception) และจิตวิทยาการตัดสินใจ (Decision psychology) การรับรู้ “ปัญหาสุขภาพ” ในฐานะ “ความเสี่ยง”และอาจนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักและหันมาป้องกัน โรค ความเสี่ยงมีทั้งภาวะที่สังเกตได้ วัดได้ว่าความรุนแรงเป็นเท่าไร (เช่น ปริมาณสารพิษ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด) และด้านความรู้สึกรของมนุษย์ (นิยะนันท์ สำเภารเงิน และดวงกมล ชาติประเสริฐ, 2557) ที่มีต่อความเสี่ยงซึ่งถูกประกอบสร้างความหมาย (เช่น พระเจ้าลงโทษ กฎแห่งกรรม เป็นต้น) Henget al. (2005 อ้างถึงในปภาศิริ บาร์เนท และคณะ, 2556) กล่าวไว้ว่าความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ส่งต่อในทางลบต่อความเชื่อมั่นที่มีต่อความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม สำหรับความเสี่ยงด้านสารเคมี ปภาศิริ บาร์เนท และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความเสี่ยงเกี่ยวกับสารเคมี เกี่ยวข้องกับความเป็นพิษ และการรับสาร ศักยภาพความเป็นพิษของสารเคมีมีความแตกต่างกันออกไป สารเคมีบางตัวมีความเป็นพิษมาก บางตัวเป็นพิษน้อย บางตัวไม่มีพิษในการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม ระดับการรับสัมผัสสารเคมีก็มีความแตกต่างกันขึ้นไปอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ความเสี่ยง คือ โอกาสที่

อาจจะเกิดขึ้นแต่ไม่แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ในชีวิตประจำวันประชาชนย่อมต้องรับสัมผัสสารเคมีหลายชนิด ส่วนนันทพร ภัทรพุทฺธ และนิภา มหารัชพงศ์ (2553) ได้ให้ความหมายการรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศ หมายถึงระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะที่จมูกและระบบประสาทรับสัมผัสกลิ่นและประสาทการรับรู้ที่ได้รับผลกระทบต่อร่างกาย

ทัศนคติความเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่เกิดจากการพิจารณาตามทัศนคติของแต่ละบุคคล เช่น การตัดสินใจตามแนวคิดคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความเสี่ยงและจำลองสถานการณ์เสมือนจริงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล เช่น การเสี่ยงภัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลตัวอย่างคนส่วนใหญ่จะพิจารณาตัวเองเหนือกว่าผู้อื่นหรือบุคคลมีมุมมองเชิงบวกที่ไม่จริงในตัวตนของตนเองซึ่งจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นมากเกินไปการควบคุมถูกสร้างขึ้นเมื่อบุคคลเชื่อว่าการมองโลกในแง่ดียังสามารถสังเกตได้เมื่อผู้คนเชื่อว่าเหตุการณ์เชิงลบมักจะเกิดขึ้นกับคนอื่นมากกว่าตัวเอง การรับรู้ความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคลจะส่งผลต่อการตัดสินใจด้วย เนื่องจากการขาดข้อมูลที่สมบูรณ์ อำนาจการตัดสินใจที่จำกัดและความสามารถในการประมวลผลข้อมูลการตัดสินใจจึงใช้กระบวนการทางจิตวิทยา ที่เรียกว่า กระบวนการจิตใต้สำนึกเข้ามาใช้ในการประมวลผลข้อมูล และต้องอาศัยอำนาจการตัดสินใจทางจิตวิทยาที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมตามกระบวนการความสัมพันธ์ความเสี่ยงและความสามารถในการวัดผลการตัดสินใจ (Tamas, 2015)

ดั่งภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-1 ความสัมพันธ์ความเชื่อและความสามารถในการวัดผลการตัดสินใจ (ดัดแปลงจาก Tamas Vasvari, 2015)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง

การรับรู้ความเสี่ยงมักมีเหตุผลของแต่ละบุคคลที่จะประเมินความเสี่ยงโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ที่มีในการชั่งน้ำหนักของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ และการหาสาเหตุเพื่อให้ได้ข้อสรุปของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำการประเมินโดยการใช่ สัญชาตญาณหรือจินตนาการ จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้เชี่ยวชาญได้ระบุถึงปัจจัยเฉพาะ 14 ประการที่มีผลต่อการรับรู้ถึงความเสี่ยง (Harvard Health Publication, 2011) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Trust) เมื่อบุคคลให้ความไว้วางใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง โดยเฉพาะกระบวนการที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยง จะทำให้มีแนวโน้มรู้สึกกลัวน้อยกว่าไม่มีความรู้หรือกระบวนการ
2. ต้นกำเนิด (Origin) บุคคลจะมีมีความกังวลน้อยลงเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเองมากกว่ามีการกำหนดจากบุคคลอื่นกำหนดให้
3. การควบคุม (Control) การรับรู้การควบคุมผลกระทบยังเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้อธิบายว่าทำไมคนไม่กลัวที่จะขับรถแม้ว่ารถยนต์จะชนกันหลายพันคน แต่กลัวการบินในเครื่องบิน

4. ธรรมชาติ (Nature) อันตรายในธรรมชาติ เช่น การรับแสงแดดจากดวงอาทิตย์เป็นเรื่องที่อ่อนโยนในขณะที่อันตรายที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น อุบัติเหตุทางไฟฟ้า นิวเคลียร์เป็นสิ่งที่อันตรายมากกว่า

5. ขอบเขต (Scope) เหตุการณ์จากภัยพิบัติทางธรรมชาติสามารถฆ่าคนจำนวนมากในเวลาอย่างรวดเร็ว แต่ภาวะเรื้อรังที่อาจจะฆ่าคนจำนวนมากเช่นเดียวกันแต่ในระยะเวลาอันยาวนาน จะช่วยอธิบายได้ว่าทำไม สึนามิ หรือแผ่นดินไหวถึงน่ากลัวกว่าโรคหัวใจหรือโรคเบาหวาน

6. ความตระหนัก (Awareness) จากการสื่อสารและการรายงานข้อมูลข่าวจากภัยพิบัติทางธรรมชาติทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงมากกว่าเรื่องอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใกล้บ้าน เช่น เพื่อนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะเป็นการเพิ่มความเข้าใจในการรับรู้ความเสี่ยง

7. จินตนาการ (Imagination) เมื่อภัยคุกคามที่ไม่สามารถมองเห็นได้หรือยากที่จะเข้าใจทำให้กลายเป็นความสับสนเกี่ยวกับลักษณะของความเสี่ยง และจะกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัว

8. ความกลัว (Dread) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น กำลังจะจมน้ำ หรือการตายทั้งที่มีชีวิต ทำให้มีความกลัวมากขึ้น

9. ผลกระทบจากอายุ (Age affected) ความเสี่ยงเป็นที่น่ากลัวเมื่อมีผลกระทบในช่วงวัยเด็ก เช่น แร่ใยหินในอาคารเรียนอาจจะส่งผลกระทบต่อเด็กอายุน้อย ได้มากกว่ากลุ่มบุคคลที่อยู่ในโรงงาน

10. ความไม่แน่นอน (Uncertainty) การสร้างความกลัวที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อไม่มีการสื่อสารความเสี่ยงให้ที่รู้จัก ตัวอย่าง เช่น การรั่วไหลจากแท่นขุดเจาะน้ำมันระเบิด สามารถประมาณความเสียหายเป็นจำนวนเงินได้ง่าย แต่จากการปนเปื้อนของน้ำมันลงไปในมหาสมุทรไม่สามารถทำนายผลกระทบที่จะมีต่อสัตว์น้ำและการประมงได้

11. ความคุ้นเคย (Familiarity) สิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นใหม่จะถูกรับรู้ความเสี่ยงว่าเป็นอันตรายมากกว่าภัยคุกคามที่คุ้นเคยนั้นเป็นเหตุผลที่โรคไข้เวสต์ไนล์ ถูกมองว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากโดยไม่ต้องใช้เครื่องตรวจวัด

12. ความจำเพาะ (Specificity) ผู้ตกเป็นเหยื่อที่ถูกระบุตัวต่อสาธารณชนจะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ยังคงไม่ปรากฏในสื่อ

13. ผลกระทบส่วนบุคคล (Personal impact) ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลมีความน่ากลัวกว่าผลกระทบที่มีต่อบุคคลอื่น

14. ปัจจัยความสนุก (Fun factor) การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมเสี่ยงอาจดูเหมือนเกี่ยวข้องกับความสุขตัวอย่างเช่น การใช้ยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการเล่นกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของพฤติกรรม

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อความคิดและความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ปิยรัตน์ ชลสินธุ์ (2551) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลแสดงออกมีทั้งที่คนอื่นสังเกตได้ และไม่สามารถสังเกตได้

Rogers (1994 อ้างถึงในดวงตา เทียนกล้า, 2550) โรเจอร์ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ว่าเป็นการแก้ไข หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคโดยมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมการป้องกันซึ่งวางไว้บนพื้นฐานในการป้องกันโรค โดยบุคคล ในการต่อต้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล เป็นกิจกรรมที่จะเพิ่มระดับของชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม และเชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดี เป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการ และพยายามเข้าหากการมีสุขภาพดีและหลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงต่อภาวะที่คุกคามสุขภาพ

ดวงตา เทียนกล้า (2550) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมอนามัย หมายถึงพฤติกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพอาจจะเป็นไปในทางบวก หรือทางลบก็ได้ พฤติกรรมในทางบวกคือพฤติกรรมไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมในทางลบคือ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย

ฝนทิพย์ พริกชู (2552) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมทางสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติตน หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

เพชร เพชรอ่อน (2553) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมทางสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางอารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

มัลลิกามัตติโก (2534 อ้างถึงในสินชัย รัตนกระจ่างศรี, 2555) ได้กล่าวว่าการปฏิบัติที่ ทำให้สุขภาพแข็งแรงมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพ ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขพยายามจะหลีกเลี่ยง อันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับ คือ การป้องกันการเกิดโรค (Primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (Secondary prevention) และและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (Tertiary prevention)

จากความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคจึงสามารถสรุปได้ว่าการกระทำที่บุคคล พึงปฏิบัติต่อตนเองด้านสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตระหนักรู้ และรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองไม่เฉพาะเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงสถานะเสี่ยงที่มีผล ต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

จะขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ การรับรู้ของบุคคลปัจจัยร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อ ความน่าจะเป็นที่จะกระทำดังนี้คือ (Becker, 1974)

1. การรับรู้ของบุคคลซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคซึ่งประกอบด้วยความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหรือภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

2. ปัจจัยร่วมซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรค ได้แก่ปัจจัยด้านประชากรด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค และฐานะทางสังคม

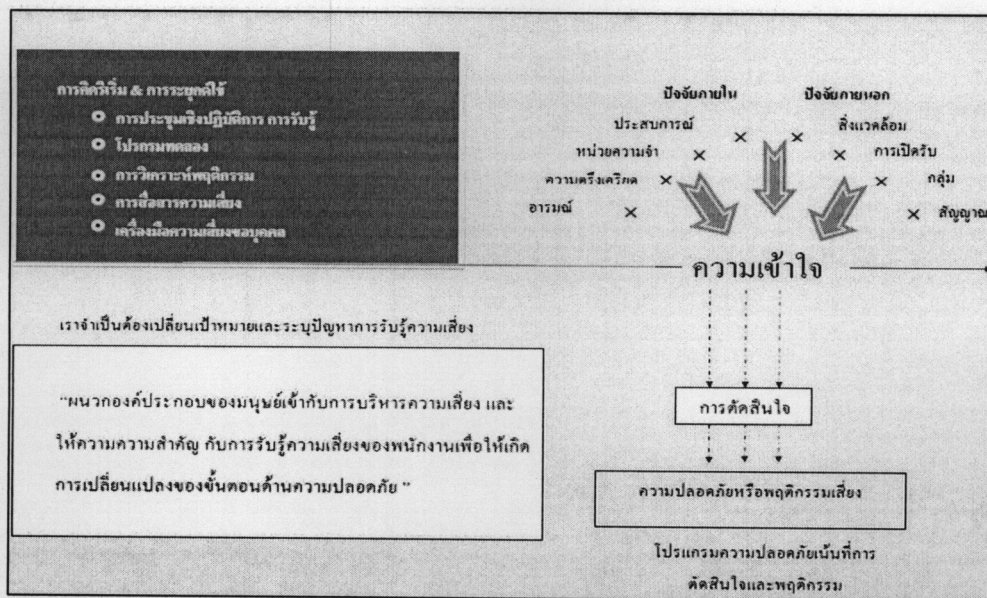
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำหรือ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อ แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมความปลอดภัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงมีสองทิศทางเช่น การรับรู้ ความเสี่ยงสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและในทางกลับกันความเสี่ยงอาจทำให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติเช่น พนักงานใช้โอกาสในเปลี่ยนงานเมื่อรู้ว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น แต่เมื่อ ไม่มีเหตุการณ์ เกิดขึ้นไม่มีการเรียนรู้ จึงทำให้ไม่มีความกังวลหรือรู้สึกไม่ปลอดภัย (Andi & Dennis, n.d.)

การตัดสินใจตามระดับความเสี่ยง การตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเราไม่ได้พิจารณาข้อเท็จจริงที่มีทั้งหมด แต่มุ่งเน้นที่ข้อมูลที่ชัดเจน การยอมรับความเสี่ยง เรายอมรับระดับความเสี่ยงในชีวิต เพื่อให้ได้ประโยชน์บางอย่าง และถ้าผลประโยชน์ที่ได้รับมากขึ้นเราจะยอมรับความเสี่ยงได้มากขึ้นและบุคคลจะมีความเสี่ยงที่สามารถคำนวณได้ ถ้าไม่เข้าใจในสถานการณ์ไม่มีประสบการณ์พื้นฐานที่จะทำให้การตัดสินใจอาจเลือกที่จะใช้ความเสี่ยงที่คำนวณได้ถ้าเราใช้ความปลอดภัยเพื่อรับเราอาจไม่หยุดพิจารณาภาพทั้งหมด บางครั้งเราได้รับอิทธิพลจากคนรอบข้าง

ความคิดเห็นของคนในกลุ่มที่สอดคล้องกันและการตัดสินใจที่ผิดพลาดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มพยายามมุ่งมั่นเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันเพื่อเพิ่มแรงจูงใจเพื่อประเมินสถานการณ์แต่มีบางความคิดเห็นของบุคคลไม่เชื่อว่าความคิดเห็นของกลุ่มเหมาะสมหนึ่งในตัวอย่างของ ความคิดเห็นของคนในกลุ่มที่สอดคล้องกันคือ เหตุการณ์ที่น่าอัศจรรย์ที่ National Aeronautics and Space Administration (NASA) ส่งไปลูกเรือ 7 คนเข้าไปกับจรวดเพื่อสำรวจอวกาศได้เกิดการระเบิดขึ้น เนื่องจากการตัดสินใจที่มีข้อบกพร่องกระบวนการภายในความเป็นผู้นำของหน่วยงาน เมื่อมีการตัดสินใจในกลุ่มเกี่ยวกับอันตรายหรือความเสี่ยงสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการควบคุมความเสี่ยง กระบวนการความคิดการรวมกลุ่มเพื่อให้เราสามารถหลีกเลี่ยงการตัดสินใจที่ผิดพลาดเกิดความเครียดสูงควรมีการโน้มน้าวให้เกิดความสามัคคีมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนที่สามารถสนับสนุนความคิดเห็นภายในกลุ่มที่อาจจะนำไปสู่ความร่วมมือองค์ประกอบของมนุษย์ในการบริหารความเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงของพนักงานสามารถทำให้เป็นขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความปลอดภัยได้ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยง เช่น การฝึกอบรมเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การอบรมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์พฤติกรรม การนำทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ ดังภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัย (คัดแปลงจาก: <https://semanticscholar.org>)

แนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง

การรับสัมผัสสารก่อมะเร็งในการทำงานจาก 3 ช่องทาง คือ ทางการหายใจ การกิน และการดูดซึมผ่านทางผิวหนัง ซึ่งการรับสัมผัสเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการกระจายตัวไปยังอวัยวะต่างๆและถูกสะสมไว้ในอวัยวะเป้าหมาย เช่น ปอด เยื่อหุ้มปอด เม็ดเลือดขาว เป็นต้น การป้องกันสารก่อมะเร็งสามารถทำได้โดยการอาศัยหลักการด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย โดยใช้วิธีควบคุมที่แหล่งกำเนิด (Source) ทางผ่าน (Path way) และการควบคุมที่ตัวบุคคล (Receiver) เพื่อป้องกันให้สารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายหรือเข้าสู่ร่างกายน้อยที่สุด (อาทิตยา จิตจางง, 2559)

การควบคุมที่แหล่งกำเนิด (Source) ต้องพิจารณาเป็นอันดับแรก เพราะเป็นวิธีการให้ประสิทธิภาพมากที่สุด และเป็นการแก้ไขปัญหอย่างถาวรได้แก่ การใช้สารที่มีอันตรายน้อยกว่าทดแทน การใช้ระบบเป่าในกระบวนการผลิตเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นและสารเคมี การแยกกระบวนการผลิตสารเคมีอันตรายออกจากผู้ปฏิบัติงาน การติดตั้งระบบระบายอากาศเฉพาะที่ การบำรุงรักษาเครื่องจักรและอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพดี สะอาด และเรียบร้อยอยู่เสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้สารเคมีแพร่กระจายออกสู่สิ่งแวดล้อม

การควบคุมที่ทางผ่าน (Path way) ควรจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสองรองจากการป้องกันที่แหล่งกำเนิด ได้แก่ การทำความสะอาดบริเวณพื้นที่ทำงานที่มีฝุ่น การติดตั้งระบบระบายอากาศทั่วไป เช่น การใช้พัดลมเป่าหรือดูดอากาศ เพื่อไม่ให้ผู้ปฏิบัติงานรับสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง การเพิ่มระยะทางระหว่างแหล่งกำเนิดสารเคมีกับตัวผู้ปฏิบัติงาน และการตรวจวัดปริมาณสารเคมีในบรรยากาศการทำงานเป็นประจำ เป็นต้น

การควบคุมที่ตัวบุคคล (Receiver) ควรจะพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย เพราะการที่ผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องค่อนข้างยาก การควบคุมที่ตัวบุคคล ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น แว่นตา ถุงมือ ชุดป้องกันสารเคมี และอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ การลดชั่วโมงทำงานลงเพื่อลดการรับสัมผัส การหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่กันทำ การอบรมให้ความรู้ถึงอันตรายจากการรับสัมผัส และมีการตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

มะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงของยีนในระดับเซลล์แต่ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ก่อให้เกิดมะเร็งเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการสูบบุหรี่ (อัสนี วันชัย, 2559)

1. การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก 20 ปอนด์ (44 กิโลกรัม) จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักจึงควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก โดยการควบคุม BMI ให้อยู่ในช่วง 18.5-25 สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 เสนอแนะว่าเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งผู้ใหญ่ควรออกกำลังกายในระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ร่วมกับ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยทำให้บุคคลควบคุมน้ำหนักได้และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้ ไขมันจากสัตว์หรือเนื้อสัตว์หรือมีพลังงานต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เช่น การรับประทานผักและผลไม้ 5 ส่วนใน 1 วัน ในผักและผลไม้จะประกอบไปด้วย วิตามิน เกลือแร่กากและใยอาหาร ที่สามารถป้องกันมะเร็งได้

3. การลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถ การเกิดมะเร็งได้อย่างชัดเจนแต่มีการอธิบายว่า เอทานอลมีบทบาทสำคัญในการเกิดมะเร็ง บางอย่าง เช่น มะเร็งตับอ่อน มะเร็งตับ การจำกัดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 เสนอแนะว่า บุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์ควรดื่มไม่เกิน วันละ 2 ครั้งต่อวันสำหรับเพศชาย และวันละ 1 ครั้งต่อวันสำหรับเพศหญิง (1 ครั้ง หมายถึง

การดื่มเบียร์ 12 ออนซ์ ไวน์ 5 ออนซ์)

4. การงดสูบบุหรี่สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับความเสียงต่อการเกิดมะเร็ง 15 ชนิด ได้แก่ช่องจมูกมะเร็ง โพรงจมูก มะเร็งรูจมูก มะเร็งปาก มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งกล่องเสียงมะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะมะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ท้ายที่สุดแนวทางที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่งสำหรับการป้องกันการเกิดมะเร็ง คือการไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งและพฤติกรรมกรรมการป้องกันในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างของ Penrawee et al (2012) พบว่า มีใช้พัดลมระบายอากาศเฉพาะที่ขณะปฏิบัติงานร้อยละ 65.6 การใช้พัดลมชนิดธรรมดา ร้อยละ 41.0 การใช้ผ้าปิดจมูกเพื่อป้องกันสารก่อมะเร็ง และใส่ถุงมือ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันมีผลมาจากการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ส่วนการศึกษาของ พรแก้ว เหลืองอัมพร, จิระพงษ์ สุวรรณ และสรุ อภาภรณ์ (2557) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมี โดยการจัดให้มีการระบายอากาศในพื้นที่การทำงานการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการจัดให้มีการระบายของเสีย และขยะในพื้นที่การทำงาน สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการศึกษาของ (กชพรรณ หนูชนะ, สรุ อภาภรณ์, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ และสุรินทร กลัมพากร, 2557) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เวลาพักผ่อน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การล้างมือ การทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า การปฏิบัติต่อพฤติกรรมการป้องกันขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างกัน

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบการอาชีพริมถนน เพื่อลดความเสี่ยงอันตรายจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็งอาจจะต้องอาศัยการควบคุมสิ่งแวดล้อมการทำงาน ควบคุมการจัดการการทำงาน และควบคุมที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดให้มีการระบายอากาศ (พัดลมดูดอากาศ, พัดลม) การหลีกเลี่ยงลดการรับสัมผัสบริเวณที่เป็นแหล่งกำเนิดของสารก่อมะเร็ง การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ผ้าปิดจมูก) รวมทั้งอาศัยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การงดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงานเพื่อลดการรับสัมผัสสารมลพิษเข้าสู่ร่างกาย การล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการการรับสารมลพิษเข้าสู่ร่างกาย การตรวจสุขภาพประจำปี รวมไปถึงการย พักผ่อนที่เพียงพอ เป็นต้น

ลักษณะการทำงานของผู้ประกอบอาชีพริมถนน

จากสภาพปัญหาการจราจรบริเวณริมถนนมีความหนาแน่นเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อปริมาณการใช้น้ำมันที่เพิ่มมากขึ้นตามมา อีกทั้งในส่วนของโรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้สารตัวทำละลายในกระบวนการผลิตได้มีการปล่อยของเสีย เช่น สารตัวทำละลายชนิดต่างๆ ออกสู่สภาพแวดล้อมส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศขึ้น (กรมควบคุมมลพิษ, 2555) และจากผลการศึกษามลพิษทางอากาศบริเวณริมถนนที่ผ่านมาซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ เช่น ผลการศึกษาระดับสารเบนซินในอากาศบริเวณริมถนนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการจราจรหนาแน่นมีเท่ากับ 107.54 mg/m^3 และบริเวณปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ขายของริมถนน เท่ากับ $72.13 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ กลุ่มที่ขายอาหารปิ้งย่างเท่ากับ 89.93 mg/m^3 (Navasumrit et al., 2005) ส่วนผลการตรวจวัดความเข้มข้นของสารเบนซินในอากาศตามถนนบริเวณนิคมอุตสาหกรรมที่พบค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดเท่ากับ $10.93 \text{ } 10.50 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ซึ่งเกินค่ามาตรฐานตามประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่องกำหนดค่า เฝ้าระวังสำหรับสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไป ในเวลา 24 ชั่วโมง ปี พ.ศ. 2552 (ค่ามาตรฐานเท่ากับ 7.6 mg/m^3) ส่งผลให้กลุ่มประชาชนที่ประกอบอาชีพบริเวณริมถนนมีความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น อีกทั้งพื้นที่ปฏิบัติงานยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสแสงแดด รังสี อุณหภูมิ หรือสารเคมีที่นอกเหนือ จากสารอินทรีย์ระเหย ยังมีปริมาณฝุ่นละอองอีกด้วย สิ่งเหล่านี้อาจร่วมกับสารมลพิษส่งผลกระทบต่อสุขภาพแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังในระยะยาวได้ (ฉาน ปัทมะ พลยง, 2558)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับข้อมูลการทำงานของกลุ่มอาชีพที่ปฏิบัติงานริมถนน ได้แก่ อาชีพขายอาหารปิ้งย่าง อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ซึ่งพบว่า ผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทำงานบริเวณริมถนนมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่สนใจเรื่องการสวมอุปกรณ์ป้องกันมลพิษเพื่อป้องกันระบบทางเดินหายใจซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 70.0 (ฉาน ปัทมะ พลยง, 2558) (Pannipa et al., 2013) (นันทพร ภัทรพุทท, 2549) โดยเฉพาะผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างที่มีโอกาสได้รับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศมากที่สุดทั้งในขณะที่นั่งอยู่ที่วิน ขณะรับส่งผู้โดยสาร และขณะเติมน้ำมัน และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่พบมากที่สุดคือ การได้รับสัมผัสฝุ่น และความร้อน (นันทพร ภัทรพุทท, 2549) ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารประเภทปิ้งย่างและประเภทผัดทอดซึ่ง โดยทั่วไปการปิ้งย่างอาหารเชื้อเพลิงที่ใช้ส่วนใหญ่นิยมใช้เตาถ่าน ไม่นิยมใช้เตาไฟฟ้าหรือเตาแก๊ส ปัญหาที่ตามมา คือ เขม่าควัน อนุภาคนาขนาดเล็กซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon: PAHs) นอกจากนี้

ขณะประกอบกิจกรรมปิ้งย่าง และผัดทอดอาหาร โดยเฉพาะประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน จะพบค่าความเข้มข้นของอนุภาคขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM_{10}) ในปริมาณสูง และยังพบว่า เมื่อใช้อุณหภูมิสูงขึ้นปริมาณอนุภาคฝุ่นก็จะเพิ่มขึ้นตามมา อีกทั้งเมื่อนำอนุภาคฝุ่นที่เกิดจากกิจกรรมการปิ้งย่างผัดทอดเนื้อสัตว์ไปวิเคราะห์ยังพบ PAHs ส่วนใหญ่มีโครงสร้างมากกว่า 3 วงแหวนเบนซีน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเข้าไปสะสมภายในปอดได้ Komsan and Ganjana (2012), เศกสันต์ สมิตธิภิญโญ (2550) และอนุดิษฐ์ ศรีทองคำ (2550) ดังนั้น สภาพการทำงานของผู้ประกอบอาชีพริมถนนบริเวณรอบ โรงกลั่นน้ำมันมีความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารเบนซีน Benzene และสาร PAHs เข้าสู่ร่างกายจากการปลดปล่อยออกมาจากกระบวนการผลิตในแหล่งโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ รวมถึงการจราจร การเผาไหม้จากท่อไอเสียรถยนต์ ไอระเหยจากการเติมน้ำมัน และการประกอบอาหารประเภทปิ้งย่างอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดมะเร็งได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานบริเวณรอบโรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานบริเวณรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้แก่ อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง อาชีพขายอาหารปิ้งย่างและอาชีพขายอาหารตามสั่ง และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 400 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (กัลยา วาณิชขันธ์บุญญา, 2549, หน้า 74) ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$\text{คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสูตร } n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดตัวอย่าง

p แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม 0.5

Z แทน ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ระดับ 0.05)

e แทน ค่าความผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{(0.5)(1-0.5)(1.96)^2}{(0.05)^2} \\ &= 384.16 \end{aligned}$$

ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 384 คน จึงจะสามารถประมาณค่าร้อยละ โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 ตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จากทั้งหมด 3 กลุ่มอาชีพ ในพื้นที่เลี้ยวรอบ โรงกลั่นในรัศมีประมาณ 1 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ ชุมชนบ้านอ่าวอุดม ชุมชนบ้านทุ่ง ชุมชนบ้านชากยายจิน ตำบลทุ่งสุขลา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 3-1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

อาชีพ	จำนวน (คน)
ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง	129
ขายอาหารปิ้งย่าง	134
ขายอาหารตามสั่ง	137
รวม	400

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

1. ผู้ประกอบอาชีพริมถนนคนไทย ได้แก่ อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง อาชีพขายอาหารปิ้งย่าง อาชีพขายอาหารตามสั่งที่ทำงานรอบ โรงกลั่นน้ำมัน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในรัศมีประมาณ 1 กิโลเมตร
2. ต้องประกอบอาชีพริมถนนอย่างน้อย 3 เดือน
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากหนังสือวิทยานิพนธ์งานวิจัยและวารสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แบบสอบถามครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยลักษณะข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทำงาน ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับ

ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลวิธีป้องกันอันตรายจากสารก่อมะเร็ง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีข้อความเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน ทั้งหมด 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

การวิเคราะห์คะแนนโดยรวมใช้ค่าคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ 12-60 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{Maximum} - \text{Minimum} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{60 - 12}{3} \\
 &= 16
 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน 12-28 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 29-44 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับ

ปานกลาง

ช่วงคะแนน 45-60 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งลักษณะคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีข้อความ เห็นด้วยอย่างยิ่งเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมาย	
	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

การวิเคราะห์คะแนนโดยรวมใช้ค่าคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ 10-50 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{Maximum} - \text{Minimum} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{50-10}{3} \\ &= 13.3 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน 10-23 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24-37 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับ

ปานกลาง

ช่วงคะแนน 38-50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ลักษณะคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีข้อความ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3

ไม่เห็นด้วย 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

การวิเคราะห์คะแนน โดยรวมใช้ค่าคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ 10-50 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{Maximum} - \text{Minimum} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{50-10}{3} \\ &= 13.3 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน 10-23 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24-37 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 38-50 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง ลักษณะคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีข้อความ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

การวิเคราะห์คะแนนโดยรวมใช้ค่าคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ 13-65 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{Maximum} - \text{Minimum} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{65-13}{3} \\ &= 17.3 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน 13-30 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนน 31-48 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 49-65 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองลักษณะคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับโดยมีข้อความเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การวิเคราะห์คะแนน

การวิเคราะห์คะแนนโดยรวมใช้ค่าคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ 10-50 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{Maximum} - \text{Minimum} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{50-10}{3} \\
 &= 13.3
 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน 10-23 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24-37 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 38-50 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ วิจัยความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นและให้คะแนนเป็นรายชื่อในประเด็นที่ใช้ถามแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรดังนี้

- +1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงหรือสอดคล้องจุดประสงค์ที่ต้องการที่ระบุไว้จริง (เห็นด้วย)

- 0 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าตรงหรือสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ระบุไว้จริง (ไม่แน่ใจ)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ระบุไว้จริง (ไม่เห็นด้วย)

โดยค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้มีค่าระหว่าง 0.6-1.00 ซึ่งแสดงว่า ข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง

สูตรในการคำนวณ

$$\text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้อง

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

ΣR คือ ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมันที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนเพื่อทดสอบความเข้าใจต่อข้อความ ความชัดเจนของภาษาและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเที่ยงตรงกับเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อความ โดยใช้ค่า Cronbach coefficient alpha พบว่า แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งมีค่า Alpha coefficient alpha เท่ากับ 0.880 , 0.836, 0.777, 0.738 และ 0.715 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการศึกษาคือแบบสอบถามดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และนำลงพื้นที่เก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา
4. แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง
5. รวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจถึง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างทำ การวิจัยซึ่งจะไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็น ความลับการนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อหน่วยงานชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ได้ลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการ ศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทำงาน ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว ประวัติกรรมพันธุ์ของโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารอันตราย และข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีป้องกันสารก่อมะเร็งโดยใช้สติพิจารณาหา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและ ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิด มะเร็งและพฤติกรรมป้องกันโดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานบริเวณรอบ โรงกลั่นน้ำมัน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ได้รับแบบสอบถามที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 7 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของแต่ละกลุ่มอาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.8 และผู้ประกอบอาชีพเพศชาย ร้อยละ 47.2 อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 39.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่ง ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ ขายอาหารปิ้งย่าง ร้อยละ 33.5 และ อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่ทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 71.8 ทำงานเฉลี่ย 7.8 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานต่ำสุด 1 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานมากที่สุด 15 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อแบ่งระยะเวลาทำงานเป็นรายสัปดาห์พบว่า ส่วนใหญ่ทำงาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 86.0 ทำงานต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์ ทำงานมากที่สุด 7 วันต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี

ร้อยละ 66.0 เฉลี่ย 5.7 ปี ประสบการณ์ทำงานต่ำสุด 0.4 ปี ประสบการณ์ทำงานมากที่สุด 30 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.5 ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 92.0 ส่วนใหญ่ประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งคือพ่อ แม่ ร้อยละ 78.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.3 ไม่เคยดื่มสุราร้อยละ 67.0 สถิติในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 85.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขร้อยละ 65.8 และการได้รับข้อมูลข่าวสารวิธีการป้องกันอันตรายได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 77.5 ดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพขับ	อาชีพขาย	อาชีพขาย	รวม (n = 400)
	รถจักรยานยนต์ รับจ้าง (n = 129)	อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาหารตามสั่ง (n = 137)	
เพศ				
ชาย	117 (29.2)	37 (9.2)	35 (8.8)	189 (47.2)
หญิง	12 (3.0)	97 (24.3)	102 (25.5)	211 (52.8)
อายุ (ปี)				
20-30	12 (3.0)	25 (6.3)	15 (3.7)	52 (13.0)
31-40	29 (7.2)	19 (4.7)	28 (6.9)	76 (18.8)
41-50	38 (9.6)	36 (9.0)	39 (9.8)	113 (28.4)
>51	50 (12.5)	54 (13.5)	55 (13.8)	159 (39.8)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	46.5 (11.0)	45.0 (13.2)	46.8 (10.7)	46.4 (11.7)
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	22, 73	20, 85	25, 69	20, 85

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพรับจ้าง รถจักรยานยนต์ (n = 129)	อาชีพขาย อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาชีพขาย อาหารตามสั่ง (n = 137)	รวม (n = 400)
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ ม.²)				
ผอม (< 18.5)	3 (0.7)	6 (1.6)	4 (1.0)	13 (3.3)
ปกติ (18.50-24.9)	90 (22.5)	86 (21.6)	99 (24.7)	275 (68.8)
ท้วม (25.00-29.9)	33 (8.2)	36 (9.0)	29 (7.3)	98 (24.5)
อ้วน (> = 30.0)	3 (0.8)	6 (1.4)	5 (1.2)	14 (3.4)
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	3 (0.8)	12 (3.0)	5 (1.2)	20 (5.0)
ประถมศึกษา	79 (19.8)	86 (21.5)	88 (22.0)	253 (63.3)
มัธยมศึกษาตอนต้น	37 (9.2)	22 (5.5)	33 (8.3)	92 (23.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (1.9)	5 (1.2)	6 (1.5)	19 (4.6)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1 (0.3)	5 (1.2)	3 (0.8)	9 (2.3)
ปริญญาตรี	1 (0.3)	2 (0.4)	1 (0.3)	4 (1.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	2 (0.5)	1 (0.3)	3 (0.8)
อาชีพ	129 (32.2)	134 (33.5)	137 (34.3)	400 (100.0)
ระยะเวลา				
ในการทำงานบริเวณ				
ริมถนน (ชั่วโมง ต่อ วัน)				
8	51 (12.7)	101 (25.3)	80 (20.0)	232 (58.0)
> 8	78 (19.5)	33 (8.3)	57 (14.2)	168 (42.0)
ค่าเฉลี่ย	7.4 (2.0)	7.5 (2.1)	8.5 (1.7)	7.8 (2.0)
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	1,15	3,14	4, 12	1, 15

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพขับ รถจักรยานยนต์ รับจ้าง (n = 129)	อาชีพขาย อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาชีพขาย อาหารตามสั่ง (n = 137)	รวม (n = 400)
ระยะเวลา				
ในการทำงานบริเวณ				
ริมถนน (วันต่อสัปดาห์)				
1-5	16 (4.0)	17 (4.3)	23 (5.8)	56 (14.0)
6-7	113 (28.3)	117 (29.3)	114 (28.4)	344 (86.0)
ค่าเฉลี่ย				
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6.4 (1.1)	6.4 (1.1)	6.3 (0.8)	6.4 (1.1)
ค่าต่ำสุด,ค่าสูงสุด	1,7	2,7	1,7	1,7
ประสบการณ์การทำงาน				
บริเวณริมถนน (ปี)				
≤ 5	93 (23.3)	90 (22.5)	81 (20.2)	264 (66.0)
6-10	26 (6.2)	40 (10.0)	51 (12.8)	117 (29.0)
11-15	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	3 (0.9)
16-20	7 (1.7)	1 (0.3)	1 (0.3)	9 (2.3)
>20	2 (0.5)	2 (0.5)	3 (0.8)	7 (1.8)
ค่าเฉลี่ย				
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.8 (4.9)	5.2 (3.9)	6.0 (4.1)	5.7 (4.3)
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	2,30	0.4, 30	0.8, 30	0.4, 30

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพขับ รถจักรยานยนต์ รับจ้าง (n = 129)	อาชีพขาย อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาชีพขาย อาหารตามสั่ง (n = 137)	รวม (n = 400)
โรคประจำตัว				
ไม่มี	103 (25.7)	88 (22.0)	91 (22.8)	282 (70.5)
มี*	26 (6.5)	46 (11.5)	46 (11.5)	118 (29.5)
ในกรณีที่มี				
โรคเบาหวาน	6 (5.1)	5 (4.2)	8 (6.7)	19 (16.1)
โรคความดันโลหิตสูง	22 (18.6)	40 (33.9)	40 (33.9)	102 (86.4)
โรคหัวใจ	0 (0.0)	2 (1.7)	0 (0.0)	2 (1.7)
โรคปอด	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.8)
โรคภูมิแพ้	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.8)
โรคมะเร็งต่อม	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
น้ำเหลือง				
ประวัติกรรมพันธุ์				
เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง				
ไม่มี	123 (30.8)	123 (30.8)	122 (30.4)	368 (92.0)
มี*	6 (1.6)	11 (2.7)	15 (3.7)	32 (8.0)
ในกรณีที่มี				
พ่อ/ แม่	5 (15.6)	7 (21.9)	13 (40.6)	25 (78.1)
ปู่/ ย่า	1 (3.1)	3 (9.3)	2 (6.3)	6 (18.7)
ตา/ ยาย	0 (0.0)	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (6.2)

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพขับ รถจักรยานยนต์ รับจ้าง (n = 129)	อาชีพขาย อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาชีพขาย อาหารตามสั่ง (n = 137)	รวม (n = 400)
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบเลย	61 (15.3)	107 (26.7)	117 (29.3)	285 (71.3)
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	47 (11.7)	22 (5.6)	12 (3.0)	81 (20.3)
เคย ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	21 (5.2)	5 (1.2)	8 (2.0)	34 (8.4)
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มเลย	56 (14.0)	105 (26.3)	107 (26.7)	268 (67.0)
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	48 (12.0)	17 (4.2)	10 (2.5)	75 (18.8)
เคย ปัจจุบันยังดื่มอยู่	25 (6.2)	12 (3.0)	20 (5.0)	57 (14.2)
สิทธิในการ รักษาพยาบาล				
ไม่มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
มี*	129 (32.3)	134 (33.5)	137 (34.3)	400 (100.0)
ในกรณีที่มี				
หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	107 (26.8)	116 (29.0)	118 (29.5)	341 (85.3)
สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	1 (0.3)	3 (0.7)	1 (0.3)	5 (1.3)
ประกันสังคม	16 (4.0)	13 (3.2)	13 (3.2)	42 (10.4)
สิทธิประกันสุขภาพ	5 (1.3)	2 (0.4)	5 (1.3)	12 (3.0)

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาชีพรับจ้าง รถจักรยานยนต์ (n = 129)	อาชีพขาย อาหารปิ้งย่าง (n = 134)	อาชีพขาย อาหารตามสั่ง (n = 137)	รวม (n = 400)
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับสารก่อมะเร็ง				
หนังสือพิมพ์	75 (18.7)	46 (11.5)	63 (15.8)	184 (46.0)
โทรทัศน์	108 (27.0)	114 (28.5)	97 (24.3)	319 (79.8)
วิทยุ	45 (11.3)	57 (14.2)	60 (15.0)	162 (40.5)
หอกระจายข่าว	20 (5.0)	11 (2.8)	10 (2.5)	41 (10.3)
การพูดคุยกับเพื่อน เจ้าหน้าที่ด้าน	80 (20.0)	89 (22.3)	92 (23.0)	261 (65.3)
เจ้าหน้าที่ด้าน	83 (20.8)	93 (23.2)	87 (21.8)	263 (65.8)
สาธารณสุข				
อินเทอร์เน็ต	2 (0.5)	3 (0.8)	4 (1.0)	9 (2.3)
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันสารก่อมะเร็ง				
หนังสือพิมพ์	71 (17.9)	49 (12.2)	57 (14.2)	177 (44.3)
โทรทัศน์	105 (26.3)	108 (27.0)	97 (24.2)	310 (77.5)
วิทยุ	39 (9.7)	55 (13.7)	54 (13.6)	148 (37.0)
หอกระจายข่าว	15 (3.8)	9 (2.2)	10 (2.5)	34 (8.5)
การพูดคุยกับเพื่อน เจ้าหน้าที่ด้าน	82 (20.5)	88 (22.0)	92 (23.0)	262 (65.5)
เจ้าหน้าที่ด้าน	81 (20.3)	93 (23.2)	85 (21.3)	259 (64.8)
สาธารณสุข				
อินเทอร์เน็ต	2 (0.7)	3 (0.8)	3 (0.8)	9 (2.3)

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 85.0 ขึ้นไป ที่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมทั้งเห็นด้วยในเรื่องการทำงานในบริเวณที่มีเขม่าควัน/ฝุ่นที่มาจากการจราจร และปล่องโรงงานจะส่งผลให้ป่วยเป็นมะเร็ง ช่วงเวลาที่รถติดในตอนเช้า/เย็นเป็นช่วงเวลาที่ส่งผลให้เกิดสารอินทรีย์ระเหยมากกว่าเวลาอื่น, ผู้ที่สูบบุหรี่และทำงานที่มีโอกาสได้รับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยด้วยจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์และทำงานที่มีโอกาสได้รับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยด้วยจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม

ดังตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (n = 400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านคิดว่าสถานที่ทำงานของท่าน มีผลต่อปริมาณการได้รับสารอินทรีย์ระเหย	133 (33.3)	135 (33.8)	110 (27.5)	21 (5.3)	1 (0.3)
2. ท่านคิดว่าอาชีพที่ท่านทำ ส่งผลให้ท่านได้รับสารอินทรีย์ระเหย	109 (27.3)	132 (33.0)	139 (34.8)	17 (4.3)	3 (0.8)
3. ท่านคิดว่า การรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยในระหว่างการทำงานเป็นเวลานานปีท่าน จะป่วยเป็นมะเร็ง	114 (28.5)	216 (54.0)	64 (16.0)	6 (1.5)	0 (0.0)
4. ท่านคิดว่าการทำงานในบริเวณที่มีเขม่าควัน/ฝุ่นที่มาจากการจราจร และปล่องโรงงานจะส่งผลให้ท่านป่วยเป็นมะเร็ง	175 (43.8)	184 (46.0)	35 (8.0)	6 (1.5)	0 (0.0)

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (n=400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. ท่านคิดว่าช่วงเวลาที่ยืดหยุ่นใน ตอนเช้า/ เย็นเป็นช่วงเวลาที่จะส่งผล ให้เกิดสารอินทรีย์ระเหยมากกว่า เวลาอื่น	178 (44.5)	181 (45.3)	37 (9.3)	4 (1.0)	0 (0.0)
6. ท่านคิดว่าพื้นที่ทำงานที่ตั้งอยู่ บริเวณอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ส่งผลให้ท่านได้รับสัมผัส สารอินทรีย์ระเหยมากขึ้น	132 (33.0)	195 (48.8)	67 (16.8)	6 (1.5)	0 (0.0)
7. ท่านคิดว่า การรับสัมผัส สารอินทรีย์ระเหยทาง การหายใจ และผิวหนังมี โอกาสได้รับมากกว่าทาง การกิน	136 (34.0)	96 (24.0)	143 (35.8)	24 (6.0)	1 (0.3)
8. ท่านคิดว่า ในขณะที่ ปฏิบัติงานหากท่านรับประทาน อาหารหรือเครื่องดื่มไปด้วย ท่านจะได้รับสารอินทรีย์ระเหย ปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกาย	123 (30.8)	148 (37.0)	93 (23.3)	35 (8.8)	1 (0.3)
9. ท่านคิดว่า การใช้ถ่าน ประกอบอาหารจะได้รับ สารอินทรีย์ระเหยมากกว่าการใช้ เตาแก๊ส	56 (14.0)	72 (18.0)	146 (36.5)	124 (31.0)	2 (0.5)
10. ท่านคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่และ ทำงานที่มีโอกาสได้รับสัมผัส สารอินทรีย์ระเหยด้วยจะทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ ที่ไม่สูบบุหรี่	161 (40.3)	192 (48.0)	41 (10.3)	6 (1.5)	0 (0.0)

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (n=400)	ความรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. ท่านคิดว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์และทำงานที่มีโอกาสได้รับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยด้วยจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	169 (42.3)	180 (45.0)	43 (10.8)	7 (1.8)	1 (0.3)
12. ท่านคิดว่าหากได้รับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยและท่านมีกรรมพันธุ์เป็นมะเร็งจะทำให้ป่วยเป็นมะเร็งได้มากกว่าบุคคลทั่วไป	196 (49.0)	121 (30.3)	68 (17.0)	12 (3.0)	3 (0.8)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นร้อยละ 74.6 ดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	อาชีพ			
	ข้าราชการยานยนต์ รับจ้าง	ขายอาหาร ปิ้งย่าง	ขายอาหาร ตามสั่ง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (45-60 คะแนน)	90 (69.8)	100 (74.6)	91 (66.4)	281 (70.3)
ระดับปานกลาง (29-44 คะแนน)	39 (30.2)	34 (25.4)	46 (33.6)	119 (29.8)
ระดับต่ำ (12-28 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 95.0 ขึ้นไป ที่ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกับเห็นด้วยในเรื่องการป่วยเป็นมะเร็งทำให้ร่างกายอ่อนแอและอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย มะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน และมะเร็งสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ ดังตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็ง

การรับรู้ความรุนแรง (n=400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มะเร็งสามารถลุกลามไปยัง อวัยวะอื่น ๆ ได้	254 (63.5)	126 (31.5)	17 (4.3)	2 (0.5)	1 (0.3)
2. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้ร่างกาย อ่อนแอและอาจเกิดโรคแทรกซ้อน ได้ง่าย	240 (60.0)	147 (36.8)	11 (2.8)	1 (0.3)	1 (0.3)

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง (n=400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. มะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ต่อเนื่องเป็นเวลานาน	249 (62.3)	132 (33.0)	19 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. มะเร็งสามารถรักษาให้หาย และสามารถกลับมาเป็นอีกได้	123 (30.8)	156 (39.0)	101 (25.3)	18 (4.5)	2 (0.5)
5. ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งจะต้อง หยุดงานบ่อยหรือต้องออกจาก งานเพื่อมารักษาพยาบาล	194 (48.5)	122 (30.5)	50 (12.5)	33 (8.3)	1 (0.3)
6. ท่านคิดว่า การรับสัมผัส สารอินทรีย์ระเหยทำให้เป็น มะเร็งและเสียชีวิตได้	158 (39.5)	160 (40.0)	62 (15.5)	19 (4.8)	1 (0.3)
7. การรับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหยจะไม่ทำให้เกิด โรคมะเร็งหากเราดูแลสุขภาพ กายและใจให้แข็งแรงเป็น ประจำ	3 (0.8)	37 (9.3)	104 (26.0)	135 (33.8)	121 (30.3)
8. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้ เป็นภาระของครอบครัว ในการดูแลท่าน	199 (49.8)	137 (34.3)	18 (4.5)	45 (11.3)	1 (0.3)
9. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้ สูญเสียรายได้ของครอบครัว เนื่องจากท่านไม่สามารถ ประกอบอาชีพได้	210 (52.5)	112 (28.0)	40 (10.0)	35 (8.8)	3 (0.8)
10. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้ เป็นภาระของประเทศในด้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	169 (42.3)	135 (33.8)	41 (10.3)	33 (8.3)	22 (5.5)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.5) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้ความรุนแรงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่น (ร้อยละ 84.3) ดังตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	อาชีพ			
	ขับรถจักรยานยนต์	ขายอาหาร	ขายอาหาร	รวม
	รับจ้าง	ปิ้งย่าง	ตามสั่ง	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ระดับสูง (38-50 คะแนน)	87 (67.4)	113 (84.3)	92 (67.2)	394 (98.5)
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	42 (32.6)	21 (15.7)	45 (32.8)	6 (1.5)
ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (00)	0 (00)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80.0 ขึ้นไป เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมกับเห็นด้วยในเรื่อง การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือบริเวณที่มีควันบุหรี่มีส่วนช่วยลดการเกิดมะเร็งได้ การตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยให้ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกและรักษาให้หายขาดได้ การปฏิบัติงานอยู่บริเวณที่มีอากาศปลอดโปร่งจะช่วยลดการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้ ดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน
การเกิดมะเร็ง

การรับรู้ประโยชน์ (n=400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านคิดว่าการใช้พัดลมดูด อากาศหรือพัดลมในระหว่าง ทำงานจะช่วยระบายอากาศและ ลดการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้	152 (38.0)	142 (35.5)	79 (19.8)	22 (5.5)	5 (1.3)
2. ท่านคิดว่าการสวมหน้ากาก คาร์บอนจะช่วยป้องกัน สารอินทรีย์ระเหยได้	90 (22.5)	199 (49.8)	93 (23.3)	18 (4.5)	0 (0.0)
3. ท่านคิดว่าการเล่นมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหารจะช่วย ป้องกันสารอินทรีย์ระเหยเข้าสู่ ร่างกายได้	125 (31.3)	164 (41.0)	94 (23.5)	17 (4.3)	0 (0.0)
4. ท่านคิดว่าเครื่องดูด ประเภทแอลกอฮอล์ช่วยลด การเกิดมะเร็งได้	141 (35.3)	161 (40.3)	71 (17.8)	24 (6.0)	3 (0.8)
5. ท่านคิดว่าการเล่น การสูบบุหรี่ หรือบริเวณที่มีวัน บุหรี่มีส่วนช่วยลดการเกิดมะเร็ง ได้	166 (41.5)	178 (44.5)	42 (10.5)	12 (3.0)	2 (0.5)
6. ท่านคิดว่าอาบน้ำเปลี่ยน เสื้อผ้าทันทีหลังปฏิบัติงานจะช่วย ลดการรับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหยได้	126 (31.5)	179 (44.8)	77 (19.3)	17 (4.3)	1 (0.3)
7. ท่านคิดว่าการออกกำลังกาย เป็นประจำช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันอันตรายจาก สารอินทรีย์ระเหยได้	104 (26.0)	163 (40.8)	107 (26.8)	23 (5.8)	3 (0.8)

ตารางที่ 4-6 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ (n=400)	ความรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงทำงาน บริเวณที่มีการจราจรหนาแน่นจะ ช่วยลดการรับสารอินทรีย์ระเหยได้	135 (33.8)	177 (44.3)	75 (18.8)	12 (3.0)	1 (0.3)
9. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานอยู่ บริเวณที่มีอากาศปลอดโปร่งจะ ช่วยลดการรับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหยได้	147 (36.8)	174 (43.5)	70 (17.5)	9 (2.3)	0 (0.0)
10. ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพ ประจำปีจะช่วยให้ตรวจพบมะเร็ง ในระยะเริ่มแรกและรักษาให้ หายขาดได้	147 (36.8)	182 (45.5)	61 (15.3)	9 (2.3)	1 (0.3)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง
อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.0) โดยพบว่า กลุ่มชายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการ
ป้องกันสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอื่น (ร้อยละ 88.1) ดังตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการ ป้องกันตนเอง	อาชีพ			
	ข้าราชการยานยนต์	ขายอาหาร	ขายอาหาร	รวม
	รับจ้าง	ปิ้งย่าง	ตามสั่ง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (38-50 คะแนน)	81 (62.8)	118 (88.1)	89 (65.0)	288 (72.0)
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	47 (36.4)	15 (11.2)	48 (35.0)	110 (27.5)
ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)	1 (0.8)	1 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.5)

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70.0 ขึ้นไป ที่ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวมกับเห็นด้วยในเรื่องไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้เพราะพื้นที่ทำงานอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรม และมีจราจรหนาแน่น และบริเวณพื้นที่มีการจราจรและคนอาศัยอยู่จำนวนมากจะส่งผลให้มีรายได้ดีกว่าพื้นที่อื่น ๆ ดังตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4-8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน
การเกิดมะเร็ง

การรับรู้อุปสรรค (n=400)	ความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านคิดว่าการติดตั้งพัดลม ระบายอากาศมักมีราคาแพง	61 (15.3)	97 (24.3)	89 (22.3)	133 (33.3)	20 (5.0)
2. ท่านคิดว่าการติดตั้งพัดลม ระบายอากาศเป็นเรื่องยุ่งยาก	38 (9.5)	76 (19.0)	99 (24.8)	172 (43.0)	15 (3.8)
3. ท่านคิดว่าการใช้แก๊สแทนถ่าน หุงต้มมาใช้ในการประกอบอาหาร หรือปิ้งย่างมักราคาสูงและไม่คุ้ม ทุน	30 (7.5)	92 (23.0)	91 (22.8)	168 (42.0)	19 (4.8)
4. บริเวณพื้นที่ที่มีการจราจรและคน อาศัยอยู่จำนวนมากจะส่งผลให้มี รายได้ดีกว่าพื้นที่อื่น ๆ	156 (39.0)	135 (33.8)	82 (20.5)	26 (6.5)	1 (0.3)
5. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับ สัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้เพราะ พื้นที่ทำงานงานอยู่ในแหล่ง อุตสาหกรรม และมีจราจรหนาแน่น	171 (42.8)	161 (40.3)	50 (12.5)	16 (4.0)	2 (0.5)
6. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูกคาร์บอน ทำให้หายใจลำบาก	52 (13.0)	107 (26.8)	95 (23.8)	126 (31.5)	20 (5.0)
7. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูก คาร์บอน ทำให้ไม่สะดวกต่อการพูด สื่อสารกับผู้อื่น	47 (11.8)	99 (24.8)	55 (13.8)	191 (47.8)	8 (2.0)
8. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูก แบบคาร์บอนมักมีราคาแพง	26 (6.5)	87 (21.8)	81 (20.3)	205 (51.3)	1 (0.3)
9. ท่านคิดว่าวัยทำงานยังเป็นวัยที่ แข็งแรงหากับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหยเข้าไปก็ยังไม่มีโอกาสเป็น มะเร็ง	28 (7.0)	42 (10.5)	98 (24.5)	229 (57.3)	3 (0.8)

ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรค (n=400)	ความรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10. ท่านคิดว่าท่านไม่มีอาการ ผิดปกติใด ๆ การไปตรวจสุขภาพ ประจำปีทำให้ท่านเสียเวลา	19 (4.8)	63 (15.8)	46 (11.5)	251 (62.8)	21 (5.3)
11. ท่านคิดว่าการไปตรวจสุขภาพ ทำให้ท่านต้องหยุดงาน	32 (8.0)	130 (32.5)	29 (7.3)	203 (50.8)	6 (1.5)
12. ท่านคิดว่าการไปตรวจสุขภาพ ทำให้ท่านเปลืองค่าใช้จ่าย	13 (3.3)	83 (20.8)	45 (11.3)	235 (58.8)	24 (6.0)
13. ท่านคิดว่าเป็นการยุ่งยากที่ จะต้องอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าหลัง การปฏิบัติงาน	25 (6.3)	32 (8.0)	42 (10.5)	267 (66.8)	34 (8.5)

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.3) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่น (ร้อยละ 77.5) ดังตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4-9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการอุปสรรคในการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ระดับการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันตนเอง	อาชีพ			
	ข้าราชการยานยนต์	ขายอาหาร	ขายอาหาร	รวม
	รับจ้าง	ปิ้งย่าง	ตามสั่ง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (13-30 คะแนน)	14 (10.9)	13 (9.7)	4 (3.0)	31 (7.8)
ระดับปานกลาง (31-48 คะแนน)	100 (77.5)	96 (71.6)	125 (91.2)	321 (80.3)
ระดับต่ำ (49-65 คะแนน)	15 (11.6)	25 (18.7)	8 (5.8)	48 (12.0)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 75.0 ขึ้นไปที่ตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำร่วมกับปฏิบัติค่อนข้างบ่อยในเรื่องการทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใส่ทำงานทุกครั้ง โดยไม่ใส่ซ้ำ การรับประทานผัก,ผลไม้ และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่น ดังตารางที่ 4-10

ตารางที่ 4-10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (n=400)	ความรู้สึกหรือความคิดเห็น				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติค่อนข้าง บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ท่านสวมผ้าปิดจมูกชนิด คาร์บอนขณะทำงาน	216 (54.0)	50 (12.5)	76 (19.0)	35 (8.8)	23 (5.8)
2. ท่านเปลี่ยนผ้าปิดจมูกชนิด คาร์บอนหรือทำความสะอาด ก่อนใช้	194 (48.5)	104 (26.0)	60 (15.0)	19 (4.8)	23 (5.8)
3. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อน รับประทานอาหาร	175 (43.8)	101 (25.3)	106 (26.5)	11 (2.8)	7 (1.8)
4. ท่านทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ ใส่ทำงานทุกครั้งโดยไม่ใส่ซ้ำ	273 (68.3)	88 (22.0)	28 (7.0)	8 (2.0)	3 (0.8)
5. เมื่อท่านมีอาการมันง เวียน ศีรษะ แน่นหน้าอกขณะทำงาน ท่านมักจะออกไปยังพื้นที่ ถ่ายเทได้สะดวก	182 (45.5)	121 (30.3)	77 (19.3)	12 (3.0)	8 (2.0)
6. ท่านหลีกเลี่ยงการ ออกกำลังกายบริเวณที่มี การจราจรหนาแน่น	210 (52.5)	94 (23.5)	65 (16.3)	15 (3.8)	16 (4.0)
7. ท่านรับประทานอาหารผลไม้	235 (58.8)	110 (27.5)	38 (9.5)	17 (4.3)	0 (0.0)
8. ท่านหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารประเภท ปิ้งย่าง	104 (26.0)	138 (34.5)	126 (31.5)	25 (6.3)	7 (1.8)
9. ท่านตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	206 (51.5)	82 (20.5)	61 (15.3)	23 (5.8)	28 (7.0)
10. ท่านไปพบแพทย์เมื่อสังเกต ความผิดปกติของร่างกาย	194 (48.5)	89 (22.3)	79 (19.8)	31 (7.8)	7 (1.8)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.3) โดยพบว่า กลุ่มอาชีพขั้วรถจักรยานยนต์รับจ้างมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.2) กลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79.9) และกลุ่มอาชีพขายอาหารตามสั่งมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.1) ดังตารางที่ 4-11

ตารางที่ 4-11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ระดับพฤติกรรมป้องกัน	อาชีพ			
	ขั้วรถจักรยานยนต์ รับจ้าง	ขายอาหาร ปิ้งย่าง	ขายอาหาร ตามสั่ง	รวม
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ระดับสูง (38-50 คะแนน)	97 (75.2)	107 (79.9)	81 (59.1)	285 (71.3)
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	31 (24.0)	25 (18.7)	56 (40.9)	112 (28.0)
ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)	1 (0.8)	2 (1.5)	0 (0.0)	3 (0.8)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวม

ผลการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.3, 98.5 และ 72.0 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.0 และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับสูงร้อยละ 54.3 ดังตารางที่ 4-12

ตารางที่ 4-12 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม

ระดับการรับรู้	ความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 400)				
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	รวม
ระดับสูง	281 (70.3)	394 (98.5)	288 (72.0)	15 (3.8)	217 (54.3)
ระดับปานกลาง	119 (29.8)	6 (1.5)	110 (27.5)	304 (76.0)	183 (45.8)
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	81 (20.3)	0 (0.0)

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของแต่ละกลุ่มอาชีพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขั้วรถจักรยานยนต์รับจ้าง และกลุ่มอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขั้วรถจักรยานยนต์รับจ้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มอาชีพอาหารตามสั่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation

coefficient) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง กลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งของ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่การรับรู้อุปสรรคกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายอาชีพพบว่า อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ส่วนอาชีพขายอาหารปิ้งย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็ง ดังตารางที่ 4-13

ตารางที่ 4-13 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งและความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของแต่ละกลุ่มอาชีพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	r	P
อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง (n = 129)				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง	48.19	5.62	0.323	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง	40.21	5.79	0.219	0.013
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	39.74	5.62	0.541	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	39.99	7.44	-0.111	0.210
ความเชื่อด้านสุขภาพ (รวม)	168.13	16.60	0.319	< 0.001
อาชีพขายอาหารปิ้งย่าง (n = 137)				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง	49.69	6.75	0.039	0.655
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง	42.13	4.67	-0.092	0.291
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	42.12	5.23	0.373	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	38.29	7.45	-0.410	< 0.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ (รวม)	172.25	15.66	-0.081	0.354
อาชีพขายอาหารตามสั่ง (n = 134)				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง	47.06	5.44	0.486	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง	39.46	4.93	0.128	0.135
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	39.55	4.92	0.320	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง	38.97	5.51	-0.441	< 0.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ (รวม)	165.07	13.23	0.183	0.033
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	168.44	15.44	0.170	< 0.001

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมัน จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.8 อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 39.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี ส่วนใหญ่ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ทำงานเฉลี่ย 7.8 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานต่ำสุด 1 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานมากที่สุด 15 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อแบ่งระยะเวลาทำงานเป็นรายสัปดาห์พบว่า ส่วนใหญ่ทำงาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 86.0 ทำงานต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์ ทำงานมากที่สุด 7 วันต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 5.7 ปี ประสบการณ์ทำงานต่ำสุด 0.4 ปี ประสบการณ์ทำงานมากที่สุด 30 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.5 ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 92.0 ส่วนใหญ่ประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งคือพ่อ แม่ ร้อยละ 78.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.3 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 67.0 สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 85.3 แหล่งข้อมูลข่าวสารอันตรายจากสารก่อมะเร็งได้ส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ร้อยละ 65.8 และข้อมูลข่าวสารวิธีการป้องกันอันตรายจากสารก่อมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 77.5

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้ความรุนแรงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีการรับรู้ประโยชน์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มอาชีพขั้วรถจักรยานยนต์รับจ้างมีการรับรู้อุปสรรคสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับสูง และโดยกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง และความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งของแต่ละกลุ่มอาชีพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และกลุ่มอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองพบว่า การรับรู้ความรุนแรงกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มอาชีพขายอาหารตามสั่ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองพบว่า การรับรู้ประโยชน์กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างและกลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ประกอบการขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพพืมนพบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายอาชีพพบว่า อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ $p < 0.05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 51 ปีและมีประสบการณ์ทำงานพบสูงสุดถึง 30 ปี ซึ่งเมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้มีความสนใจเรื่องความปลอดภัยของตนเองมากขึ้น (เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2556) และการมีประสบการณ์รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีมากขึ้นทำให้คนที่มียุมากและการมีประสบการณ์ในการทำงานมากจะส่งผลให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านสุขภาพร่างกายดีกว่าคนงานที่มีอายุน้อย (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ, 2560) รวมไปถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพตามนโยบายของภาครัฐที่ตรวจตามความเสี่ยงตามกลุ่มอายุซึ่งในกระบวนการตรวจคัดกรองจะมีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคควบคู่ไปด้วย (อุมพร ปุญญโสพรรณ และคณะ, 2554) ทำให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความเข้าใจกับความเสี่ยงของตนเอง (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุวรรณดา สงธนู และคณะ, 2558) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานมีความใกล้ชิดกับบุคลากรสาธารณสุขจึงมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย และเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลความรู้และข่าวสารต่างๆ ได้มากขึ้น จึงทำให้มีการรับรู้ถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างที่พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุด (ร้อยละ 74.6) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากขณะประกอบกิจกรรมปิ้งย่างอาหารโดยทั่วไปนิยมใช้เตาถ่านไม่นิยมใช้เตาไฟฟ้าหรือเตาแก๊สปัญหาที่ตามมาคือเขม่าควันอนุภาคขนาดเล็ก ฟุ้งออกมาเห็นได้ชัดเจน (Komsan & Ganjana, 2012) จึงอาจจะทำให้กลุ่มผู้ประกอบอาชีพมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็ง พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.5) เนื่องจากพื้นที่ปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนนนอกจากจะมีโอกาสได้รับสัมผัสสารมลพิษที่เกิดจากกิจกรรมการทำงานแล้วยังพบว่า มีสิ่งคุกคามอื่นที่อาจจะส่งผลต่ออาการทางสุขภาพ เช่น การสัมผัสแสงแดด รังสีอุณหภูมิต้นนอกเหนือจากสารอินทรีย์ระเหยยังมีปริมาณฝุ่นละออง สิ่งเหล่านี้อาจจะร่วมกันส่งผลต่อสุขภาพแบบเฉียบพลันได้ และเรื้อรังในระยะยาว (ฉาน ปัทมาพลยง, 2558) จึงอาจจะเป็นเหตุผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงที่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างที่พบระดับการรับรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 84.3) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น จากปัญหาเขม่าควัน อนุภาคขนาดเล็กฝุ่นที่เกิดจากกิจกรรมปิ้งย่างขณะทำงาน ฝุ่นควันเหล่านี้สามารถเข้าไปในส่วนลึกของระบบทางเดินหายใจได้จึงมีผลและแสดงอาการของโรกระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันออกมาให้เห็น และส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังในระยะยาว

(Komsan & Ganjana, 2012) จึงอาจจะเป็นเหตุผลให้กลุ่มผู้ประกอบอาชีพมีการรับรู้ความรุนแรงต่อสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็ง พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.0) โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีระดับการรับรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 88.1) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น เนื่องจากการที่กลุ่มอาชีพมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงจึงเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ดังผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับสูงจึงทำให้ผลการศึกษารับรู้ประโยชน์การป้องกันของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอยู่ในระดับสูงตามมา

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.0) ซึ่งในด้านคะแนนการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับสูงจะส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคจึงส่งผลให้มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการศึกษาที่พบว่า มากกว่า (ร้อยละ 60.0) ขึ้นไปไม่แน่ใจและเห็นด้วยกับการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงต่อการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้เนื่องจากพื้นที่ทำงานงานอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมเนื่องจากเป็นพื้นที่ทำงาน และบริเวณพื้นที่มีการจราจรและคนอาศัยอยู่จำนวนมากจะส่งผลให้มีรายได้ดีกว่าพื้นที่อื่น ๆ ทำให้กลุ่มผู้ประกอบอาชีพมีการรับรู้ถึงอุปสรรค โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างที่ พบว่า การรับรู้ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 77.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น เนื่องจากกลุ่มผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่สนใจเรื่องสุขภาพ สนใจเฉพาะรายได้ที่จะนำมาเลี้ยงครอบครัว มองว่าการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเป็นเรื่องต้องเสียค่าใช้จ่ายและจากการศึกษายังพบว่า กลุ่มผู้ประกอบอาชีพมีการทำงานมากที่สุดถึง 15 ชั่วโมงต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณีภา สืบสุข (2557) และนันทพร ภัทรพุทธ (2549) ที่ศึกษาในผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประกอบอาชีพไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมสนใจเฉพาะเรื่องทำงานเพื่อเลี้ยงครอบครัว

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองพบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.3) เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายจากสารก่อมะเร็งมากกว่า (ร้อยละ 60.0) ส่วนได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นความเชื่อที่คำแนะนำเหล่านั้นจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะปฏิบัติและยอมรับในสิ่งใดนั้นบุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพสามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพทำให้ไม่เจ็บป่วยและมีการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้นรวมถึงผลการศึกษา

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งก็จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อพฤติกรรมที่สูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ของวาณิชชา โขมพัฒน์และศุภาภาส คำโตนด (2560) ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ สอดคล้องกับการศึกษา (ชนาพรเชื่อนเป็ก และทัศนพงษ์ตันติปัญญพร, 2559) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการสัมผัสมลพิษทางอากาศมีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสมลพิษในอากาศสูงซึ่งปัจจัยที่สำคัญมาจากการได้รับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมลพิษทางอากาศและให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น โทรทัศน์วิทยุวารสารและการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างที่ พบว่า มีการรับรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 79.9) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น เนื่องมาจากการกลุ่มอาชีพมีการรับรู้โอกาส และความรุนแรงสูงกว่า กลุ่มอาชีพอื่น และการประกอบอาหารปิ้งย่างส่วนใหญ่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศในสถานที่ ประกอบอาหาร โดยเฉพาะเชื้อเพลิงที่ใช้ประกอบอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อมลพิษทาง อากาศ และส่งผลให้มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจซึ่งผลกระทบต่อส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นชนิด แบบเฉียบพลัน และรุนแรงซึ่งอาจจะนำไปสู่การปฏิบัติต่อพฤติกรรมที่สูงด้วย (จตุพล ท้าวบุญยืน และสมชาย ขอบใจ, 2550)

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.3) ส่วนผลการศึกษาด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3 , 98.5 และ 72.0) โดยองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งถ้าผู้ประกอบการอาชีพมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ รับสัมผัสสารก่อมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง ก็จะส่งผลต่อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง จึงส่งผล ให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงตามมา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกัน ตนเอง พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขั้บรถจักรยานยนต์รับจ้าง และกลุ่มอาชีพขายอาหารตามสั่งมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง เนื่องมาจากกลุ่มอาชีพมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครอยู่ในระดับสูงจึงนำไปสู่การรับรู้พฤติกรรมการป้องกัน โรคที่คิดด้วย ดังคำกล่าวของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิด โรคสูงจะเป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและมีพฤติกรรมใน การป้องกัน โรคมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุชบุญวิเศษ (2556) ที่พบว่า การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อโรคสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันดีขึ้นซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการทำงาน และถ้ามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงในระดับสูงก็จะทำให้มีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันสูงร่วมกับมีการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Penrawee et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ($p < 0.05$) เนื่องจากการที่บุคคลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมกขึ้นและการศึกษา Navapom (2015) ที่พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพริมถนนส่วนมากมีความเข้าใจและตระหนักต่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการให้ความรู้ผ่านการสื่อสารความเสี่ยงและมีแนวโน้มป้องกันตัวเองจากการรับสัมผัสสารพิษ และพบว่า การได้รับความรู้ด้านมลพิษอากาศและความเสี่ยงส่งผลต่อทัศนคติด้านการปฏิบัติตน แต่เมื่อพิจารณารายข้อยังพบว่า ยังมีบุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่ใจร่วมกับไม่เห็นด้วยต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 40.0 ได้แก่ สถานที่ทำงานและอาชีพมีผลต่อการได้รับสัมผัสสาร อินทรีย์ระเหยการได้รับสารอินทรีย์ระเหยทางการหายใจและผิวหนังมีโอกาสได้รับมากกว่าทางการกิน และการใช้ถ่านประกอบอาหารจะได้รับการสารอินทรีย์ระเหยมากกว่าการใช้เตาแก๊ส จึงอาจจะเป็นเหตุผลทำให้การรับรู้ของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมป้องกันตนเองพบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มอาชีพอาหารตามสั่ง เนื่องจากกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพมีการรับสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานริมถนนนานกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษายังพบบุคคลที่มีการทำงานมากที่สุดถึง 15 ชั่วโมง/วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉาน ปัทมะ พลอย (2558) ที่พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์ทำงานสูงถึง 15 ชั่วโมงต่อวัน และในแต่ละวันต้องมีการสัมผัสโดยตรงกับฝุ่นละอองที่อยู่ในอากาศวันจากท่อไอเสียรถยนต์เป็นเวลานาน (Pannipaet al. 2013) รวมถึงการรับสัมผัสสารมลพิษขณะขับรถโดยสารขณะเติมน้ำมัน และขณะนั่งรถที่วินมีโอกาสรับสัมผัสสารมากที่สุดโดยเฉพาะวินที่อยู่ในเขตการจราจรคับคั่ง และอากาศถ่ายเทไม่สะดวก (นันทพรภัทรพุท, 2549 และ Kodchapan, 2014) ส่งผลให้กลุ่มอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างมีการรับรู้ความรุนแรงสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อมส่วนกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างและขายอาหารตามสั่งที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอาจจะเนื่องจากระดับการศึกษาส่วนใหญ่

มีระดับการศึกษาน้อยคือระดับประถมศึกษาอาจจะส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของปัจจัยต่าง ๆ และการรับรู้ต่อเกิดมะเร็งได้น้อย (กุลชญา ลอยหา และกรุณา จันทุม, 2559) แต่เมื่อพิจารณารายชื่อยังพบว่า มีบุคคลที่มีความรู้สึกลังเลไม่แน่ใจรวมกับไม่เห็นด้วยต่อความรุนแรงมากกว่าร้อยละ 30.0 คือ การเจ็บ ป่วยเป็น โรคมะเร็งสามารถรักษาได้ และสามารถกลับมาเป็นได้อีก ทั้งนี้อาจจะมาจากโรคมะเร็งที่เกิดจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยถึงแม้ว่าจะมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ความรุนแรงของโรคมะเร็งใช้ระยะเวลาในการเกิดโรค และเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทันที อีกทั้งผลการ ศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงทำให้ยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วยและส่งผลให้กลุ่มผู้ประกอบอาชีพไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรรณ สายสุด และคณะ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน เนื่องจากโรคที่มีความรุนแรงแต่ใช้ระยะเวลาฟักตัวนานจึงทำให้บุคคลที่ไม่เคยเกิดการเจ็บป่วยขาดการตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันจึงอาจจะเป็นเหตุผลทำให้การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่างและผู้ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองพบว่า การรับรู้ประโยชน์กลุ่มผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง กลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ เนื่องจากผลการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงส่งผลให้เกิดการกระทำนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นและยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายจากสารก่อมะเร็งและวิธีการป้องกันอันตรายจากสารอินทรีย์ระเหยมากกว่า ร้อยละ 60.0 และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจึงทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการแสวงหาความรู้เรื่องโรคได้ดีสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพและส่งผลให้การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และควบคุมโรคจะเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนได้ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา จินดาวงศ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับกันพฤติกรรมการป้องกันโรค ($p < 0.001$) ส่วนการศึกษาของ นพวุฒิ ชื่นบาล และคณะ (2556) ศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างที่พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเช่นการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pannipact al. (2013) ศึกษาการรับรู้ ประโยชน์ของกลุ่มอาชีพขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคปอดจากสิ่งแวดล้อม ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ดีว่าจะช่วยลดอันตรายที่เกิดจากลักษณะงานต้องสูดดมฝุ่นละอองมลพิษที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่างๆทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคปอด จากสิ่งแวดล้อม

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองพบว่า การรับรู้อุปสรรคกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง และกลุ่ม ผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แต่การรับรู้อุปสรรคกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับ ขีรถจักรยานยนต์รับจ้างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะประเมินถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกรหรือ การคาดคะเนของตนเอง เห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อย จะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) จึงอาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและมีศักยภาพการเรียนรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถตัดสินใจโดยใช้เหตุผลหรือเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยได้ดี จึงทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีทักษะในการเผชิญปัญหาต่างๆได้ดี และมองว่ากิจกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานันท์ ใจดี และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน โรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่งผลให้มีความสามารถในการคิดการวินิจฉัย ไตร่ตรองและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพ ส่วนกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับ ขีรถจักรยานยนต์รับจ้างที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน ตนเอง ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อยังพบว่า มีบุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็ง อยู่ในระดับไม่แน่ใจรวมกับระดับสูงมากกว่าร้อยละ 60.0 ได้แก่ การใช้ผ้าปิดจมูกชนิดคาร์บอน ทำให้ลำบากต่อการสื่อสารหายใจลำบากและรู้สึกว่าผ้าปิดจมูกชนิดคาร์บอนมีราคาแพง และรู้สึกว่า บริเวณพื้นที่ที่มีการจราจรและคนอาศัยอยู่จำนวนมากจะส่งผลให้มีรายได้ดีกว่าพื้นที่อื่นและไม่

สามารถหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้เพราะพื้นที่ทำงานอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมมีจรรยาบรรณแน่นสำหรับคะแนนด้านอุปสรรคสูงจะส่งผลทำให้มีการปฏิบัติต่อพฤติกรรมต่ำ Rosenstock (1974) ได้กล่าวไว้ว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ภัทรพุท (2549) และ Pannipa et al. (2013) ศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างพบว่า มีการรับรู้ถึงอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารพิษ ส่วนใหญ่ไม่สนใจเรื่องสุขภาพ เพราะคิดอยู่เฉพาะการหาเงินคิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสามารถสู้กับสารพิษได้ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงจรรยาที่แออัดได้ เนื่องจากจำเป็นต้องทำงานในแหล่งที่จรรยาพลุกพล่านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องทำจึงอาจจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอาชีพ (อุมาพรบุญญาโสพรรณ และคณะ, 2554)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพรถจักรยานยนต์รับจ้าง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายอาชีพพบว่า อาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และอาชีพขายอาหารตามสั่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ $p < 0.05$ ส่วนอาชีพขายอาหารปิ้งย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองสอดคล้องกับแนวคิด Rosenstock (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื่อว่าเป็นโรคแล้วจะมีความรุนแรงต่อชีวิตเชื่อว่าถ้าปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและยังเชื่อว่าการปฏิบัติตนดังกล่าวจะไม่มีอุปสรรคต่อตนเองและยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของ Penrawee et al. (2012), อภิชิต แสงปราชญ์ (2553) และอัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ และคณะ (2555) ส่วนกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขายอาหารปิ้งย่างที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอาชีพขายอาหารปิ้งย่างที่อาจจะส่งผลต่อการรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นได้แก่ข้อมูลด้านการศึกษาที่พบว่า อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาและมีอายุในช่วง 20-30 ปี มากกว่าทุกกลุ่มอาชีพ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรับรู้ที่ไม่เข้าใจต่ออันตรายจากการสัมผัสสารก่อมะเร็ง และทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายน้อย อีกทั้งข้อมูลดัชนีมวลกายยังพบว่า อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และเมื่อพิจารณาโรคประจำตัวที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

โรคปอด และ โรคมะเร็ง ซึ่งมีความผิดปกติสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพอื่น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่างมีพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นจึงอาจจะเป็นเหตุผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพขายอาหารปิ้งย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการรณรงค์ให้มีการดูแลสุขภาพเชิงรุก เช่น รณรงค์สื่อสารอันตรายจากการรับสัมผัสสารก่อมะเร็ง แนะนำวิธีการป้องกันอันตรายจากสารก่อมะเร็ง จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันสารเคมีส่วนบุคคลแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพ และแนะนำการใช้อุปกรณ์ที่ถูกชนิดถูกวิธี รวมทั้งควรจัดให้มีการบริการด้านสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว เป็นต้น

2. ผู้ประกอบการภาคอุตสาหกรรมควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่ผู้ประกอบอาชีพรอบสถานประกอบการ เช่น สร้างห้องรับรองผู้โดยสารให้บริการเพื่อลดการรับสัมผัสสารมลพิษแก่ผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และจัดโซนเพื่อกำหนดเขตพื้นที่ปลอดภัยในการทำงานให้แก่ผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมถนน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการตรวจวัดสภาพ แวกซ์ในในพื้นที่การทำงาน และตรวจวัดระดับสาร Volatile organic compounds (VOCs) ในร่างกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลมลพิษทางอากาศ และข้อมูลการรับสัมผัสซึ่งจะสามารถนำมาประเมินความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพได้มากยิ่งขึ้น

2. เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นในบริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมควรทำการศึกษาในรูปแบบเชิงคุณภาพต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมมลพิษ. (2555). ค่าเฉลี่ย 12 เดือนของสาร Benzene บริเวณพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม มาบตาพุด จังหวัดระยอง. เข้าถึงได้จาก <http://aqnis.pcd.go.th/VOCold/VOCsdata49-55.htm>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2557). ข่าวสารอากาศและเสียง. เข้าถึงได้จาก http://infofile.pcd.go.th/air/AirNews57_2.pdf?CFID=3719814&CFTOKEN=26162003
- กรมควบคุมมลพิษ. (2558). รายงานสถานการณ์มลพิษ ของประเทศไทย ปี 2558. เข้าถึงได้จาก http://infofile.pcd.go.th/mgt/ThailandPollut2558_Final.pdf?CFID=1652446&CFTOKEN=92484601
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2560). ข้อมูล โรงงาน. เข้าถึงได้จาก <http://www.diw.go.th/hawk/content.php?mode=data1search>
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลชญา ลอยหา และกรุณาจันทุม. (2559). การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 1-8.
- จงขวัญ ปาละกุล. (2550). การรับรู้ความเสี่ยงและขวัญในการทำงานกบพฤติกรรมการทำงาน ของตำรวจจราจรกองบังคับการตำรวจนครบาล 1. วิทยานิพนธ์จิตวิทยาอุตสาหกรรม และองค์การ, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- คณะกรรมการวิชาการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครราชสีมา. (2550). สารเบนซีนภัยอันตรายใกล้ตัว. นครราชสีมา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- จตุพล ท้าวบุญยืน และสมชาย ขอบใจ. (2550). อัตราความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยระบบทางเดินหายใจของผู้ประกอบอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร. *สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.*
- จิตรดา มุประสิทธิ์. (2553). องค์ประกอบและสัดส่วนของโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) ใน PM_{10} จากแหล่งปลดปล่อยต่างประเภทในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จารุณี ระบายศรี. (2553). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประชุมเพื่อระดมความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉัตรชัย ชุมกระโทก. (2551). การตรวจระดับสารเบนซีนในเลือดด้วยเทคนิคเฮดสเปซ-โซลิดเฟส ไมโครเอกซ์แทรกชันของผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเบนซีน ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 18(3), 389-403.
- ชนาพร เชื้อนเป็ก และทัศนพงษ์ ตันติปัญญพร. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสมลพิษทางอากาศของผู้ประกอบอาชีพมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตอำเภอแม่สอดจังหวัดตาก. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(33), 14-25.
- ฉาน ปัทมา พลยง. (2558). เปรียบเทียบการรับสัมผัสสารเบนซีนและผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน ในเขตมาบตาพุด จังหวัดระยอง. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 8(28), 7-20.
- ฉาน ปัทมา พลยง. (2559). เปรียบเทียบระดับกรดทรานส์ทรานส์มีวโคนิคในปีสาวระหว่างกลุ่มผู้ประกอบอาชีพริมถนน และกลุ่มสำนักงานในเขตมาบตาพุด จังหวัดระยอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(6), 951-959.
- คณัย ทิพย์มณี. (2555). การจำแนกแหล่งกำเนิดของสารพอลิไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) ในตะกอนชายฝั่งทะเลจังหวัดพังงา. ม.ป.ท.
- คณิกา หงษ์ทอง, อริญญา นามวงศ์, ประดิษฐ์ชาติเครือ, สิริสุดา เตชะวิเศษ, สุรางคณา ไชยรินคา และพรพิมล อรุณรุ่งโรจน์. (2552). ความรู้การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้ปวดข้อของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- ดวงตา เทียนกล้า. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากสารเคมีอันตรายของพนักงาน โรงงานผลิตมอเตอร์คอมพิวเตอร์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรงฤทธิ แก้วเกื้อ, นพพันธ์ นานคงแนบ, พรพิมล กองทิพย์ และสุคน ชาติศิริ. (2557). การประเมินความเสี่ยงสุขภาพการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยง่ายของผู้ประกอบอาชีพค้าขายริมถนนในพื้นที่การจราจรหนาแน่นของกรุงเทพมหานคร. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชครั้งที่ 4.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, วรพรรณ จันทวิเมือง, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ และวิภาดา หมัดอะดัม. (2560). การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากเครื่องถ่ายเอกสารและพฤติกรรมกำบังตนเองของพนักงานถ่ายเอกสาร. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 28-44.
- นฤมล ศีลารักษ์ และสมชัย บวรกิตติ. (2542). โรคมะเร็งเหตุอาชีพ. วารสารเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม, 1(2), 526-535.
- นันทพร ภัทรพุท. (2548). ผู้ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้างกับความเสี่ยงการรับสัมผัสสารเบนซิน ในจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 1(1), 75-78.
- นันทพร ภัทรพุท. (2556). สารพิษกับสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- นันทพร ภัทรพุท และนิภา มหารัชพงศ์. (2553). การประเมินผลกระทบจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในเด็กนักเรียน จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทวัน แก้วไชยหาญ. (2554). การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในภาวะหมอกควันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิดา จันตะวงศ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(1), 63-79.

- นัฟวูลิ ชีนบาล, ตริอมร วิสุทธีศิริ และพรเลขา บรรหารศุกวาท. (2556). การศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่เขต บางเขนกรุงเทพมหานคร. เชียงใหม่: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1.
- นิยะนันท์สำเภาเงิน และดวงกมลชาติประเสริฐ. (2557). อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อ พฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ คิดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา, 7(2), 38-58.
- ปภาศิริ บาร์เนท, สุวรรณ ภาณุตระกูล, พอลิต นันทนาวัฒน์, นันทพร ภัทรพุทธ, นิภา มหารัชพงศ์, ไพฑูรย์ มกคง ใจ, อาวุธ หมั่นหาผล, นันทิกา คงเจริญพร และ Malin Charlotta Celandia. (2556). การประเมินผลกระทบของโลหะหนักและสารอินทรีย์ ไฮโดรคาร์บอนต่อสัตว์ทะเลตามแนวชายฝั่งทะเลอุตสาหกรรมมาตาพุด จังหวัดระยอง. ม.ป.ท.
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง ชี้แจงจำกัดความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย. (2560, 3 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 134-198.
- ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่อง กำหนดค่าเฝ้าระวังสำหรับสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศ โดยทั่วไปในเวลา 24 ชั่วโมง. (2550, 15 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 18-19.
- ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 30 (พ.ศ. 2550) เรื่อง กำหนดมาตรฐานค่า สารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไปในเวลา 1 ปี. (2550, 15 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8.
- ประกาศกระทรวงแรงงานเรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน 2550. (2550, 24 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 9-12.
- ปจรรย์ ทองสนิท, วิชญา อัมระจ่าง และขวัญฤทัย ทองบุญฤทธิ. (2555). โครงการสารประกอบ โพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) ในฝุ่น PM10 ในช่วงการเกิดหมอก ควันของจังหวัดเชียงใหม่. งบประมาณแผ่นดินมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2555.
- ปิยะนุช บุญวิเศษ, มัณฑนา คำรงค์ดี และธีรนุช ห้านิรัตติชัย. (2556). ปัจจัยทำนายผลพฤติกรรมการ ป้องกันการสัมผัสฝุ่นรูปในผู้ประกอบการอาชีพผลิตรูป. พยาบาลสาร, 40(4), 80-90.
- ฝนทิพย์ พริกชู. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนใน พื้นที่แพร่เชื้อ จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัย และประเมินผล, มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรม*. เข้าถึงได้จาก <http://rirs3.royin.go.th/Word28/word-28-a0.asp>
- เพชร เพชรอ่อน. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในแรงงานตัดอ้อยอำเภอถานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พรแก้ว เหลืองอัมพร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร กลัมพากร และสรสา อภรณ์. (2014). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 52-64.
- พรนิภา คชชา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และพิมสุภาวี่ จันทนะโสทธิ. (2552). โปรแกรมวัดโรคศึกษาสำหรับผู้ต้องขังป่วยโรคทนต์สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสารสุขศึกษา*, 3(111), 43-58.
- พรรณนิภา สืบสุข, อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล, ดรุณี เลิศสุดคณิง และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2557). ปัจจัยทำนายสมรรถภาพปอดของผู้ประกอบอาชีพขั้มอเตอร์ไซค์รับจ้างเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุข*, 44(1), 79-92.
- รุ่งนภา รักษาทรัพย์. (2551). *การจำแนกสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารประกอบพอลิไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (พีเอเอช) บนอนุภาคในบรรยากาศบริเวณโรงไฟฟ้า*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม (สหสาขาวิชา), บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 15-26.
- วาณิชชา โขมพัฒน์ และ สุภาภาสคำโตนด. (2560). การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานปฏิบัติงานสายการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(33), 6-13.
- วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. (2555). *Benzene*. เข้าถึงได้จาก http://www.summacheeva.org/index_haitox_Benzene.htm
- เศกสันต์ สมิตธิภิญโญ. (2550). *สารประกอบโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน จากการประกอบอาหารประเภททอด*. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สร้อยญา กุลวงศ์. (2552). พฤติกรรมหารป้องกันโรคติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สามารถ ประเสริฐจิต. (2557). สถานการณ์ของสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) บนอนุภาค PM10 ในเขตเมืองกึ่งเมืองและชนบทของอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขุบัญญัติ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียงกรมควบคุมมลพิษ. (2557). ข่าวสารอากาศและเสียงประจำเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2555, 7(2), 1-15.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2014). โรคจากเบนซีน. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/57>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี 2558. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สินชัย รัตนกระจ่างศรี. (2555). การศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ของชาวเขาเผ่าเมี่ยน (เย้า) ในชุมชนเผ่าระวางกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปางถ้ำ ตำบลร่มเย็น อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สุกัญญา เขตอนันต์. (2556). การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, ภาควิชาพลศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุวรรณ สายสุด, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2555). การสัมผัสเอสเบสตอส แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกัน และภาวะสุขภาพของพนักงานอุโมงค์มรณคดี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 21(1), 31-43.
- สุวรรณดา สงชนู, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2558). การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอกโรงพยาบาลชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 18(3), 188-194.

- เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิทยะศิริ และวันดี ไชยทรัพย์. (2556). การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม.* 29(2), 80-94.
- อนามัย เทศกะทีก, ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และวัลลภ ใจดี. (2554). แนวทางการคัดกรองอาชีพอนามัยของผู้รับสัมผัสของตัวทำลายในพนักงาน: ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ. *ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- อนุดิษฐ์ ศรีทองคำ. (2550). *สารประกอบโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอนในฝุ่น PM 10 จากการปิ้งหมู.* วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภิชาติ แสงปราษฎ์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- อภิญา พันธุ์จิตจินดาทรัพย์. (2557). *ปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีพของมะเร็งระบบเม็ดเลือดในจังหวัดระยอง.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชีพเวชศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์, นพวรรณ เปียชื่อ และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร,* 18(1), 58-69.
- อัสนี วันชัย. (2559). *วิถีสุขภาพที่ดีสำหรับป้องกันการเกิดมะเร็ง.* *วารสารพฤติกรรมศาสตร์,* 22(2), 17-27.
- อาทิตยา จิตจำนง. (2559). *สารก่อมะเร็งในงานอุตสาหกรรม.* *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,* 10(2), 6-16.
- อุมาพร ปุญญาโสพรรณ, ผงศิลป์ เฟิงมาก และจุฑามาศ ทองคำสิง. (2554). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าช้างอำเภอท่าช้างจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,* 3(1), 47-60.
- อุษณีย์ จันทร์ตรี, ศรัณย์ ศรีคำ, วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ และจารุพงษ์ พรหมวิทักษ์. (2557). *หลักฐานแสดงการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังของสารเบนซีนและโทลูอีน: กรณีศึกษาคนงาน.*

- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). (2013). *Toxicological profile for Cadmium*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health.
- Andi, C., & Dennis, K. (n.d). *From Risk Perception to Safe Behaviour*. Retrieved from https://sia.org.au/downloads/SIGs/Resources/From_Risk_Perception_to_Safe_Behaviour.pdf
- Abdul, A., Jaakkola, S. M., Pukkala, E., & Jaakkola, J. K. (2010). Exposure to benzene at work and the risk of leukemia: a systematic review and meta analysis. *Environmental Health*, 9(33), 1-8.
- Becker, M. H. (1974). *The Health belief model and personal Health behavior*. New Jersey: S.Slack.
- Best, John. (1997). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bin, J., Hai-long, Z., Guo-qiang, H., Hui, D., Xin-gang, L., Hong-tu, S. and Rui, L. (2007). Characterization and distribution of polycyclic aromatic hydrocarbon in sediment of Haihe River, Tianjin, China. *Journal of Environmental Sciences*, 19(3), 306-311.
- Bloemen, A., Youk, T. D., Bradley, K. M., & Bodner, G. M. (2004). Lymphohaematopoietic cancer risk among chemical workers exposed to benzene. *Occup Environ Med*, 61, 270-274.
- Chatsuda, P., & Sunisa, C. (2014). Exposure to benzene among workers in gasoline stations: a case study in Khon Kaen municipality, Muang Khon Kaen. *KKU Res. J.*, 19(2).
- Gosta, A., Lars, B., Erik, H., & Gerd, S. (2010). Cancer incidence in a petrochemical industry area in Sweden. *Science of the Total Environment*, 408, 4482-4487.
- Harvard Health Publication. (2011). *The psychology of risk perception*. Retrieved from https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/the-psychology-of-risk-perception
- Jeffrey, M., Switchenko, C. B., Kevin, W. D., Jean, L., Koffb, A., Rana, B., Barry, R., Lance, A. W., & Christopher, R. F. (2016). Resolving uncertainty in the spatial relationships between passive benzene exposure and risk of non-Hodgkin lymphoma. *Cancer Epidemiol*, 41, 139-151.
- Kaufman, D. W., Anderson, T. E., & Issaragrisil, S. (2009). Risk factor for leukemia in Thailand. *Annals of Hematology*, 11(88), 1079-1088.

- Komsan, R., & Ganjana, N. (2012). Size distribution of particles generated from grilling Process. *KKU Journal for Public Health Research (KKU-JPHR)*, 5 (2), 11-20.
- Lars, B., Erik, H., & Gerd, S. (2009). Leukaemia incidence in people living close to an oil refinery. *Environmental Research*, 109, 985-990.
- Long, E. R., MacDonald, D. D., Smith, S. L., & Calder, F. D. (1995). Incidence of adverse biological effects within ranges of chemical concentrations in marine and estuarine sediments. *Environmental Management*, 19(1), 81-97.
- Navaporn Kanjanasiranont. (2015). *Health risk assessment of carbonyl compounds and BTEX among highly exposure workers in the inner city of Bangkok*. Chulalongkorn University. Graduate School, Chulalongkorn University.
- Navasumrit, P., Chanvaivit, S., Intarasunanont, P., Arayasiri, M., Lauhareungpanya, N., Parnlob V., Settachan, D., & Ruchirawat, M. (2005). Environmental and occupational exposure to Benzene in Thailand. *Chem Biol Interact*, 30, 153-154.
- Okona-Mensah, K. B., Battershill, J., Boobis, A., & Fielder, R. (2005). An approach to investigating the importance of high potency polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) in the induction of lung cancer by air by air pollution. *FoodChemToxicol*, 43(7), 1103-1116.
- Penrawee, M., Kitiphong, H., Mayuna, S., & Orawan, K. (2012). Cancer risk Perception and Preventive Behaviors among Grilled Meat Vendors. *J Med Assoc Thai Vol.* 95(6).
- Penrawee, M., Kitiphong, H., Mayuna, S., & Orawan, K. (2012). Cancer risk perception and preventive behaviors among Grilled Meat Vendors. *J Med Assoc Thai Vol.* 95(6).
- Pannipa, S., Autchariya, P., & Penchun, S. (2013). Predicting factors of health promoting behaviors to preventive environmental lung diseases among motorcycle taxi drivers in Bangkok Metropolitan Area. *J NursSci*, 31 (1), 48-58.
- Rosenstock, I. M. (1974). Health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 334.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed), *The health belief model and personal behavior* (pp. 27-59). New Jersey: Charles B. Slack.

- Sorahan, L. J., & Kinlen, R. D. (2005). Cancer risks in a historical UK cohort of benzene exposed workers. *Occup Environ Med*, 62, 231-236.
- Sorahan, L. J., & Kinlen, R. D. (2005). Cancer risks in a historical UK cohort of benzene exposed workers. *Occup Environ Med*, 62, 231-236.
- Steinmaus, C., Smith A. H, Jones R. M., & Smith, M. T. (2008). Meta-analysis of benzene exposure and non-Hodgkin lymphoma: biases could mask an important association. *Occup Environ Med*, 65(6), 371-8.
- Tunsaringkarn, T., Siriwong, W., Rungsiyothin, A., & Nopparatbundit, S. (2012). Occupational Exposure of Gasoline Station Workers to BTEX Compounds in Bangkok, Thailand. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3(3), 117-125.
- Tamas, V. (2015). Risk, risk perception risk management a review of the literature. *Public Finance Quarterly*, 2015(1), 29-48.
- Valentina, B., Andrea, B., Lifang, H., Matteo, B., Silvia, F., Domenico, C., Hyang-Min, B., Jiayi, J., Barbara, M., Angela, C. P., Pier, A. B., & Allen, S. Y. (2007). Changes in DNA Methylation Patterns in Subjects exposed to Low-Dose Benzene. *Cancer Research*, 67(3), 876-880.
- Wickramasinghe, A. P., Karunaratne, D. G., & Sivakanesan, R. (2012). PM (10) -bound polycyclic aromatic hydrocarbons: biological indicators, lung cancer risk of realistic receptors and source-exposure-effect relationship under different source scenarios. *Chemosphere*, 87(11), 1381-1387.
- World Health Organization. (2006). BMI classification. Retrieved from <http://apps.who.int/bmi/index>

ภาคผนวก

ภาคผนวก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.นิภา มหารัชพงษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.ปاجرีย์ อับดุลลากาซิม อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.พรทิพย์ เขื่อนใจ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

เรียนผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี อันเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวน 10 ข้อ

เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อโดยอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนก่อนทำแบบสอบถาม โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นันท์ฉัตร ระสูง

ผู้วิจัย

คำชี้แจง

สารอินทรีย์ระเหย หมายถึงสารเบนซีน และสารโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (PAHs) ที่ปนเปื้อนอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ ไอระเหยน้ำมัน เชื้อเพลิง ฝุ่นควันจากท่อไอเสียรถยนต์และควันบุหรี่ ฝุ่นควันจากการประกอบอาหาร ฝุ่นควันจากการเผาไหม้การปิ้งย่างเนื้อสัตว์และการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

ส่วน 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความเพียงตัวเลือกเดียวหรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตอบตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

2. ประถมศึกษา

6. ปริญญาตรี

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

7. สูงกว่าปริญญาตรี

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. อาชีพ

1. ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง

2. ขายอาหารปิ้งย่าง

3. ขายอาหารตามสั่ง

6. โดยปกติท่านทำงานบริเวณริมถนนใน 1 วัน..... ชั่วโมง

7. โดยปกติท่านทำงานบริเวณริมถนนใน 1 สัปดาห์.....วันต่อสัปดาห์

8. ประสบการณ์การทำงานบริเวณริมถนน..... ปี

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

1. ไม่มี

2. มี ได้แก่

2.1 โรคเบาหวาน

- 2.2 โรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 โรคหัวใจ
- 2.4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

10. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว

- 1. ไม่มี
- 2. มี ได้แก่
 - 2.1 พ่อ/แม่
 - 2.2 ปู่/ย่า
 - 2.3 ตา/ยาย

11. ประวัติการสูบบุหรี่

- 1. ไม่เคยสูบเลย
- 2. เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- 3. เคย ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

12. ประวัติการดื่มสุรา

- 1. ไม่เคยดื่มเลย
- 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
- 3. เคย ปัจจุบันยังดื่มอยู่

13. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่

- 1. ไม่มี
- 2. มี ได้แก่
 - 2.1 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 - 2.2 สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ
 - 2.3 สิทธิประกันสังคม
 - 2.4 สิทธิประกันสุขภาพ (ประกันชีวิต)
 - 2.5 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

14. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายเกี่ยวกับ ไอร์ระเหยน้ำมัน ควันจากท่อไอเสียรถ ควันหรือฝุ่นที่ปล่อยจากปล่องโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่
(ให้ตอบทุกข้อ)

- | | | |
|--|---------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1. หนังสือพิมพ์ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 2. โทรทัศน์ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 3. วิทยุ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 4. หอกระจายข่าว | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 5. การพูดคุยกับเพื่อน | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 6. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ | | |

15. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันอันตรายจากไอร์ระเหยน้ำมัน ควันจากท่อไอเสียรถ ควันหรือฝุ่นที่ปล่อยจากปล่องโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้นจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ตอบทุกข้อ)

- | | | |
|--|---------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1. หนังสือพิมพ์ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 2. โทรทัศน์ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 3. วิทยุ | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 4. หอกระจายข่าว | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 5. การพูดคุยกับเพื่อน | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 6. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข | () เคย | () ไม่เคย |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ | | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงต่อข้อความนั้นบางส่วน |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย |

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าสถานที่ทำงานของท่านมีผลต่อปริมาณการได้รับสารอินทรีย์ระเหย					
2. ท่านคิดว่าอาชีพที่ท่านทำส่งผลให้ท่านได้รับสารอินทรีย์ระเหย					
3. ท่านคิดว่าการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยในระหว่างการทำงานเป็นเวลานานปีท่านจะป่วยเป็นมะเร็ง					
4. ท่านคิดว่าการทำงานในบริเวณที่มีเขม่าควัน/ฝุ่นที่มาจากจราจร และปล่องโรงงานจะส่งผลให้ท่านป่วยเป็นมะเร็ง					
5. ท่านคิดว่าช่วงเวลาที่รถติดในตอนเช้า/เย็นเป็นช่วงเวลาที่ส่งผลให้เกิดสารอินทรีย์ระเหยมากกว่าเวลาอื่น					
6. ท่านคิดว่าพื้นที่ทำงานที่ตั้งอยู่บริเวณอากาศถ่ายเทไม่สะดวกส่งผลให้ท่านได้รับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยมากขึ้น					

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ท่านคิดว่า การรับสัมพัสดุสารอินทรีย์ ระเหยทางการหายใจ และผิวหนังมี โอกาสได้รับมากกว่าทางการกิน					
8. ท่านคิดว่า ในขณะที่ปฏิบัติงานหาก ท่านรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่ม ไปด้วยท่านจะได้รับสารอินทรีย์ระเหย ปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกาย					
9. ท่านคิดว่า การใช้ถ่านประกอบ อาหารจะได้รับสารอินทรีย์ระเหย มากกว่าการใช้เตาแก๊ส					
10. ท่านคิดว่า ผู้ที่สูบบุหรี่และทำงาน ที่มีโอกาสได้รับสัมพัสดุสารอินทรีย์ ระเหยด้วยจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่					
11. ท่านคิดว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มประเภท แอลกอฮอล์และทำงานที่มีโอกาสได้รับ สัมพัสดุสารอินทรีย์ระเหยด้วยจะทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม					
12. ท่านคิดว่า หากได้รับสัมพัส สารอินทรีย์ระเหยและท่านมี กรรมพันธุ์เป็นมะเร็งจะทำให้ป่วยเป็น มะเร็งได้มากกว่าบุคคลทั่วไป					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงต่อข้อความนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. มะเร็งสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้					
2. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้ร่างกายอ่อนแอและอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย					
3. มะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน					
4. มะเร็งสามารถรักษาให้หายและสามารถกลับมาเป็นอีกได้					
5. ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งจะต้องหยุดงาน บ่อยหรือต้องออกจากงานเพื่อมารักษาพยาบาล					
6. ท่านคิดว่าการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยทำให้เป็นมะเร็งและเสียชีวิตได้					
7. การรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งหากเราดูแลสุขภาพกายและใจให้แข็งแรงเป็นประจำ					
8. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลท่าน					

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเนื่องจากท่านไม่สามารถประกอบอาชีพได้					
10. การป่วยเป็นมะเร็งทำให้เป็นภาระของประเทศในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงต่อข้อความนั้นบางส่วน |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย |

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการใช้พัดลมดูดอากาศหรือพัดลมในระหว่างทำงานจะช่วยระบายอากาศและลดการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้					
2. ท่านคิดว่าการสวมหน้ากากคาร์บอนจะช่วยป้องกันสารอินทรีย์ระเหยได้					
3. ท่านคิดว่าการล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารจะช่วยป้องกันสารอินทรีย์ระเหยเข้าสู่ร่างกายได้					

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. ท่านคิดว่าการงคเครื่องคั้มประเภท แอลกอฮอล์ช่วยลดการเกิดมะเร็งได้					
5. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือบริเวณที่มีควันบุหรี่มีส่วนช่วยลด การเกิดมะเร็งได้					
6. ท่านคิดว่าการอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ทันทีหลังปฏิบัติงานจะช่วยลดการรับ สัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้					
7. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็น ประจำช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและป้อง กันอันตรายจากสารอินทรีย์ระเหยได้					
8. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงทำงาน บริเวณที่มีการจราจรหนาแน่นจะ ช่วยลดการรับสารอินทรีย์ระเหยได้					
9. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานอยู่บริเวณที่ มีอากาศปลอดโปร่งจะช่วยลด การรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้					
10. ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยให้ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่ม แรกและรักษาให้หายขาดได้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงต่อข้อความนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการติดตั้งพัดลมระบายอากาศมักมีราคาแพง					
2. ท่านคิดว่าการติดตั้งพัดลมระบายอากาศเป็นเรื่องยุ่งยาก					
3. ท่านคิดว่าการใช้แก๊สแทนถ่านหุงต้มมาใช้ในการประกอบอาหารหรือปิ้งย่างมักมีราคาสูงและไม่คุ้มทุน					
4. บริเวณพื้นที่ที่มีการจราจรและคนอาศัยอยู่จำนวนมากจะส่งผลให้มีรายได้อีกกว่าพื้นที่อื่น ๆ					
5. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยได้เพราะพื้นที่ทำงานอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมและมีจราจรหนาแน่น					
6. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูกคาร์บอนทำให้หายใจลำบาก					

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูกคาร์บอน ทำให้ไม่สะดวกต่อการพูดคุยสื่อสารกับ ผู้อื่น					
8. ท่านคิดว่าการใช้ผ้าปิดจมูกแบบ คาร์บอนมักมีราคาแพง					
9. ท่านคิดว่าวัยทำงานยังเป็นวัยที่ แข็งแรงหากรับสัมผัสสารอินทรีย์ ระเหยเข้าไปก็ยังไม่มีความเป็นมะเร็ง					
10. ท่านคิดว่าท่านไม่มีอาการผิดปกติ ใดๆ การไปตรวจสุขภาพประจำปีทำ ให้ท่านเสียเวลา					
11. ท่านคิดว่า การไปตรวจสุขภาพทำ ให้ท่านต้องหยุดงาน					
12. ท่านคิดว่า การไปตรวจสุขภาพทำ ให้ท่านเปลืองค่าใช้จ่าย					
13. ท่านคิดว่าเป็นการยุ่งยากที่จะต้อง อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังการปฏิบัติงาน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย
 คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ
 ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 6-7 วันหรือทุกครั้งที่มี
 เหตุการณ์
- ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย หมายถึง ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 4-5 วันหรือเกือบทุกครั้งที่มี
 เหตุการณ์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 2-3 วันหรือเป็นบางครั้งที่มี
 เหตุการณ์
- ปฏิบัติน้อย หมายถึง ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 1 วันหรือน้อยครั้งมากที่มี
 เหตุการณ์
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ ค่อนข้างบ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านสวมผ้าปิดจมูกขณะ ทำงาน					
2. ท่านเปลี่ยนผ้าปิดจมูกหรือทำ ความสะอาดก่อนใช้					
3. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อน รับประทานอาหาร					
4. ท่านทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ ใส่ทำงานทุกครั้งโดยไม่ใส่ซ้ำ					
5. เมื่อท่านมีอาการมีนงง เวียน ศีรษะ แน่นหน้าอกขณะทำงาน ท่านมักจะออกไปยังพื้นที่ถ่ายเท ได้สะดวก					
6. ท่านหลีกเลี่ยงการออก กำลังกายบริเวณที่มีการจราจร หนาแน่น					

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
7. ท่านรับประทานผัก, ผลไม้					
8. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารประเภทแป้งบ้าง					
9. ท่านตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง					
10. ท่านไปพบแพทย์เมื่อสังเกต ความผิดปกติของร่างกาย					

ภาคผนวก

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out)

จากการนำแบบสอบถามวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพริมถนนที่ทำงานรอบโรงกลั่นน้ำมันอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรีไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) Alpha Coefficient พบว่าแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยมีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.880 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยมีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.836 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยจำนวนมีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.777 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยมีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.738 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยมีค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.715 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.880	.885	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	39.467	62.671	.676	.708	.865
a2	39.300	63.114	.622	.759	.868
a3	39.433	64.047	.739	.741	.863
a4	39.533	66.533	.460	.497	.877
a5	39.600	63.007	.777	.756	.861
a6	39.867	65.913	.556	.677	.872
a7	39.800	61.614	.770	.867	.860
a8	40.067	64.547	.581	.768	.871
a9	40.733	68.064	.268	.678	.892
a10	40.033	59.826	.758	.832	.859
a11	40.133	59.844	.673	.757	.865
a12	39.800	71.752	.170	.328	.892

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.836	.850	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	36.10	32.921	.281	.461	.840
b2	36.10	31.266	.673	.674	.820
b3	35.97	31.826	.344	.380	.836
b4	36.37	30.309	.551	.437	.821
b5	36.83	27.316	.596	.590	.814
b6	36.63	27.895	.727	.813	.803
b7	36.63	30.723	.427	.614	.830
b8	36.70	26.010	.770	.815	.794
b9	36.83	25.316	.773	.831	.793
b10	37.53	27.913	.371	.531	.851

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.777	.788	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	35.67	16.575	.484	.459	.757
c2	35.73	16.409	.423	.546	.761
c3	35.33	15.747	.446	.730	.757
c4	35.33	16.299	.383	.732	.765
c5	35.10	15.610	.601	.714	.742
c6	36.03	14.723	.528	.555	.746
c7	35.90	16.852	.177	.536	.798
c8	35.80	16.441	.266	.556	.783
c9	35.37	15.413	.574	.734	.743
c10	35.23	13.220	.704	.795	.716

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.738	.730	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D1	34.93	35.709	.493	.705	.707
D2	34.79	40.456	.102	.351	.750
D3	34.55	37.828	.341	.669	.725
D4	33.72	37.064	.348	.723	.724
D5	33.59	40.823	.095	.625	.749
D6	34.52	37.544	.291	.717	.731
D7	34.62	35.887	.473	.807	.709
D8	34.83	36.862	.366	.636	.722
D9	35.17	39.005	.207	.715	.740
D10	35.24	38.904	.285	.477	.730
D11	34.69	33.365	.628	.745	.687
D12	35.03	33.177	.663	.770	.683
D13	35.34	36.448	.367	.750	.722

พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองต่อการเกิดมะเร็งจากการรับสัมผัสสารอินทรีย์ระเหย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.715	.699	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E1	33.100	28.852	.666	.841	.631
E2	32.600	29.214	.595	.844	.646
E3	31.500	37.983	.140	.513	.729
E4	31.233	38.047	.202	.352	.716
E5	31.133	39.982	.041	.458	.737
E6	31.167	35.868	.443	.606	.686
E7	31.167	38.626	.234	.500	.711
E8	32.433	37.357	.421	.451	.694
E9	32.767	26.944	.650	.594	.630
E10	32.100	34.507	.341	.333	.699