

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และความตั้งใจในการดำเนินงาน ค้ำครองผู้บริหารโรคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสาธารณสุขอำเภอ

เพ็ญญา ศรีหรั่ง^{1*}, สุกัญญา หมวดทอง¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

* ติดต่อผู้พิมพ์: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 066 830511545, 043 222741, 043 221770, 043 223898 ต่อ 142 หรือ 167 อีเมล Pennapa@scphkk.ac.th

บทคัดย่อ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และความตั้งใจในการดำเนินงานค้ำครองผู้บริหารโรคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ
สาธารณสุขอำเภอ

เพ็ญญา ศรีหรั่ง^{1*}, สุกัญญา หมวดทอง¹

ว. เกษศาตร์อีสาน 2564; 17(2) : 54-67

รับบทความ : 24 ตุลาคม 2563

แก้ไขบทความ: 12 ธันวาคม 2563

ตอบรับ: 25 มกราคม 2564

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และความตั้งใจค้ำครอง
ผู้บริหารโรคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสาธารณสุขอำเภอ และวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ รวมทั้งติดตามการ
นำไปใช้ประโยชน์ วิธีการดำเนินการวิจัย: เป็นวิจัยทดลองขั้นต้นแบบวัด 2 ครั้ง แทรกแซงด้วยการอบรม 5 วัน กลุ่มเป้าหมายคือ
สาธารณสุขอำเภอ 78 คน ใช้แบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ
กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระ รวมทั้งใช้สมการถดถอยโลจิสติกพหุวิเคราะห์ปัจจัย ผลการศึกษาวิจัย: จากคะแนนเต็ม 5 ก่อนอบรม
อาสาสมัครมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.88, SD 0.58) และตระหนักถึงการสนับสนุนจากเครือข่ายใน
ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.50, SD 0.81) ตั้งใจปฏิบัติงานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.80, SD 0.65) หลังสิ้นสุดการอบรม มีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.57, SD 0.71) การสนับสนุนของเครือข่าย (ค่าเฉลี่ย 2.87, SD 0.84) และ
ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.35, SD 0.55) ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การ
สนับสนุน และความตั้งใจดำเนินงานหลังอบรมมากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) เมื่อควบคุมทุกตัวแปรร่วม
แล้ว พบว่า ทุกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นหลังอบรมมีผลต่อความตั้งใจในระดับสูงเป็น 5.13 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ใน
ระดับต่ำกว่า (p value 0.01 และ 95 % ช่วงเชื่อมั่น 1.48 ถึง 17.86) และผู้ที่ตั้งใจในระดับมากตั้งแต่ก่อนอบรม มีความตั้งใจสูงที่จะ
ดำเนินงานจริงหลังอบรม 3.36 เท่าของผู้ที่มีความตั้งใจในระดับต่ำกว่า (p value 0.045 และ 95 % ช่วงเชื่อมั่น 1.03 ถึง 10.98) และหลัง
อบรม 3 เดือน ร้อยละ 23.08 ของอาสาสมัครได้นำความรู้และทักษะไปใช้ในปฏิบัติงานจริง สรุปผลการวิจัย: การอบรมช่วยพัฒนาการ
รับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความตระหนักถึงการสนับสนุนของเครือข่าย และเพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานค้ำครองผู้บริหารโรคด้าน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจก่อนอบรมมีผลต่อความตั้งใจหลังอบรมอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยให้
การปฏิบัติงานค้ำครองผู้บริหารโรคจริงในบางอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เครือข่ายสนับสนุน, เจตนาในการปฏิบัติงาน, พนักงานเจ้าหน้าที่, พื้นที่ระดับอำเภอ, สมรรถนะแห่งตน



Perception of Self-Efficacy, Support and Intention to Implement Consumer Protection of Health Products among Public Health Executives

Pennapa Sriring^{1*}, Sukunta Muadthong¹

¹Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Khon Kaen 40000, Thailand

* **Corresponding author:** Tel. 066 830511545, 066 43 222741, 066 43 221770, 66 43 223898 ext. 142, 167

E-mail: Pennapa@scphkk.ac.th

Abstract

Perception of Self-Efficacy, Support and Intention to Implement Consumer Protection of Health Products among Public Health Executives

Pennapa Sriring^{1*}, Sukunta Muadthong¹

IJPS, 2021; 17(2) : 15-67

Received: 24 October 2020

Revised: 12 December 2020

Accepted: 25 January 2021

This research aimed to evaluate changes in self-efficacy, support and intention to implement consumer protection of health products and then define the factors affecting intention and follow up on implementation. **Methods:** This was a pre-experimental research model based on a one-group pretest-posttest design with a 5-day training intervention program. The participants consisted of 78 public health executives who completed a self-administered questionnaire before and after the training program. Self-efficacy, support and intention were scored out of five. Changes in the outcomes were analyzed by descriptive statistics and paired-t tests were used to compare means. A multiple logistic regression model was used to examine the association of the significant variables. **Results:** Before the training program, the participants perceived their self-efficacy at a moderate level (Mean 2.88, SD 0.58) with acknowledgement of network support at a low level (Mean 2.50, SD 0.81). Participants' intent to implement consumer protection was at a higher level (Mean 3.80, SD 0.65). After training, the participants had higher levels of support (Mean 3.57, SD 0.71) and planning to implement consumer protection of health products (Mean 4.35, SD 0.55). The mean scores of the self-efficacy perception, the support acknowledgement and intention were significantly higher after training (p value <0.001). The intention of superior level in self-efficacy after interventions was 5.13 times higher than that of the inferior (p value 0.010, 95 % CI was 1.48 to 17.86). Moreover, the previous intention of volunteers possibly aimed to conduct that implementation after the intervention. After training for 3 months, 23.08% of volunteers conveyed such knowledge and skill to their routine work. **Conclusions:** It was found that the training program could help develop self-efficacy, the consideration of network support and the intention to implement consumer protection of health products. Self-efficacy and previous intent before attending the training program were significantly associated with the intention. The training helped some participants to increase effective implementation in the district area.

Keywords: Competent Officials, District Area, Intention of Action, Network support, Self-Efficacy

บทนำ (Introduction)

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในการกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประกอบด้วย อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน หรือทางสาธารณสุข วัตถุเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม มีรายงานถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย 5 ลำดับแรก คือ สารเคมีเกษตรตกค้างในผัก ผลไม้ ปลาเค็ม เครื่องสำอางผสมสารอันตราย น้ำมันทอดซ้ำ สเตียรอยด์ปลอมปน ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน และสารฟอรั่มมาลีนปนเปื้อนในอาหาร (Sriviriyunparp and Kulsomboon, 2016) การปลอมปนของสารเคมี และการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.68 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 5.85 ในปี พ.ศ. 2559 (Food Safety Mobile Thai FDA, 2018) ประชาชนไทยไม่เข้าใจข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์ (Ruenruay and Saokaew, 2017) และมีผู้เสียชีวิตจากการรับประทานผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักผสมสารต้องห้าม ซึ่งรับข้อมูลจากโฆษณาชวนเชื่อโดยดาราและบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือเน็ตไอดอลที่นำเสนอผ่านสื่อออนไลน์ (Samatcha, 2012; Karnwareetip *et al.*, 2016; Thai PBS News, 2018) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนเป็นปัญหาซึ่งแก้ไขได้ยาก ประกอบกับพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบดูแลไม่ทั่วถึง ไม่สามารถควบคุม หรือป้องกันปัญหาได้ เพราะขาดงบประมาณ การสนับสนุน ขาดองค์ความรู้ และขาดการฝึกอบรมพัฒนา (Sooksriwong, 2012)

ในการควบคุมกำกับ อย. ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดูแลในระดับภูมิภาค และให้สาธารณสุขอำเภอ กำกับดูแลในระดับพื้นที่อำเภอ (Royal Thai Government Gazette Volume 134, 2017; Royal Thai Government Gazette Volume 135, 2018 Thailand Ministry of Public Health, 2013) แต่มีพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้อยละ 13.95 ยังไม่ได้รับการอบรม หรือชี้แจงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Ampant, 2015) โดยครึ่งหนึ่งของสาธารณสุขอำเภอ (160 ใน 329 คน) ที่ยังไม่เคยพัฒนาศักยภาพในงานด้านนี้เลยและคิดว่าเป็นงานยากที่จะปฏิบัติ (Hinsui and Sriring, 2020) โดยประเมินความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีทักษะด้านการบังคับใช้กฎหมายน้อยที่สุด เพราะเป็นงานที่เสี่ยงต่อความขัดแย้งกับผู้ประกอบการในพื้นที่ และสาธารณสุขอำเภอหลายคนยังเข้าใจผิด คิดว่างานนี้ไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง

(Pundech, 2016) อีกทั้ง ยังขาดสมรรถนะ และขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ (Poonoavarat and Kanjanarach, 2013) อย. ได้นำเสนอปัจจัยความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับพื้นที่ คือ การพัฒนาความรู้ และศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ให้สามารถดำเนินงานนี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย (Preechathaveekid, 2017) ทั้งนี้ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือ Self Efficacy Theory (Bandura, 1986) ได้อธิบายว่าหากบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) แบบยึดหยุ่นตามสภาพการณ์ที่ไม่ตายตัว จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมาด้วยความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย แล้วจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989) เช่นเดียวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (Perceived Behavior Control) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลที่เชื่อว่าตนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ประสบผลสำเร็จได้ (Ajzen, 1991) โดยอาศัยการสนับสนุนจากสังคม และการคล้อยตามประเพณี และธรรมเนียมปฏิบัติ หรือการได้รับอิทธิพลจากของกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) เช่น ผู้บังคับบัญชา ครอบครัว คนใกล้ชิด หรือเพื่อน โดยมีผลต่อความตั้งใจ ความพร้อม หรือเจตนาที่จะปฏิบัติ (behavioral intention) และส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมจริงตามเจตนาในที่สุด ในการพัฒนาสมรรถนะ มักอาศัยการฝึกทักษะ ศึกษาต้นแบบการปฏิบัติที่สำเร็จ ใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นความรู้สึกเชิงบวก (Scott, 1996) จากปัจจัยดังกล่าว วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ อย. จึงได้พัฒนาหลักสูตร และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพสาธารณสุขอำเภอ ระยะเวลา 35 ชั่วโมง ขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002) โดยทำควบคู่กับการประเมินด้านความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรพัฒนาพนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ที่ได้เผยแพร่ไปแล้ว ซึ่งพบว่า การอบรมนี้ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะและทักษะในการปฏิบัติงานของ

พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และทำให้มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการปฏิบัติงานด้านนี้ (Khonroochinnapong and Sring, 2019) โดยศึกษาควบคู่กับการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสาธารณสุขอำเภอเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการอบรม และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ รวมทั้งติดตามประสิทธิภาพ ความรวดเร็ว การนำความรู้และทักษะไปใช้ประโยชน์ และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานหลังจากโครงการอบรมสิ้นสุดแล้ว 3 เดือน ผลการประเมินที่ได้จะสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการอบรมพัฒนาข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และใช้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยนี้ เป็นการทดลองขั้นต้น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เลขที่ COA No. 04/ 2560 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2560 ก่อนดำเนินการวิจัย มีเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้ลงชื่อในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยสามารถยุติการตอบได้ หรือออกโครงการได้ ข้อมูลแบบสอบถามที่ได้รับถูกเก็บรักษาไว้อย่างดีและเป็นความลับ

มีการจัดการกระทำแทรกแซง คือ การอบรมพัฒนาโดยใช้หลักสูตรอบรม ระยะเวลา 5 วันทำการ กิจกรรม คือ การบรรยาย ประชุมกลุ่ม อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง เนื้อหาประกอบด้วย หลักการพื้นฐานและพฤติกรรมผู้บริโภค ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น อ่านเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง แนวทางปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แนวทางการบังคับใช้กฎหมาย และการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค สถานที่จัดอบรม คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 78 คน เลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอทั้งหมดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวนทั้งหมด 110 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.0.10 (Erdfelder et al., 2009)

โดยเลือก t-test ทดสอบ Mean: แบบ match pairs เลือก Effect size 0.5 (ค่า α เท่ากับ 0.05) ค่า Power 0.99 ได้ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 76 คน บวกเผื่อการสูญเสียในระหว่างการศึกษ่อีกจำนวน 2 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 78 คน ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ เป็นวัตถุประสงค์รองจึงใช้จำนวนขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์หลัก จึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือเข้ารับการอบรมครบจำนวน 5 วันทำการ โดยไม่ขาดการอบรม

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่ออกแบบโดยทีมวิจัย และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1986) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002) แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป คำถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูลสารสนเทศและการวางแผน การบังคับใช้กฎหมาย การตรวจสอบ เฝ้าระวัง การเผชิญเหตุ การเจรจาต่อรอง การสร้างและพัฒนาเครือข่าย และคำถามการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุน ประกอบด้วย การให้วิทยุกำลังใจ การส่งเสริมสมรรถนะ การจัดทีมสนับสนุน การบังคับใช้กฎหมาย ความช่วยเหลือให้คำปรึกษา การจัดงบประมาณสนับสนุน การให้เงินค่าตอบแทนพิเศษ และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน ใช้มาตราวัดความถี่ 5 ระดับ เรียงจาก 1 (น้อยที่สุด) ไปจน ถึง 5 (มากที่สุด)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยทำหนังสือเชิญสาธารณสุขอำเภอทุกคน ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย สอบถามก่อนอบรม คือ ในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 และหลังอบรม ในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยมีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของโครงการ ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที แล้วนำส่งคืนแก่ทีมผู้วิจัย และหลังอบรมสิ้นสุดแล้ว 3 เดือน มีการติดตามผลการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มเป้าหมายให้ตอบแบบคำถามด้วยตนเอง แล้วส่งกลับมายังผู้วิจัย ในระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2560

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เนื้อหา และภาษา จำนวน 3 คน ก่อนรวบรวมข้อมูลมีการทดลองนำแบบสอบถามให้สาธารณสุขอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 27 คน อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้ผลค่า Cronbach's Alpha ของข้อความในแต่ละส่วน คือ ผลการ

รับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน ความตั้งใจในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.904, 0.782 และ 0.896 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับตำแหน่งปัจจุบัน เขตสุขภาพ และจังหวัด การกระจายของค่าตอบรายข้อของแต่ละตัวแปร และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 (มากที่สุด) 3.51-4.50 (มาก) 2.51-3.50 (ปานกลาง) 1.51-2.50 (น้อย) 1.00-1.50 (น้อยที่สุด) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังอบรมโดยใช้ Paired Sample t-test และวิเคราะห์ปัจจัย โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกพหุ (multiple logistic regression) ทำโดยแปลงค่าเฉลี่ยโดยรวมของความตั้งใจหลังอบรม เพื่อสะท้อนระดับผลลัพธ์ และกำหนดจุดตัด (Cut point) ตามเกณฑ์มาตรฐานของหลักสูตรอบรม จากคะแนนเต็ม 5 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความตั้งใจระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป) และความ

ตั้งใจระดับที่ต่ำกว่า (ค่าเฉลี่ย 4.50 และน้อยกว่า) แล้วนำตัวแปรอิสระทั้งหมด ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังอบรม การสนับสนุนของกลุ่มอ้างอิงก่อนและหลังอบรม ความตั้งใจก่อนอบรม เพศ (ชายและหญิง) อายุ (ปี) ระดับการศึกษาสูงสุด และเขตสุขภาพ เข้าวิเคราะห์พร้อมกันเพื่อปรับค่า

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปฏิบัติงานใน 8 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาศสินธุ์ สกลนคร เลย นครพนม บึงกาฬ หนองคาย หนองบัวลำภู และอายุเฉลี่ย 52.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39) อายุ 37-59 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของข้อมูลทั่วไป จำนวนทั้งหมด 78 คน

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|--|----------------|
| เพศ | |
| ชาย | 68 (87.2) |
| หญิง | 10 (12.8) |
| ช่วงอายุ | |
| ต่ำกว่า 50 ปี | 13 (16.5) |
| 50-54 ปี | 33 (41.8) |
| 55 ปี ขึ้นไป | 33 (41.8) |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | |
| ปริญญาตรี | 20 (25.6) |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 58 (74.4) |
| ระดับของตำแหน่งปัจจุบัน | |
| ชำนาญการ | 7 (9.0) |
| ชำนาญการพิเศษ | 65 (83.3) |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส | 6 (7.7) |
| เขตสุขภาพ | |
| เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และกาฬสินธุ์ | 34 (43.6) |
| เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัด สกลนคร เลย นครพนม บึงกาฬ หนองคาย และหนองบัวลำภู | 44 (56.4) |

ตารางที่ 2 การกระจาย และค่าเฉลี่ย (SD) ของการรับรู้ความสามารถในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อน และหลังการอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน

| การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง | ช่วงเวลา | น้อย ที่สุด | น้อย | ปาน กลาง | มาก | มาก ที่สุด | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล |
|--|----------|----------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|-------------|
| การจัดทำข้อมูลสารสนเทศ และการ วางแผนงานในการบริหารจัดการงาน | ก่อน | 1 (1.3) | 12 (15.4) | 50 (64.1) | 13 (16.7) | 2 (2.6) | 3.04 (0.69) | ปาน กลาง |
| | หลัง | - | 2 (2.6) | 23 (29.5) | 40 (51.3) | 13 (16.6) | 3.81 (0.73) | มาก |
| การตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ สุขภาพ | ก่อน | 12 (15.4) | 43 (55.1) | 1 (1.3) | 20 (25.6) | 2 (2.6) | 3.16 (0.71) | ปาน กลาง |
| | หลัง | - | 3 (3.9) | 23 (29.5) | 43 (55.1) | 9 (11.5) | 3.73 (0.71) | มาก |
| การปฏิบัติงานในฐานะพนักงาน เจ้าหน้าที่และการบังคับใช้กฎหมาย | ก่อน | 4 (5.1) | 19 (24.4) | 33 (42.3) | 21 (26.9) | 1 (1.3) | 2.95 (0.88) | ปาน กลาง |
| | หลัง | 3 (3.9) | 10 (12.8) | 23 (29.5) | 33 (42.3) | 9 (11.5) | 3.47 (0.99) | ปาน กลาง |
| การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและ ความเข้มแข็งของเครือข่าย | ก่อน | 1 (1.3) | 17 (21.8) | 38 (48.7) | 20 (25.6) | 2 (2.6) | 3.06 (0.80) | ปาน กลาง |
| | หลัง | - | 6 (7.7) | 19 (24.4) | 38 (48.7) | 15 (19.2) | 3.79 (0.84) | มาก |
| การใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย | ก่อน | 5 (6.4) | 28 (35.9) | 30 (38.5) | 14 (17.9) | 1 (1.3) | 2.72 (0.88) | ปาน กลาง |
| | หลัง | 2 (2.6) | 10 (12.8) | 33 (42.3) | 27 (34.6) | 6 (7.7) | 3.33 (0.89) | ปาน กลาง |
| การเผชิญเหตุและการป้องกันตัวใน การตรวจสอบสถานประกอบการ | ก่อน | 13 (16.7) | 29 (37.2) | 26 (33.3) | 10 (12.8) | - | 2.42 (0.92) | น้อย |
| | หลัง | 5 (6.4) | 16 (20.5) | 24 (30.8) | 26 (33.3) | 7 (9.0) | 3.19 (1.07) | ปาน กลาง |
| การเจรจาต่อรองกับผู้ประกอบการใน การตรวจสอบสถานประกอบการ | ก่อน | 5 (6.4) | 21 (26.9) | 40 (51.3) | 10 (12.8) | 2 (2.6) | 2.78 (0.85) | ปาน กลาง |
| | หลัง | - | 7 (9.0) | 25 (32.1) | 33 (42.3) | 13 (16.7) | 3.65 (0.86) | มาก |

Cronbach's Alpha วัดก่อนอบรม 0.831 และหลังอบรม 0.910

**การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองดำเนินงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

การกระจายของการรับรู้ความสามารถในการควบคุม
ตนเองของอาสาสมัคร แสดงในตารางที่ 2 พบว่า ช่วงก่อนอบรม

มีจำนวนผู้ตอบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 12.8-28.2
และหลังอบรมเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 42.3-68.0 จากคะแนนเต็ม 5
มีค่าเฉลี่ยก่อนอบรมอยู่ในช่วง 2.41-3.16 จัดอยู่ในระดับน้อยถึง
ปานกลาง และหลังการอบรมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นอยู่ในช่วง

3.19-3.81 จัดอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ การจัดทำข้อมูลสารสนเทศ และการวางแผนงานในการบริหารจัดการงาน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและความเข้มแข็งของเครือข่าย และการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และน้อยที่สุดคือ การเผชิญเหตุและการป้องกันตัว การตรวจสอบสถานประกอบการ

การรับรู้การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือบุคคลในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากผลที่แสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาการกระจายของจำนวน และร้อยละ ในรายชื่อ พบว่า สาธารณสุขอำเภอจำนวนน้อย (ร้อยละ 10 และต่ำกว่า) ที่รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนจากเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับมาก ส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับการให้เงินค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคคลที่ปฏิบัติงานในระดับน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาจากทุกด้าน พบว่าก่อนอบรมมีการรับรู้ในระดับมากถึงมากที่สุด เพียงร้อยละ 6-24 และหลังอบรมเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ

11-30 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ การรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับในการดำเนินงาน การส่งเสริมสมรรถนะในการดำเนินงาน และการให้เงินค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคคลที่ปฏิบัติงาน โดยมีคะแนนหลังอบรมมากกว่าก่อนอบรมทุกด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งก่อนและหลังการอบรม มากที่สุดคือ การรับรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับในการดำเนินงาน รองลงมาคือ การส่งเสริมสมรรถนะในการดำเนินงาน และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน ตามลำดับน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังอบรม คือ การรับรู้เกี่ยวกับการให้เงินค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคคลที่ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนการรับรู้การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือบุคคลในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดก่อนอบรม เท่ากับ 2.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) จัดอยู่ในระดับน้อยที่สุด และหลังอบรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 2.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 การกระจายและค่าเฉลี่ย (SD) ของสนับสนุนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน

| การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของ สาธารณสุขอำเภอ | ช่วงเวลา | น้อย ที่สุด | น้อย | ปานกลาง | มาก | มาก ที่สุด | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล |
|---|----------|----------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|---------|
| การให้ขวัญและกำลังใจในการ ดำเนินงาน | ก่อน | 23 (29.4) | 19 (24.4) | 24 (30.8) | 8 (10.3) | 4 (5.1) | 2.37 (1.16) | น้อย |
| | หลัง | 10 (12.8) | 14 (18.0) | 34 (43.6) | 16 (20.5) | 4 (5.1) | 2.87 (1.05) | ปานกลาง |
| การส่งเสริมสมรรถนะในการ ดำเนินงาน | ก่อน | 8 (10.3) | 25 (32.1) | 28 (35.9) | 14 (17.9) | 3 (3.8) | 2.73 (1.00) | ปานกลาง |
| | หลัง | 3 (3.8) | 19 (24.4) | 27 (34.6) | 26 (33.3) | 3 (3.8) | 3.09 (0.94) | ปานกลาง |
| การจัดทีมสนับสนุนการบังคับใช้ กฎหมายในการดำเนินงาน | ก่อน | 10 (12.8) | 24 (30.8) | 31 (39.7) | 10 (12.8) | 3 (3.9) | 2.64 (0.99) | ปานกลาง |
| | หลัง | 7 (9.0) | 20 (25.6) | 32 (41.0) | 13 (16.7) | 6 (7.7) | 2.89 (1.03) | ปานกลาง |
| การช่วยเหลือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ ในการดำเนินงาน | ก่อน | 4 (5.1) | 17 (21.8) | 33 (42.3) | 18 (23.1) | 6 (7.7) | 3.06 (0.98) | ปานกลาง |
| | หลัง | 1 (1.3) | 12 (15.4) | 35 (44.8) | 24 (30.8) | 6 (7.7) | 3.28 (0.87) | ปานกลาง |

ตารางที่ 3 การกระจายและค่าเฉลี่ย (SD) ของสนับสนุนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการอบรม
 จำนวนทั้งหมด 78 คน (ต่อ)

| การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของ สาธารณสุขอำเภอ | ช่วงเวลา | น้อย ที่สุด | น้อย | ปานกลาง | มาก | มาก ที่สุด | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล |
|--|----------|----------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|---------|
| การจัดงบประมาณสนับสนุนในการ ดำเนินงาน | ก่อน | 19 (24.3) | 25 (32.1) | 24 (30.8) | 5 (6.4) | 5 (6.4) | 2.38 (1.12) | น้อย |
| | หลัง | 11 (14.1) | 16 (20.5) | 31 (39.7) | 12 (15.4) | 8 (10.3) | 2.87 (1.15) | ปานกลาง |
| การให้เงินค่าตอบแทนพิเศษแก่ บุคคลที่ปฏิบัติงาน | ก่อน | 41 (52.6) | 17 (21.8) | 14 (17.9) | 4 (5.1) | 2 (2.6) | 1.83 (1.06) | น้อย |
| | หลัง | 34 (43.6) | 19 (24.4) | 14 (17.9) | 8 (10.3) | 3 (3.8) | 2.06 (1.18) | น้อย |
| การจัดตั้งอำนาจความสะดวกในการ ดำเนินงาน | ก่อน | 15 (19.2) | 27 (34.6) | 23 (29.5) | 11 (14.1) | 2 (2.6) | 2.46 (1.04) | น้อย |
| | หลัง | 6 (7.7) | 15 (19.2) | 32 (41.0) | 20 (25.7) | 5 (6.4) | 3.04 (1.01) | ปานกลาง |

Cronbach's Alpha ก่อนอบรม 0.886 หลังอบรม 0.907

ตารางที่ 4 การกระจายจำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย (SD) ของความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 ก่อนและหลังอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน

| ความตั้งใจ ของสาธารณสุขอำเภอ | ช่วงเวลา | น้อย ที่สุด | น้อย | ปานกลาง | มาก | มาก ที่สุด | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล |
|---|----------|----------------|------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|-------|
| จะพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ | ก่อน | - | 2 (2.5) | 23 (29.5) | 29 (37.2) | 24 (30.8) | 3.96 (0.84) | มาก |
| | หลัง | - | 1 (1.3) | 11 (14.1) | 29 (37.2) | 37 (47.4) | 4.32 (0.76) | มาก |
| จะปรับปรุงและพัฒนางานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ | ก่อน | - | - | 21 (26.9) | 34 (43.6) | 23 (29.5) | 4.03 (0.76) | มาก |
| | หลัง | - | 1 (1.3) | 4 (5.1) | 37 (47.4) | 36 (46.2) | 4.40 (0.65) | มาก |
| จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย | ก่อน | - | 3 (3.8) | 23 (29.5) | 36 (46.1) | 16 (20.5) | 3.83 (0.80) | มาก |
| | หลัง | - | - | 9 (11.5) | 32 (41.0) | 37 (47.4) | 4.37 (0.68) | มาก |
| วางแผนตรวจสอบสถานประกอบการ และออกตรวจสอบตามแผนที่กำหนด ไว้ | ก่อน | - | 4 (5.1) | 29 (37.2) | 34 (43.6) | 11 (14.1) | 3.67 (0.78) | มาก |
| | หลัง | - | - | 9 (11.5) | 33 (43.6) | 35 (44.9) | 4.35 (0.67) | มาก |

ตารางที่ 4 การกระจายจำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย (SD) ของความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน (ต่อ)

| ความตั้งใจ ของสาธารณสุขอำเภอ | ช่วงเวลา | น้อย ที่สุด | น้อย | ปานกลาง | มาก | มาก ที่สุด | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล |
|---|----------|----------------|------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|-------|
| จะเฝ้าระวังการโฆษณาเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย | ก่อน | - | 7 (9.0) | 23 (29.5) | 36 (46.2) | 12 (15.4) | 3.68 (0.85) | มาก |
| | หลัง | - | - | 10 (12.8) | 37 (47.4) | 31 (39.7) | 4.28 (0.68) | มาก |
| จะจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ผู้บริโภคและผู้ประกอบการ | ก่อน | - | 5 (6.4) | 33 (42.3) | 27 (34.6) | 13 (16.7) | 3.62 (0.84) | มาก |
| | หลัง | - | 1 (1.3) | 7 (8.9) | 40 (51.3) | 30 (38.5) | 4.28 (0.68) | มาก |
| ข้าพเจ้าจะสร้างและขยายเครือข่าย การมีส่วนร่วมในการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ | ก่อน | - | 4 (5.1) | 23 (29.5) | 33 (42.3) | 18 (23.1) | 3.83 (0.84) | มาก |
| | หลัง | - | - | 6 (7.7) | 33 (42.3) | 39 (50.0) | 4.44 (0.63) | มาก |

Cronbach's Alpha วัดก่อนอบรม 0.900 และหลังอบรม 0.915

คะแนนเต็ม 5 ค่าเฉลี่ย คำนวณจากผลรวมของคะแนนรายบุคคลในแต่ละข้อหารด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ตอบส่วนใหญ่มีการกระจายของความตั้งใจ หรือความพยายามในการปฏิบัติการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกิจกรรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดก่อนอบรมเท่ากับร้อยละ 51.3-73.1 และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.6-93.6 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก 3 ลำดับแรก คือ ตั้งใจที่จะสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือความตั้งใจที่จะจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และเฝ้าระวังการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยมีความตั้งใจเฉลี่ยโดยรวมหลังอบรมเท่ากับ 4.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55) มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนอบรม เท่ากับ 3.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) โดยจัดอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับมาก

เมื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความตั้งใจเป็น 2 ระดับ คือ ความตั้งใจระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป) และ ความตั้งใจในระดับที่ต่ำกว่า (ค่าเฉลี่ย 4.50 และน้อยกว่า) พบว่า ก่อนอบรมมีสาธารณสุขอำเภอที่มีความตั้งใจในระดับสูง เพียง 12 คน (ร้อยละ 15.4) หลังอบรมมีความตั้งใจสูงเพิ่มจำนวนเป็น 36 คน (ร้อยละ 46.2) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีจำนวนสาธารณสุขอำเภอที่ตั้งใจในระดับที่ต่ำกว่าจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8

ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และความตั้งใจ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังอบรม พบว่าหลังอบรมมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนของเครือข่าย และความตั้งใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ α เท่ากับ 0.05 (ค่า p value < 0.001) ตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง รองลงมา คือ ความตั้งใจในการดำเนินงาน รายละเอียดของค่าเฉลี่ยโดยรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ 95% ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย รวมทั้งค่า p value แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากเครือข่าย และความตั้งใจดำเนินงาน
 คัดกรองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน

| ตัวแปร | ช่วงเวลา | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง (\bar{d}) | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s.d. _d) | 95 % CI ของค่าเฉลี่ย | p value |
|-------------------------|----------|-----------|--------------------------|--|--|-------------------------|---------|
| การรับรู้ ความสามารถ | ก่อน | 2.88 | 0.58 | 0.69 | 0.77 | 0.52 ถึง 0.86 | <0.001 |
| | หลัง | 3.57 | 0.71 | | | | |
| การสนับสนุน | ก่อน | 2.50 | 0.81 | 0.37 | 0.80 | 0.19 ถึง 0.55 | <0.001 |
| | หลัง | 2.87 | 0.84 | | | | |
| ความตั้งใจ | ก่อน | 3.80 | 0.65 | 0.55 | 0.63 | 0.40 ถึง 0.69 | <0.001 |
| | หลัง | 4.35 | 0.55 | | | | |

ใช้ Paired-t test statistics คะแนนเต็ม 5, 95 % CI =95% ช่วงเชื่อมั่น หรือ confident interval

**ปัจจัยที่ผลต่อความตั้งใจในการดำเนินงานคัดกรอง
 ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเมื่อสิ้นสุดการอบรม**

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยของความตั้งใจ
 ในการดำเนินงานหลังอบรม พบว่า มีเพียง 2 ปัจจัย ที่มีต่อผล
 ต่อความตั้งใจหลังอบรมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป) อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 คือ ค่าเฉลี่ยของ
 คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังอบรม ค่า p value
 เท่ากับ 0.010 และค่าเฉลี่ยของความตั้งใจก่อนอบรม ค่า
 p value เท่ากับ 0.045 ทั้งสองปัจจัยสามารถอธิบายความ
 แปรปรวนของความตั้งใจได้ ร้อยละ 57.5 ($R_1^2 = 0.57.5$) โดยทุก
 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นหลังอบรมมีผล
 ต่อความตั้งใจในระดับสูงเป็น 5.13 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ใน
 ระดับต่ำกว่า (p value 0.01 และ 95 % ช่วงเชื่อมั่น 1.48 ถึง
 17.86) และผู้ที่ตั้งใจในระดับมากตั้งแต่ก่อนอบรม มีความตั้งใจ
 สูงที่จะดำเนินงานจริงหลังอบรม 3.36 เท่าของผู้ที่มีความตั้งใจ
 ในระดับต่ำกว่า (p value 0.045 และ 95 % ช่วงเชื่อมั่น 1.03 ถึง
 10.98) รายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์ แสดงในตารางที่ 6

**ผลดำเนินงานคัดกรองผู้บริโภคนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 หลังจากโครงการอบรมสิ้นสุดแล้ว 3 เดือน**

ผลการติดตามหลังอบรม 3 เดือน พบว่า มีสาธารณสุข
 อำเภอจำนวน 18 คน (ร้อยละ 23.08) ที่นำความรู้และทักษะ
 นำไปใช้ในการเขียนบันทึกการตรวจสถานที่ได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพมากและตามลำดับ คือ การบันทึกประเด็นความผิด
 รวบรวมพยานหลักฐาน เช่น ยึด ยาผิด และการจัดทำโครงการ
 ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค และน้อยที่สุดคือ การ
 ประเมินโฆษณา โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.92 ของอาสาสมัครยังไม่
 ได้จัดทำแผนงานด้านนี้ ประกอบกับเป็นช่วงเวลาของไตรมาส
 สุดท้ายของปีงบประมาณ 2560 จึงยังไม่ได้นำไปปฏิบัติจริง
 รายละเอียดของประสิทธิภาพ ความรวดเร็ว การนำความรู้และ
 ทักษะไปใช้ประโยชน์ และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานจริง แสดง
 ในตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรที่มีผลต่อความตั้งใจในระดับสูงหลังอบรม จำนวนทั้งหมด 78 คน

| ตัวแปร | ค่า Odd Ratio ที่ปรับค่าแล้ว หรือ Adjusted OR | 95 % ช่วงเชื่อมั่น | p value |
|--------------------------------------|--|--------------------|---------|
| การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังอบรม* | 5.13 | 1.48 ถึง 17.86 | 0.010 |
| ความตั้งใจก่อนอบรม* | 3.36 | 1.03 ถึง 10.98 | 0.045 |

*ค่าต่อเนื่อง ใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ ตัวแปรที่นำเข้าวิเคราะห์ประกอบด้วย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลัง
 อบรม คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนก่อนและหลังอบรม คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจก่อนอบรม เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และเขตสุขภาพ

ตารางที่ 7 ประสิทธิภาพ ความรวดเร็ว การนำความรู้และทักษะไปใช้ประโยชน์และ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานหลังจากโครงการอบรม
สิ้นสุดแล้ว 3 เดือน จำนวนทั้งหมด 18 คน

| หัวข้อ | ประสิทธิภาพ | | รวดเร็ว | | การนำไปใช้ | | เวลาที่ใช้ | |
|---|-------------|--------|---------|--------|------------|--------|------------|---------|
| | เฉลี่ย | (SD) | เฉลี่ย | (SD) | เฉลี่ย | (SD) | เฉลี่ย | (SD) |
| การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 4.28 | (0.67) | 4.17 | (0.62) | 4.41 | (0.51) | 2.94 | (1.21) |
| การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 4.24 | (0.66) | 4.00 | (0.59) | 4.41 | (0.51) | 2.89 | (1.13) |
| การจัดการเรื่องร้องเรียน | 4.00 | (0.69) | 4.00 | (0.77) | 4.41 | (0.71) | 3.06 | (1.11) |
| การรับเรื่องร้องเรียน | 3.89 | (0.68) | 4.00 | (0.77) | 4.24 | (0.66) | 3.11 | (1.02) |
| การประเมินโฆษณา | 3.83 | (0.71) | 3.94 | (0.73) | 4.29 | (0.69) | 2.89 | (1.08) |
| การเขียนบันทึกการตรวจสถานที่ | 4.33 | (1.37) | 4.22 | (1.35) | 4.59 | (1.33) | 3.00 | (1.19) |
| การรวบรวมพยานหลักฐาน เช่น ยึด ยาขัด | 4.28 | (1.41) | 4.22 | (1.35) | 4.59 | (1.33) | 3.06 | (1.20) |
| การบันทึกประเด็นความผิด | 4.28 | (1.36) | 4.22 | (1.35) | 4.59 | (1.33) | 3.06 | (1.11) |
| การสร้างเครือข่าย | 4.28 | (0.46) | 4.33 | (0.49) | 4.47 | (0.51) | 2.94 | (1.43) |
| การพัฒนาเครือข่าย | 4.28 | (0.46) | 4.28 | (0.58) | 4.41 | (0.51) | 3.11 | (1.41) |
| การจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค | 4.22 | (0.55) | 4.28 | (0.58) | 4.53 | (0.51) | 2.94 | (1.35) |
| การจัดเวทีประชาคม | 4.17 | (0.62) | 4.22 | (0.65) | 4.29 | (0.59) | 3.00 | (1.24) |
| โดยรวม | 4.15 | (0.46) | 4.16 | (0.55) | 4.44 | (0.50) | 2.99 | (1.18) |
| | | มาก | | มาก | | มาก | | ปานกลาง |

คะแนนเต็ม 5

อภิปรายผลและสรุปผล (Discussion and Conclusion)

อภิปรายผล

ผลการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสาธารณสุขอำเภอเพิ่มขึ้นหลังอบรม จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมีเพียงร้อยละ 13 ของผู้ตอบที่มีความเชื่อในระดับสูง ปัจจัยนี้เป็นตัวแปรสำคัญที่อยู่ภายในจิตใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถสร้างและพัฒนาได้ (Bandura, 1986) ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) สะท้อนถึงผลกระทบของกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่น้อย ซึ่งอาจเข้าใจว่างานด้านนี้ยากและมีความเสี่ยง จึงทำให้อาจมีการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติหน้าที่ตาม พรบ. และมีความท้อถอยในการปฏิบัติงานด้านนี้ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังอบรมและความตั้งใจก่อนอบรม ที่มีผลต่อความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะนำไปปฏิบัติจริงหลังอบรม ช่วยยืนยันผลของการพัฒนาบุคลากรตามหลักสูตรฝึกอบรมที่ช่วยเปลี่ยนความรู้สึกรู้สึกคิด และเพิ่มเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด และหลังสิ้นสุดการอบรม 3 เดือน แม้ว่ามีสาธารณสุขอำเภอที่นำไปปฏิบัติจริงเพียง 1 ใน 5 ก็ตาม นับว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาที่มีเจตนาให้สาธารณสุขอำเภอสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และช่วยลดผลของ Social desirability effect

ผลการประเมินการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากเครือข่ายในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรตามหลักสูตรนี้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ด้านนี้ได้น้อย โดยเฉพาะด้านเงินค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคคลที่ปฏิบัติงานที่ควรจะได้รับ และการงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขในระดับนโยบาย เช่นเดียวกับผลการศึกษาในเขตภาคเหนือ (Kamwareetip *et al.*, 2016) และในพื้นที่อื่น (Sooksriwong, 2012) โดย อย.ได้ระบุว่าปัญหาด้านการขาดแคลนงบประมาณทำให้ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ห่างไกล (Thai Food and Drug Administration, 2019) การประเมินปัจจัยด้านนี้ทั้งก่อนและ

หลังอบรมพบว่า ไม่มีผลตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาก่อนเกี่ยวกับปัจจัยนี้ในประเทศ แทนซาเนียและเคนยา ที่พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจในการกระทำการด้านอื่นๆ เช่น ซื้ออาหารปลอดภัย (Wang et al., 2019) หรือซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของชาวมาเลเซีย (Keat, 2009) การซื้อผลิตภัณฑ์นมของชาวกรีซ (Cazacua, 2014) และการรับประทานแคลเซียมของคนไทย (Sriring et al., 2014) อาจเป็นเพราะภาระงานตามหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอมีมาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ปลายทางซึ่งจำเป็นต้องรับถ่ายทอดจากทุกนโยบายของรัฐบาลเพื่อนำไปปฏิบัติ ประกอบกับความหลากหลายของรูปแบบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ช่องทางการจำหน่าย และการกระจายผลิตภัณฑ์ผ่านบริการนำส่งที่ทำได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในปัจจุบัน จนทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐติดตามเผื่อระวังได้ยาก และควบคุมไม่ทัน ในขณะที่หน่วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเองยังขาดแคลนงบประมาณ และขาดบุคลากรดำเนินงาน รวมทั้งยังไม่มีนวัตกรรมด้านระบบที่จะนำมาประยุกต์ใช้ ดังนั้น เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการดำเนินงานด้านนี้ จึงควรอาศัยวิธีการสร้างเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ทำงานแบบบูรณาการเป็นทีมเดียวกัน จะช่วยแก้ปัญหา ดังเช่นในจังหวัดศรีสะเกษ (Booddawong et al., 2016; Karnwareetip et al., 2016) และควรมีการจัดอบรมพัฒนาทีมเครือข่ายในพื้นที่เดียวกัน พร้อมกันทั้งทีมในคราวเดียว เพื่อสร้างความเข้มแข็งภายในทีมในพื้นที่ระดับอำเภอ ให้ทำงานร่วมกันได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และควรบูรณาการการปฏิบัติงานร่วมกันโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พร้อมทั้งควรมีการพัฒนานวัตกรรมด้านกระบวนการมาใช้ในการดำเนินงานด้านนี้

ผลการประเมินความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสาธารณสุขอำเภอทั้งก่อนและหลัง อยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังอบรม และความตั้งใจก่อนอบรม มีผลต่อความตั้งใจหลังอบรมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ซึ่งบรรลุตามวัตถุประสงค์ของสถาบันจัดอบรม และ อย. จัดเป็นความสำเร็จเบื้องต้นของอบรมพัฒนาเพื่อช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเพิ่มความตั้งใจของสาธารณสุขอำเภอให้สามารถดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

จุดเด่นของการศึกษานี้คือ มีการประยุกต์ใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาของทฤษฎีพฤติกรรม คือ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง การสนับสนุนและความตั้งใจ และมีผลการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งไม่ค่อยพบการศึกษาลักษณะนี้ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ โดยมีข้อจำกัด คือ ในขั้นการแทรกแซงยังขาดการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และไม่มีติดตามผลที่นานกว่า 3 เดือน ควรมีพัฒนาทักษะต่อยอดเพิ่มเติมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องในรูปแบบอื่นๆ เช่น การสัมมนา ศึกษาดูงานในพื้นที่จริง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ของประเทศไทยและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ควรดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย และควรมีการสร้างเสริมความสามารถผ่านการแข่งขัน ยกย่อง และให้รางวัลอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรมีการกระตุ้นการรับรู้ และความมุ่งมั่นตั้งใจ ตั้งแต่ในระดับที่เป็นนักศึกษาของสถาบันอุดมศึกษาทุกระดับในการเรียนการสอนรายวิชาหลักสูตรด้านสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพด้วย

สรุปผลการศึกษา

การอบรมช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความตระหนักถึงการสนับสนุนของเครือข่าย และเพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สาธารณสุขอำเภอบางกลุ่มสามารถนำไปปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคจริงในพื้นที่ระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่มากขึ้นและความตั้งใจตั้งเดิมนั้น มีผลต่อความตั้งใจในระดับสูงของสาธารณสุขอำเภอที่จะปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังอบรมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลลัพธ์โดยรวมยังไม่บรรลุในระดับสูงสุด โดยมีเพียงบางกลุ่มที่สามารถนำความรู้และทักษะจากการอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้จริง ดังนั้น จึงยังคงมีความต้องการพัฒนาหลักสูตรการอบรมต่อยอดเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงตามบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอให้มากยิ่งขึ้นและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการเพิ่มแรงสนับสนุน และกระตุ้นให้มีความพยายามและความตั้งใจดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของระดับประเทศในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนจัดอบรมและได้รับความอนุเคราะห์ที่มหาวิทยาลัยการจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ และอุดรธานี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้



References

- Ajzen I. Brief Description of the Theory of Planned Behavior. Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations [serial online] 2002 Sep (Revise 2006 Jan), 1-13.
- Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ behav decis process* 1991; 50: 179-211.
- Ampant P. Situations, Problems, and Model Development for Radio Broadcasting Advertisement of Health Products in Sisaket Province. *J Health Sci* 2015; 24 (6):1060-1069.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *J Soc Clin Psychol*, 4, 359-373.
- Booddawong B, Yoongthong W. Community Empowerment in the Management of the Problems on Inappropriate Drugs and Health Products: Case Study of Nonkhun District, Sisaket Province. *TJPP* 2016; 8 (2): 331-343. (in Thai)
- Cazacua S, Rotsiosa K, Moshonas G. Consumers' Purchase Intentions towards Water Buffalo Milk Products (WBMPs) in the Greater Area of Thessaloniki. *Procedia Econ. Financ.* 2014, 9: 407 – 416.
- Erdfelder FF, Buchner EA, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 2009, 41, 1149-1160.
- Food Safety Mobile. The Situation of Food and Health Products Safety at the Distribution Store (Region) Preliminary Results of chemical and Microbial Analysis in the Fiscal Year of BE. 2562 (2018).
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th, ed. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall; 2010
- Hinsui J, Sriring P. Training Needs and Abilities in the Implementation of Consumer Protection Relating to Health Products at the District Level of Thailand. *IJPS* 2020; 16 (1): 26-36. (in Thai)
- Karnwareetip S, Surawichai A, Ruanta Y. Health consumer protection officers' perspective toward the problems and the mechanism of consumer protection involving health products in upper northern Thailand. *Mahidol Univ J Pharm Sci* 2016; 43 (2), 63-67. (in Thai)
- Keat OS. Factors Influencing Consumer Purchase Intention of Dietary Supplement Products in Penang Island. Universiti Sains Malaysia, Research report in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Business Administration, 2009.
- Khonroochinnapong K, Pennapa Sriring P, Muadthong S. Assessment of Knowledge, Attitudes and Skills of the Participants in a Training Course for Competent Officials to Implement Consumer Protection Relating to Health Products at the District Level of Thailand. *JHSCPH* 2019; 2(1): 91-107. (in Thai)
- Pennapa Sriring. A Model of Factors Promoting Calcium Consumption for Osteoporosis Prevention. Doctor of Philosophy Thesis in Pharmacy and Health System, Graduate School, Khon Kaen University, 2014.
- Poonaovarat N, Kanjanarach T. Job Performance and Attitudes of Health Personnel at Sub District Health Promoting Hospitals toward Health Consumer Protection: A Case Study of Chaiyaphum Province. *IJPS* 2013; 9(1):160–165. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. Consumer Protection Training Program for Competent Officials at District Area. Sponsored by Food and Drug Administration. Bangkok, 2017.
- Preechathaveekid S. Hfocus. 2016 Dec 02 [Online]. [Cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2016/12/13087> (in Thai)



- Pundech A. A Study of Potential and Training Needs for The Health Product Consumer Protection in The District. Sponsored by Food and Drug Administration. Bangkok, 2016. (in Thai)
- Royal Thai Government Gazette Volume 134, Episode 64 Kor. (2017). Ministerial Regulations for Government Departments, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, BE 2560 (2017). Announced on 8 June 2017. (in Thai)
- Royal Thai Government Gazette Volume 135, Episode 54 Kor. (2018). Ministerial Regulations for Government Departments, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, BE 2560 (2017). Announced on 9 March 2018. (in Thai)
- Ruenruay S, Saokaew S. Situation of Medicines and Dietary Supplements in the Health Provider Board Region 3. *TJPP* 2017, 9 (1): 225-235. (in Thai)
- Samatcha. The 4th Mati of Organizing Illegal Advertisement of Medicines, Food and Health Products on Radio, Television and on Internet (2012 Feb 4) [Online]. [Cited 2019 Sep 30]. Available from: https://www.samatcha.org/sites/default/files/7res5_food%26drug_advertising.pdf (in Thai)
- Scott JE. Self-Efficacy: A Key to Literacy Learning. *Reading Horizons* 1996, 36; 195-213.
- Sooksriwong C, Sermsinsiri V, Chanto S, et. al. Literature Review and the Situation of Consumer Protection in Health System, Faculty of pharmacy, Mahidol University, Thailand; 2012. (in Thai)
- Sriviriyannuparp W and Kulsomboon V, Priority. Prevalence and Geographic Distribution of Unsafe Products in Thailand., *HSRI* 2016, 10 (1): 65-79. (in Thai)
- Thai Food and Drug Administration. Consumers Empowerment Network. [Online]. [Cited 2019 Oct 10]. Available from: http://pca.fda.moph.go.th/en/project_detail.php?id=656 (in Thai)
- Thai PBS NEWS. The Exit: Beautiful Risk “Sibutramine” 19 May 2018 [Online]. [Cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/272310> (in Thai)
- Thailand Ministry of Public Health. Health product consumer protection law, N.P., 2013. (in Thai)
- Wang X, Pacho F, Liu J, Kajungiro R. Factors Influencing Organic Food Purchase Intention in Developing Countries and the Moderating Role of Knowledge. *Sustainability* 2019, 11: 1-18.