



บทความวิจัย

- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย
ภัทราพร เมฆพัฒน์
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย
ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว
- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชั้นของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย
อภิญา จุติตระกูลชัย วิลาสินี หงสนันทน
- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย
มนู เกตุเอี่ยม ยุทธนา แยมคาย

ประชาสัมพันธ์

- คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- แบบรับรองนิพนธ์ต้นฉบับจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์





วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Journal of Public Health Naresuan University (JPHNU)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 / Vol.2 No.2 May - August 2020

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Owner Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร ผู้ทรงคุณวุฒิพิเศษ
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ที่ปรึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
นายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธรา กิจธีระวุฒิมังคกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพวง กัรติโรจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ต้นสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ทิพย์ หินห่มเพ็ชร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

Professor Keiko Nakamura Tokyo Medical and Dental University, Japan
ศาสตราจารย์ ดร.สฤติกร พงศ์พานิช วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติกรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์วิจัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชต์ สรรเสริญ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณนีย์ ปัญชรพิทักษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.นายแพทย์ สุทัศน์ โชตนะพันธ์ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาณินท์ ประทุมสุตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สรัญญา ถีป้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อาทิตย์ยา วังวันสินธุ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยเลขานุการ พิษุณยานันท์ สุขมาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
จิตติพร ราชภัฏทองหลวง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชาสัมพันธ์และเทคโนโลยี

ภาสวีย์ อ่องรัก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เศรษฐพงษ์ ตีอูด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Editorial Advisors

Prof. Dr. Phaichit Pawabut, M.D.
Prof. Dr. Somchit Suphantus, Ph.D. (Health Education and Behavioral Science)

Assoc. Prof. Dr. Narongsak Noosorn, Ph.D. (Public Health)

Chief Editor

Asst. Prof. Dr. Nithra Kiteerawutiwong, Ph.D. (Public Health)

Associate Editors

Asst. Prof. Dr. Orawan Keeratisiroj, Ph.D. (Clinical Epidemiology)
Asst. Prof. Dr. Chakkrapan Phetphum, Dr.PH. (Public Health)

Secretary

Asst. Prof. Dr. Sunsanee Mekrungruangwong, Ph.D. (International Health / Health Promotion)
Asst. Prof. Dr. Pantip Hinhumpatch Ph.D. (Environmental Toxicology)

External Editorial Board

Prof. Dr. Keiko Nakamura, M.D., Ph.D. (Psychology)
Prof. Dr. Sathirakorn Pongpanich, Ph.D. (Health Services)
Assoc. Prof. Dr. Chaemchai Chaikittipom, Ph.D. (Epidemiology)

Assoc. Prof. Dr. Yuvadee Rodjarkpai

Assoc. Prof. Dr. Rachanee Sunsem

Assoc. Prof. Dr. Pannee Banchonhattakit, Ph.D.

(Health Education and Behavioral) (International Program)

Assoc. Prof. Dr. Punyapat Chaimay, Ph.D. (Public Health)

Assoc. Prof. Dr. Waraporn Boonchieng, Ph.D.

(Health education and behavioral science)

Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D. (Demography)

Asst. Prof. Dr. Pattara Sanchaisuriya, Ph.D. (Health Science)

Dr. Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D. (Applied Biology)

Dr. Vanvisa Sresumatchai, Ph.D.

(Thai Traditional and Alternative medicine)

Dr. Ausanee Wanchai, Ph.D. (Nursing)

Dr. Chettha Kaewprom, Ph.D. (Nursing)

Internal Editorial Board

Asst. Prof. Dr. Chayanin Pratoomsot, Ph.D. (Pharmacy)

Asst. Prof. Dr. Archin Songthap, Ph.D. (Tropical Medicine)

Asst. Prof. Dr. Wuttichai Jariya, Dr.PH. (Health Service Management)

Dr. Jutarat Rakprasit, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)

Dr. Sarunya Thipom, Ph.D. (Environmental science)

Dr. Artittaya Wangwonsin, Dr.PH. (Public Health)

Associate Secretary

Pichayan Sukmak, M.M. (Electronic Commerce Management)

Jittiporn Rachthonglang, M.Ed. (Educational Administration)

Public relations and technology

Phasavee Ongruk, M.S. (Information Technology)

Settapon Dee-ud, B.F.A. (Innovation Media Design)

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Journal of Public Health Naresuan University

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563

Vol.2 No.2 May-August 2020

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/index>

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นวารสารทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้องของนิสิตนักศึกษา คณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ที่มีผลงานเกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกสถาบัน

2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพ ระดับประเทศ

ขอบเขต

สาระในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เปิดรับบทความประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความหนังสือ ปกิณกะ และจดหมายถึงบรรณาธิการ ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กระบวนการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ต้นฉบับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่านโดยการปกปิดแบบสองทาง (Double blind) การตัดสินใจในการเผยแพร่ต้นฉบับที่ส่งมาขึ้นอยู่กับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทบทวนโดยบรรณาธิการ วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับตามรูปแบบและขนาดของพื้นที่ในการเผยแพร่ เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในบทความถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม)

รูปแบบการเผยแพร่

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

สำนักงาน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ที่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร 055 967319 โทรสาร 055 967333

www.health.nu.ac.th

สถานที่พิมพ์

พิมพ์ที่ หจก. โรงพิมพ์ตระกูลไทย จังหวัดพิษณุโลก โทร 055 211238 โทรสาร 055 301727

บรรณาธิการแถลง

เรียน ท่านผู้อ่านวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ฉบับนี้ ได้ก้าวสู่ปีที่ 2 โดยเป็นฉบับที่ 2 ของเดือน พฤษภาคมถึงสิงหาคม 2563 (เล่มที่ 4 ของการดำเนินการ) ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกยังคงเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หรือที่เรียกว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประเทศไทย ในขณะนี้มีการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ มาเป็นระยะ โดยในช่วงเดือนสิงหาคม 2563 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานแจ้งสำนักเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศ ให้สถานศึกษาทุกแห่ง ทดลองเปิดเรียนแบบการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน (On-Site) เดิมรูปแบบ ทุกโรงเรียนทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2563 เป็นต้นไป โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ราชการกำหนด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การระบาดรอบโลกยังคง น่าเป็นห่วง เนื่องจากอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชาชนคนไทยมีแนวทางชีวิตวิถีใหม่ ด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน ล้างมือ ด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อมีการสัมผัส นั่งรับประทานอาหารแยกโต๊ะ ดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง และการสร้างสมดุลชีวิต เพื่อปกป้องสุขภาพตนเองจากโรคและส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางของสาธารณสุข

สำหรับวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วย บทความวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแบบปกปิดสองทางจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมั่นขันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขในประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพ (ทันตภิบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) พฤติกรรมการใช้ยา และการคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือเป็นกำลังคนภาคประชาชนที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ ทั้งภาคท้องถิ่น และภาคสาธารณสุข

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอขอบคุณทุกท่านที่สนใจส่งบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ความร่วมมือจากทุกฝ่ายจะทำให้วารสารฯ เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์

บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย Factors related to the quality of work life among dental hygienists in Sukhothai Province	ภัทรพร เมฆพัฒน์ 1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย Factors associated with caregivers' skills in caring for the older adult in Sukhothai Province	ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว 14
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย Factors influencing Turmeric (<i>Curcuma longa</i> Linn.) use behavior among people in Sukhothai Province	อภิญา จุติตระกูลชัย วิลาสินี หงสนันท์ 26
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย Factors affecting the health consumer protection performance among village health volunteers in Sukhothai Province	มนู เกตุเอี่ยม ยุทธนา แยบคาย 37

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล
ในจังหวัดสุโขทัยภัทรพร เมฆพัฒน์^{1,*} ท.บ.

Received: May 7, 2020

Revised: June 9, 2020

Accepted: July 8, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับ คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และอีตา

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$, S.D. = 0.77) โดยความพึงพอใจในงานและอาชีพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 0.82) รองลงมาคือ สภาวะในการทำงาน ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.71) และต่ำสุดคือความเครียดในการทำงาน ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 0.86) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ($r = 0.35$) ความสำคัญของงาน ($r = 0.41$) ความอิสระของงาน ($r = 0.71$) โครงสร้างองค์กร ($r = 0.54$) นโยบายการบริหาร ($r = 0.54$) สิ่งแวดล้อม ($r = 0.60$) เทคโนโลยี ($r = 0.58$) จิตใจ ($r = 0.48$) และการคงอยู่ในสายงาน ($r = 0.37$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

การศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ผู้บริหารควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยส่งเสริมให้ทันตภิบาลมีอิสระในการทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม จัดหาเทคโนโลยีให้เพียงพอ มีการจัดโครงสร้างองค์กร และนโยบายการบริหาร ที่เหมาะสม และสื่อสารให้ทันตภิบาลรับรู้ โดยคำนึงถึงอายุของทันตภิบาลในองค์กร

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ชีวิตการทำงาน ทันตภิบาล

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: golfja_golfjee@hotmail.com

Factors related to the quality of work life among dental hygienists in Sukhothai Province

Pattraporn Mekkhaphat^{1,*} D.D.S.

ABSTRACT

The purpose of this research was to study factors related to the quality of working life of dental hygienists in Sukhothai province. Forty-two people participated in the study. The data collected using questionnaires to assess personal characteristics, job characteristics, organizational engagement, organizational climate, and quality of working life. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson and ETA correlation coefficient.

The results showed that the overall quality of work life was at a moderate level ($\bar{x} = 3.37$, S.D. = 0.77), with job and career satisfaction the highest mean ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 0.82), followed by the working condition ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.71). The lowest level was work stress ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 0.86). While factors related to quality of work life was age ($r = 0.35$), the importance of work ($r = 0.41$), freedom of work ($r = 0.71$), organization structure ($r = 0.54$), management policy ($r = 0.54$), environment ($r = 0.60$), technology ($r = 0.58$), mind ($r = 0.48$) and persistence in work ($r = 0.37$) at $p\text{-value} < 0.05$.

The suggestion for this research was that the executive should promote the quality of working life of dental hygienists by giving freedom to work, creating a suitable working environment, providing enough technology, designing appropriate organization structure and policies as well as communication for dental hygienists to increase perception by considering their age.

Keywords: Quality of life, Work-life, Dental hygienists

¹ Dentist, Professional Level, Sukhothai Provincial Health Office

* Corresponding author: golfja_golfjee@hotmail.com

บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นการส่งเสริมป้องกัน โดยทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยสหวิชาชีพต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายให้เกิดทีมหมอครอบครัว 6,500 ทีมภายใน 10 ปี เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิได้มากขึ้น ซึ่งงานทันตกรรมถือเป็นบริการหนึ่งที่เป็นบริการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของประชาชน (Techakumphuch, 2017) ซึ่งในประเทศไทยมีทันตภิบาลจำนวน 5,184 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.7 อยู่ในหน่วยบริการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิ บทบาทหน้าที่หลักของทันตภิบาลคือการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก โดยบทบาทที่ทำได้ก็คือ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟัน การฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ การให้ความรู้และคำแนะนำ และการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน (Wongkongkatap, Pondeeyeam, Bootsarakumruha, Siriwetsuntorn, Rukjarern, Suwannapet et al., 2014) เป้าหมายการจัดบริการสุขภาพช่องปากกรมอนามัยให้ความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของประชาชนในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงวัยสูงอายุ จนส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองนั้น (Strategy Management Group, Dental Public Health office, Department of Health, 2019) เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล เป็นผู้ทำหน้าที่ปฏิบัติงานส่งเสริมทันตสุขภาพ การป้องกันโรคตามกลุ่มวัย งานบริการทันตกรรม งานบริหารจัดการงานวิชาการ งานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัย ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวของทันตภิบาลจะเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ คัดกรองโดยเน้นบริการไปที่ตัวคน ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่ก่อให้เกิดโรคในช่องปาก การทำงานกับชุมชนโดยกระตุ้นให้ชุมชนเป็นผู้ตระหนักในปัญหาทางสุขภาพโดยใช้มุมมอง ช่องปากคือ ประตูสู่สุขภาพและสามารถทำงานบูรณาการกับสาขาอื่นๆ ได้ การดูแลนี้ต้องครอบคลุม ทั้งการสร้าง ซ่อมฟันฟู และมิติสุขภาพ

โดยรวม เพื่อให้สามารถทำงานอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ทันตภิบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเป็นอย่างมาก (Wachirojphaisan, 2015)

คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง ความต้องการของบุคลากรทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างพึงพอใจ ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการจากองค์กร ทำให้รับรู้ถึงการมีความสุขในการทำงาน จนเกิดเป็นความสมดุลในชีวิตที่จะส่งผลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงาน รวมไปถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบุคลากรและองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงานมีผลต่อการทำงานมาก กล่าวคือ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน และทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพขององค์กร และยังช่วยลดปัญหาการขาดงาน การลาออก และส่งเสริมให้ได้ผลผลิตและการบริการที่ดี ทั้งคุณภาพและปริมาณ (Audorn, Chalakbang, Pengsawad, & Sateannopkao, 2018) การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยมีหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ (Bunyang, Phensirinapa, & SitKalin, 2014) ทันตแพทย์ (Ngernthong, 2012) พยาบาล (Saengkaew, 2016) ทันตภิบาล (Katawee, Chankong, & Boromtanarat, 2012) บุคลากรสาธารณสุข (Thongrueang, 2013; Morarit, 2014) ส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะของงาน บรรยากาศองค์กร และความผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยคุณลักษณะงานที่ดี การมี การรับรู้บรรยากาศองค์กร และการมีความผูกพันต่อองค์กร ทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ มีแรงจูงใจ และสร้างผลงานที่ดีในการทำงาน การไม่ได้รับการบรรจุเป็นลักษณะงานที่ไม่ส่งเสริมความก้าวหน้าและความมั่นคง การขาดแคลนกำลังคน การได้รับมอบหมายงานนอกเหนือความสามารถนับเป็นสิ่งที่ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว มีข้อมูลที่สะท้อนว่าทันตภิบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่ดีเท่าที่ควร อาทิ การลาออกจากงาน การเปลี่ยนสายงาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กรอบอัตรากำลังสำหรับบริการปฐมภูมิตำแหน่งทันตภิบาล 1 คนต่อ 8,000 ประชากร (Office of the Permanent Secretary, Public Health Administration Office, 2012) แต่ในปี พ.ศ. 2563 กลับพบว่าสัดส่วนอัตรากำลังทันตภิบาล 1 คน ต้องรับภาระดูแลประชากรจำนวน 9,581 คน ซึ่งมีอัตราส่วนที่สูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1.2 เท่า จะเห็นได้ว่าภาระงานของทันตภิบาลต่อประชากรในพื้นที่นั้นเกินกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งทำให้ทันตภิบาลทั่วประเทศ มีการลาออกจากงานอย่างต่อเนื่อง จำนวน 101 คนเกี่ยวเนื่องจากการบรรจุเป็นข้าราชการลดลงตามมติคณะรัฐมนตรี ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งยังไม่ได้รับการบรรจุติดต่อกมาเป็นเวลา 6-7 ปี (Hfocus, 2019) และพบว่าทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมปฏิบัติงานเกินความรู้ความสามารถที่เรียนมา ร้อยละ 73.5 นำไปสู่การลาออกหรือเปลี่ยนสายงานเนื่องจากความคับข้องใจในการประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 72.8 (Yanarueang, Wattanapitchayakun, & Chaiyachai, 2018)

สำหรับพื้นที่จังหวัดสุโขทัยพบว่ามีประชากรทั้งหมด 596,601 คน ทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัยจำนวน 63 คน คิดเป็นอัตราส่วนของทันตภิบาล 1 คนต่อประชากร 9,469 คน ซึ่งมีอัตราส่วนที่สูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1.2 เท่า เช่นเดียวกับระดับประเทศ ส่งผลให้ทันตภิบาลต้องปฏิบัติงานมากกว่ากรอบภาระงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล โดยจากข้อมูลกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบว่ามีทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ลาออก จำนวน 7 คน โดยมีเหตุผลในการลาออก คือ ต้องการความมั่นคงและความก้าวหน้าในอาชีพ และการแบกรับภาระงานเกินกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รายได้ไม่เพียงพอขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน (Dental Public Health, Sukhothai Provincial Health Office, 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ

พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อการคงอยู่ของทันตภิบาลในระบบบริการสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กุมภาพันธ์ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ทันตภิบาลที่ทำงานในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 63 คน เก็บข้อมูลทุกหน่วยประชากร เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตภิบาล เป็นข้อคำถามปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ งานบริการทันตกรรม งานป้องกัน และส่งเสริมทันตสุขภาพ งานอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามด้านคุณลักษณะงานตามแนวคิดของแฮคแมนและโอลด์แฮม (Hackman & Oldham, 1980) โดยผู้วิจัยปรับปรุงใช้เครื่องมือจากงานวิจัยของปรียาภรณ์ แสงแก้ว (2559) มีจำนวน 12 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามบรรยายกาสองครั้งตามแนวคิดของสตีเยร์ (Steers, 1978) โดยผู้วิจัยปรับปรุงใช้เครื่องมือจากงานวิจัยของปริยาภรณ์ แสงแก้ว (2559) มีจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามความผูกพันต่อองค์กรตามแนวคิดของสตีเยร์ (Steers, 1978) โดยผู้วิจัยปรับปรุงใช้เครื่องมือจากงานวิจัยของปริยาภรณ์ แสงแก้ว (2559) มีจำนวน 10 ข้อ

โดยข้อคำถามของแบบสอบถามในส่วนที่ 2, 3 และ 4 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของลาร์ (Laar, 2007) โดยผู้วิจัยปรับปรุงใช้เครื่องมือของปริยาภรณ์ แสงแก้ว (2559) มีจำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลไว้ทั้งแบบรวมและจำแนกรายด้าน โดยคำนวณจากค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยสาม แนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ใน ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 อยู่ใน ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 อยู่ใน ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา และพิจารณาความสอดคล้องระหว่างนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการกับข้อคำถามรายข้อ (IOC: Item Objective Congruence) พบว่า แบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ไม่น้อยกว่า 0.5 (Lumbensa, 2016)

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับทันตภิบาลจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งมีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) พบว่า แบบสอบถามทุกชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือมีค่ามากกว่า 0.70 (Lumbensa, 2016) กล่าวคือ แบบสอบถามด้านคุณลักษณะงานมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามด้านปัจจัยบรรยายกาสองครั้งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แบบสอบถามด้านความผูกพันองค์กร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิตการทำงานมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ/รหัส IRB 18/2563 ผู้วิจัยได้ประสานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยจำนวน 9 อำเภอ

2. เมื่อได้รับอนุมัติโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไปให้กับผู้ประสานงานระดับอำเภอเพื่อแจกให้กับทันตภิบาลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยทันตภิบาลทุกคนได้รับแบบสอบถามพร้อมซองจดหมายที่ติดตราประทับและเจ้าหน้าที่ของสำหรับส่งกลับถึงผู้วิจัยโดยตรง โดยไม่ผ่านหน่วยงานที่เป็นผู้บังคับบัญชา ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถามและส่งกลับคืนรวม 3 สัปดาห์ หากยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์ด้วยตนเอง พบว่า มีแบบสอบถามที่ส่งกลับคืนมา จำนวน 42 ชุด

คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าอัตราตอบกลับของแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ร้อยละ 60.0 ถือว่าอยู่ในระดับดี (Babbie, 2007)

3.ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ และจึงดำเนินการกรอกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของทันตภิบาล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยบรรยากาศองค์กร ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล จังหวัดสุโขทัย โดย

3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านเพศ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด สถานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation Coefficient)

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยบรรยากาศองค์กร ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ของ (Hinkle, William, & Stephan, 1998) โดยมีรายละเอียดดังนี้ $r = 0.91-1.00$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก $r = 0.70-0.90$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง $r = 0.51-0.70$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง $r = 0.31-0.50$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำและ $r = 0.00-0.30$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 92.9 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.9 โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 56 ปี มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 74.7 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 88.1 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 73.8 มีสถานภาพในการปฏิบัติงานเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.5 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.7 ปี มีประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุดคือ 4 ปี และมากที่สุดคือ 36 ปี มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 69.0 มีรายได้เฉลี่ย 19,045.48 บาท มีรายได้มากที่สุดคือ 12,100 บาท และมากที่สุดคือ 37,800 บาท สำหรับงานบริการทันตสาธารณสุขพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติงานบริการทันตกรรมครบทุกรายการ ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน รวมทั้งปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนที่คลินิกเด็กดี กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังต้องปฏิบัติงานนอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุขที่ต้องรับผิดชอบด้วย ได้แก่ งานการเงิน คิดเป็นร้อยละ 54.8 และงานพัสดุ คิดเป็นร้อยละ 50.0

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีระดับสูงสุด คือ ด้านเอกลักษณ์ของงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.62) รองลงมา ด้านความสำคัญของงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.68) ด้านความหลากหลายทักษะ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.58) และด้านความอิสระของงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.66) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยบรรยากาศองค์กร พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานที่มีระดับบรรยากาศองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.79) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีระดับสูงสุด คือ ด้านนโยบายการบริหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.79)

และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.79) รองลงมา ด้านโครงสร้างองค์กร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.80) ด้านเทคโนโลยี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.76) ตามลำดับดังแสดงในตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.78)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับสูงสุด คือ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.84) รองลงมา ด้านบรรทัดฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.75) ด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.76) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยบรรยากาศองค์กร และปัจจัยสุขอนามัยความผูกพันต่อองค์กร (n = 42)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ปัจจัยคุณลักษณะงาน			
คุณลักษณะงานโดยรวม	4.12	0.63	สูง
ด้านความหลากหลายทักษะ	3.95	0.58	สูง
ด้านเอกลักษณ์ของงาน	4.37	0.62	สูง
ด้านความสำคัญของงาน	4.32	0.68	สูง
ด้านความอิสระของงาน	3.89	0.66	สูง
ปัจจัยบรรยากาศองค์กร			
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรโดยรวม	3.65	0.79	ปานกลาง
ด้านโครงสร้างองค์กร	3.67	0.80	สูง
ด้านนโยบายการบริหาร	3.68	0.79	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.68	0.79	สูง
ด้านเทคโนโลยี	3.60	0.76	ปานกลาง
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร			
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรโดยรวม	3.17	0.78	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.48	0.84	ปานกลาง
ด้านการคงอยู่	2.53	0.76	ปานกลาง
ด้านบรรทัดฐาน	3.45	0.75	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของทันตภิบาลจังหวัดสุโขทัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานด้านที่มีระดับสูงที่สุด คือด้านความพึงพอใจในงานและอาชีพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.82) รองลงมา คือ ด้านสภาวะในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.71)

ด้านการมีส่วนร่วมในการควบคุมงานตัวเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.72) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.78) ด้านความพึงพอใจในการเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.76) และด้านความเครียดในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 0.86) ตามลำดับดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน (n = 42)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	3.37	0.77	ปานกลาง
ด้านความพึงพอใจในงานและอาชีพ	3.67	0.82	สูง
ด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป	3.47	0.76	ปานกลาง
ด้านความเครียดในการทำงาน	2.83	0.86	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการควบคุมงานตัวเอง	3.56	0.72	ปานกลาง
ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงาน	3.50	0.78	ปานกลาง
ด้านสภาวะในการทำงาน	3.60	0.71	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล ได้แก่

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในระดับต่ำ ($r = 0.35$, p-value = 0.022)

ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความอิสระของงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในระดับสูง ($r = 0.71$, p-value < 0.001) รองลงมา ได้แก่ ด้านความสำคัญของงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.41$, p-value < 0.001)

ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในระดับปานกลาง ($r = 0.60$, p-value < 0.001) รองลงมา ได้แก่ ด้านเทคโนโลยี มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.58$, p-value < 0.001) ด้านนโยบายการบริหาร มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.54$, p-value < 0.001) และด้านโครงสร้างองค์กร มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.54$, p-value < 0.001) ตามลำดับ

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร ด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในระดับปานกลาง ($r = 0.48$, p-value < 0.001) รองลงมา ได้แก่ ด้านการคงอยู่ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.37$, p-value < 0.005 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและอีตาระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	r	p-value
เพศ	0.06 (Eta)	0.688
อายุ (ปี)	0.35 (Pearson)	0.022*
สถานภาพ	0.13 (Eta)	0.720
การศึกษาสูงสุด	0.15 (Eta)	0.658
สถานที่ปฏิบัติงาน	0.16 (Eta)	0.587
สถานภาพในการปฏิบัติงาน	0.34 (Eta)	0.090
ประสบการณ์ในการทำงาน	0.29 (Pearson)	0.157
รายได้	0.27 (Pearson)	0.260
ปัจจัยคุณลักษณะงานโดยรวม	0.54 (Pearson)	< 0.001**
คุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน	0.41 (Pearson)	< 0.001**
คุณลักษณะงานด้านความอิสระของงาน	0.71 (Pearson)	< 0.001**
คุณลักษณะงานด้านความหลากหลายทักษะ	0.29 (Pearson)	0.100
คุณลักษณะงานด้านเอกลักษณ์ของงาน	0.23 (Pearson)	0.197
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรโดยรวม	0.66 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านโครงสร้างองค์กร	0.54 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านนโยบายการบริหาร	0.54 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านสิ่งแวดล้อม	0.60 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านเทคโนโลยี	0.58 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรโดยรวม	0.51 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ	0.48 (Pearson)	< 0.001**
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่	0.37 (Pearson)	0.022*
ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน	-0.06 (Pearson)	0.610

*(p-value < 0.05), ** (p-value < 0.01), Pearson = Pearson correlation coefficient, Eta = Eta correlation coefficient

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความพึงพอใจในงานและอาชีพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.67$) อาจเป็นเพราะทันตภิบาลเป็นวิชาชีพที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทันตภิบาลจึงมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพและแม้ทันตภิบาลรุ่นใหม่จะไม่ได้เป็นนักเรียนทุน แต่ก็ได้รับโควตาของจังหวัดให้มีการจ้างงานและได้กลับมาทำงานที่ภูมิลำเนาตัวเองพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความเครียดในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$) อาจเป็นเพราะทันตภิบาลเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับงานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัยเป็นหลัก แต่ในทางปฏิบัติแล้วทันตภิบาลต้องปฏิบัติงานเกินกว่ากรอบภาระงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ การทำงานต้องรับผิดชอบงานอื่นนอกเหนือสายงาน อีกทั้งความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีน้อย อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงาน ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงาน จึงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลจังหวัดสุโขทัยนั้นอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษามากายการศึกษา ภัทรวิทย์ เงินทอง (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และสอดคล้องกับ สุวัฒน์ คำทวี และคณะ (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดราชบุรี และการศึกษาของ สรรรัตน์ เรืองฤทธิ์, ศรีธัญญาเบญจกุล, และจุฑาริปี ศีลบุตร (2559) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล

ในจังหวัดสุโขทัย ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.35$, $p\text{-value} < 0.022$) สอดคล้องกับ ภัทรวิทย์ เงินทอง (2555) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากในอดีตทันตภิบาลรุ่นเก่า ของจังหวัดสุโขทัย เป็นนักเรียนทุนซึ่งจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการทันทีเมื่อเข้าปฏิบัติงาน จึงได้รับสวัสดิการที่ดีมาโดยตลอด ประกอบกับทันตภิบาลที่มีอายุจะได้รับความเคารพจากเพื่อนร่วมงาน จึงอาจทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับ สุวัฒน์ คำทวี และคณะ (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดราชบุรี และสรรรัตน์ เรืองฤทธิ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ที่พบว่าลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งอาจเนื่องมาจากพื้นที่ในการศึกษานั้นอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันและบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ปัจจัยคุณลักษณะงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.54$) วิเคราะห์รายด้าน พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความอิสระของงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.71$) และปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.41$) อาจเป็นเพราะการทำงานด้านทันตสาธารณสุขของทันตภิบาลเป็นงานที่มีความเฉพาะเจาะจง ต้องใช้ทักษะ ความรู้ และความชำนาญ ไม่ว่าจะเป็นงานส่งเสริมป้องกันหรือการรักษาฟันฟู ทำให้ทันตภิบาลมีความภาคภูมิใจในงานของตนเอง และการได้คิดได้วางแผนได้แสดงความสามารถ

ได้ทำงานที่รับผิดชอบตามที่ตัวเองถนัดอย่างอิสระ จึงทำให้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรรัตน์ เรืองฤทธิ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาล ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะงาน มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาล

ปัจจัยบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.66$) โดยวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยี ด้านนโยบายการบริหาร และด้านโครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.60, 0.58, 0.54, 0.54$) ตามลำดับ อาจเป็นเพราะหน่วยปฏิบัติงานของท่านดาภิบาลมีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสะอาดปลอดภัย ด้านเทคโนโลยีเพียงพอต่อการปฏิบัติงานและทันสมัย มีการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้ และรวมถึงการสนับสนุนระบบการดูแล มีนโยบายบริหาร มีการสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีกฎระเบียบ มีเป้าหมายตัวชี้วัดและวัตถุประสงค์ในแต่ละงานอย่างชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง แต่ด้านโครงสร้างองค์กรของหน่วยบริการบางหน่วยงาน อาจมีการกำหนดโครงสร้างองค์กรการปฏิบัติงานของท่านดาภิบาลที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งการทำงานต้องรับผิดชอบงานอื่นนอกเหนือสายงานไม่เป็นไปตามโครงสร้างของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภทริวิทย์ เงินทอง (2555) สุ่มพร คำทวีและคณะ (2555) สรรรัตน์ เรืองฤทธิ์ และคณะ (2559) ที่พบว่าปัจจัยบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.51$) โดยวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต

การทำงานของท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r = 0.48$) ด้านการคงอยู่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัย ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.37$) อาจเป็นเพราะท่านดาภิบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการยังไม่ได้รับการบรรจุ ร้อยละ 50.0 ทำให้ขาดความมั่นคง รวมถึงขาดความก้าวหน้าในอาชีพ เนื่องจากพบว่าท่านดาภิบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 88.1 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี แต่ไม่สามารถปรับตำแหน่งให้สูงขึ้นได้ ทำให้ท่านดาภิบาลมีความคิดว่หากมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนสายงานที่สูงกว่าตำแหน่งปัจจุบัน ก็จะออกจากตำแหน่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน อีกทั้งการแบกรับภาระงานเกินกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การได้รับค่าตอบแทนสวัสดิการและกำลังใจในการปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอ อาจมีผลต่อการคงอยู่ของท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรรัตน์ เรืองฤทธิ์ และคณะ (2559) ที่พบว่าปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าท่านดาภิบาลในจังหวัดสุโขทัยส่วนใหญ่ยังมีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลางเนื่องมาจากมีความเครียดในการทำงาน ดังนั้นจึงเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ทบทวนกรอบอัตรากำลังของท่านดาภิบาลให้สอดคล้องเหมาะสมกับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและ ทบทวนการกำหนดกรอบภาระงานที่ชัดเจนให้สอดคล้องเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพของท่านดาภิบาล

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บรรยากาศองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาลจังหวัดสุโขทัย ดังนั้นจึงเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จัดกิจกรรมและสิ่งสนับสนุนที่ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานในองค์กรที่สร้างสรรค์และเสริมสร้างความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านดาภิบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นให้ครอบคลุมทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับภูมิภาค หรือระดับประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความเป็นตัวแทนที่ดีและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล และมาตรการเสริมสร้างแรงจูงใจให้คงอยู่ในระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Audorn, N., Chalakbang, W., Pengsawad, W., & Sateannopkao, P. (2018). Quality of working life of employees in government higher education institutions. *Journal of Roi ET Rajabhat University*, 12(1), 213-222. (in Thai)
- Babbie, E. R. (2007). *The practice of social research*. (11st ed.). Belmont, California: Thomson Wadsworth Inc.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bunyang, S., Phensirinapa, N., & SitKalin, P. (2014). *Factors influencing quality of work life of family physicians in community hospitals of Thailand*. (The 4th STOU Graduate Research Conference). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Dental Public Health, Sukhothai Provincial Health Office. (2019). *Dental information of Sukhothai Province*. Retrieved November 30, 2019, from <http://dental.skto.moph.go.th/>. (in Thai)
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hfocus. (2019). *The Governance network urges to fill more than 1,300 civil servants who have not yet been packed*. Retrieved January 8, 2020, from <http://www.hfocus.org/content/2019/09/17657>. (in Thai)
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephan, G. J. (1988). *Applied Statistic for the Behavior Sciences*. (4th ed.). Boston, NY: Houghton Mifflin.
- Katawee, S., Chankong, W., & Boromtanarat, C. (2012). *Quality of work life of dental personnel in government health care unit in Ratchaburi Province*. Thesis of Master of Public Health, Sukhothai Thammathirat Open University, Bangkok. (in Thai)
- Larr, D. V. (2007). *Improving employee quality of working life*. Summary report and data analysis of the quality of working life survey carried out June to July 2007 for University of Essex. Retrieved September 5, 2019, from www.qowl.co.uk.
- Lumbensa, P. (2016). *Finding quality of measurement and evaluation tools*. Yala: Yala Rajabhat University. (in Thai)
- Morarit, S. (2014). Quality of working life and organizational commitment of public health personnel in the 10 health centers in Chiang Mai. *Journal of Lanna Public Health*, 10(1), 34-52. (in Thai)
- Ngernthong, P. (2012). Quality of work life of dentists in communication hospitals. *Public Health Dentistry*, 17(2), 60-70. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Public Health Administration Office. (2012). *Oral health service plan*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary. Retrieved November 30, 2019, from <https://www.slideshare.net/dentalfund/ss-13415316>. (in Thai)

- Ruangrit, S., Benjaku, S., & Sillabutra, J. (2016). Factors predicting the quality of work life among dental health officers in subdistrict health promoting hospitals, 5th Regional Service Provider, Ministry of Public Health. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(3), 1604-1617. (in Thai)
- Saengkaew, P. (2016). *Factors related to the work of nursing staff of a private hospital in Samutprakan*. Thesis of Master of Public Health, Krirk University, Bangkok. (in Thai)
- Steers, R. M. (1988). *Organization effectiveness: A behavioral view*. Santa Nonica, California: Goodyear.
- Strategy Management Group, Dental Public Health office, Department of Health. (2019). *Manual for Dental Public Health Operation* (1). Bangkok: Department of Health. (in Thai)
- Techakumphuch, P. (2017). *Report of the 4th National Dental Health Conference "Good oral health Good health at every age"*. Nonthaburi: Department of Health. (in Thai)
- Thongrueang, P. (2013). Quality of working life of staff at Tambon Health Promoting Hospital in Samut Prakan Province. *Central Regional Primary Health Care Journal*, 28(4), 41-45. (in Thai)
- Wachirojphaisan, T. (2015). Thai dental health officers former present future?. *Tuntapootorn journal*, 1, 30-34. Retrieved January 8, 2020 from <http://www.tuntapootorn.com/index.php?mo=1>. (in Thai)
- Wongkongkatep, S., Pondeeyeam, S., Bootsarakumruha, J., Siriwetsuntorn, A., Rukjarem, S., Suwannapet, R. et al. (2014). *Evaluation of service provision integration of oral health prevention and promotion in maternal and child services in hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health*. Nonthaburi: Department of Health. (in Thai)
- Yanarueang, S., Wattanapitchayakun, A., & Chaiyachai, P. (2018). Problems of progress and professional practice of Instant Governance. *Journal of Good Governance*, 29(1), 49-56. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว^{1,*} พ.บ.

Received: April 28, 2020

Revised: May 5, 2020

Accepted: July 22, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 213 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ศาสนา ($r = 0.81$) และการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ($r = 0.50$) และทัศนคติ ($r = 0.36$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง และต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการทำงานบุคลากรสาธารณสุข โดยการสนับสนุนข้อมูลและอุปกรณ์ในการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และนำศาสนาสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติที่ต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ทักษะ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Saksit_med46@hotmail.com

Factors associated with caregivers' skills in caring for the older adult in Sukhothai Province

Saksit Bokaew^{1,*} M.D.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study factors associated with caregivers' skills in caring for the older adult in Sukhothai. The study subjects were 213 caregivers in Sukhothai, which selected by simple random sampling and collected data by using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Point biserial correlation coefficient, Eta correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that religion ($r = 0.81$) and working support in practice from the catchment area ($r = 0.43$) were positively related to caregivers' skills in caring for the older adult at a high level (p -value < 0.001). While the supporting from families and communities ($r = 0.50$) and attitude ($r = 0.36$), were positively related to caregivers' skills in caring for the older adult at moderate and low levels (p -value < 0.001), respectively.

The results showed that the relevant departments should support the work of health personnel by supporting information and work equipment to improve caregivers' skills in caring for the older adult. The support of families and communities, as well as the use of religion, can be used to develop knowledge, create a positive attitude towards caring for the senior citizen, and caregivers' skills in caring for the older adult.

Keywords: Skill, Caregiver, Older adult

¹ Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

* Correspondence author: Saksit_med46@hotmail.com

บทนำ

ในศตวรรษนี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกอันเป็นผลมาจากการที่อัตราการเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดลง (Office of the National Economic and Social Development Board, 2018) ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ. 2559 โลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุจำนวน 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ระดับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Elderly Affairs, 2019) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า ส่งผลให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society) หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ (Population ageing) กล่าวคือ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015) สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุนี้อัตราสมมุติ ในปี พ.ศ. 2564 หมายถึงสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุนี้อัตราสมมุติคือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจะกลายเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ มากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด (Prasartkul, 2017)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 100,826 คน มีโรคประจำตัวร้อยละ 58.0 เมื่อทำการประเมินศักยภาพ

ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในผู้สูงอายุจำนวน 85,854 คน (85.2%) ผลการประเมิน พบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 82,869 คน (96.5%) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 2,580 คน (3.0%) และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 405 คน (0.5%) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงนั้นถือว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่าย ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020) กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกันดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ภายใต้กองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) โดยมีเป้าหมายสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และการจัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมด้วยการจัดให้มีผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) ประจำศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงการจัดให้มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ตามหลักสูตรกำหนด และมีการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและให้การดูแลและติดตามที่เหมาะสมต่อไป (National Health Security Office, 2016)

จากข้อมูลการดำเนินการของกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ในปีพ.ศ. 2559 จัดอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และ ในปีพ.ศ. 2561 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ประมาณ 13,000 คน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประมาณ 72,000 คนที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) สำหรับจังหวัดสุโขทัย ในปีพ.ศ. 2562 มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 429 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งมีจำนวน 2,985 คน (3.5%) โดยเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุเท่ากับ 1:7 ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1:4 คน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว (Kumsom, Lagampan, & Boonyamalik, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Mahamad, 2018) ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำผลวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาเพิ่มทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดีและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว ลดภาระการดูแล และลดความเครียดต่อลูกหลานและญาติได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 55/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จังหวัดสุโขทัย เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 429 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดให้ $n =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, $N =$ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จังหวัดสุโขทัย จำนวน 429 คน, $Z_{\alpha/2} = 1.96$ เท่ากับ 0.05, $P =$ ค่าสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ดี เท่ากับ 0.50, และ $d =$ ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 (Sukhothai Provincial Health Office, 2020) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 213 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรค และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช้ โดยคำตอบถูกให้คะแนน 1 และ ข้อที่ตอบไม่ถูกและไม่แน่ใจให้คะแนน 0 การแปลความหมายระดับความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ($\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (61-79%) และระดับต่ำ ($\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม, ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ดูแล จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับทักษะใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ ได้แก่ การสนับสนุนจากจากบุคลากรสาธารณสุขและการสนับสนุนข้อมูล อุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายระดับการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน การแปลความหมายการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

ส่วนที่ 7 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การให้ยาทางปาก 2) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ 3) การวัดความดันโลหิต 4) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) การทำแผล Dry dressing 6) การทำแผล Wet dressing 7) การเช็ดตัวลดไข้ 8) การดูดเสมหะ 9) การให้อาหารทางสายยาง และ 10) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน จำนวน 52 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น

3 ระดับคือ ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$)

การหาคุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82, 0.80, 0.91, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ถึงสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2563 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับทราบ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 5 คน และชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกันผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงแก่กลุ่มประชากรที่ศึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องในข้อคำถามของแบบสอบถามโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม

ก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้นำมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ผลการศึกษาในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้ 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial Correlation Coefficient) 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation Coefficient) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติ) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) และ 4) กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Hinkle, William, & Stephen, 1998) ดังนี้

$r = 0.91-1.00$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

$r = 0.71-0.90$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

$r = 0.51-0.70$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r = 0.31-0.50$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = 0.00-0.30$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.5 อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. = 10.11) ต่ำสุด 22 ปี และสูงสุด 69 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 สถานภาพคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 18.8 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา หรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 58.2 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 39.4 ค่ามัธยฐาน รายได้ของครอบครัว คือ 7,000 บาท ต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 60,000 บาท ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 3.34 ปี (S.D. = 3.94) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 25 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุเป็นพ่อ/แม่มากที่สุด ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ อื่น ๆ ร้อยละ 37.1 และน้อยที่สุด ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 5.6

2. ความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี 1) ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ 2) ทักษะคิดอยู่ในระดับสูง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และด้านบทบาทของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง 4) การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ อยู่ในระดับสูง 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับสูง และ 6) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงแบ่งออกเป็น 10 ด้าน คือ ด้านการให้ยาทางปาก ด้านการวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ด้านการวัดความดันโลหิต ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ด้านการทำแผลแบบแห้ง (Dry dressing) ด้านการทำแผลแบบเปียก (Wet dressing) ด้านการเช็ดตัวลดไข้ ด้านการดูดเสมหะ ด้านการให้อาหารทางสายยางและด้านการดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจนอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	2.24	3.05	ต่ำ
ทักษะคิด	4.07	0.30	สูง
บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม	4.30	0.50	สูง
ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	3.97	0.37	สูง
บทบาทของผู้ดูแล	4.05	0.36	สูง
การรับรู้ด้านสุขภาพ	4.03	0.35	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	4.27	0.42	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	4.29	0.45	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	4.47	0.46	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	2.42	0.85	ปานกลาง
การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่	4.23	0.49	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	4.23	0.44	สูง
ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.00	0.74	สูง
การให้ยาทางปาก	4.21	0.78	สูง
การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ	4.26	0.68	สูง

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคติ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213) (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การวัดความดันโลหิต	4.15	0.71	สูง
การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	3.93	0.95	สูง
การทำแผลแบบแห้ง	4.04	0.85	สูง
การทำแผลแบบเปียก	4.08	0.84	สูง
การเช็ดตัวลดไข้	4.21	0.75	สูง
การดูดเสมหะ	3.72	1.13	สูง
การให้อาหารทางสายยาง	3.81	1.09	สูง
การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	3.71	1.18	สูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะคติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$)

การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.001$) และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.50$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 213)

ตัวแปรต้น	การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-0.08 (r_{pb})	0.266	ต่ำมาก
อายุ	0.04 (r_{sp})	0.530	ต่ำมาก
ศาสนา	0.81 (Eta)	< 0.001**	สูง
สถานภาพ	0.14 (Eta)	0.138	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	0.12 (Eta)	0.686	ต่ำมาก
อาชีพ	0.17 (Eta)	0.378	ต่ำมาก
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	0.12 (r_{sp})	0.075	ต่ำมาก
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.13 (r_{sp})	0.066	ต่ำมาก
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ	0.10 (Eta)	0.577	ต่ำมาก
ความรู้	-0.12 (r_{sp})	0.071	ต่ำมาก
ทักษะคติ	0.36 (r_{sp})	< 0.001**	ต่ำ
การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่	0.43 (r_{sp})	< 0.001**	ต่ำ
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	0.50 (r_{sp})	< 0.001**	ปานกลาง

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$, r_{pb} = Point Biserial Correlation Coefficient, Eta = Eta correlation Coefficient, r_{sp} = Spearman Rank Correlation Coefficient

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.6 นับถือศาสนาพุทธ ความเชื่อในการดูแลผู้สูงอายุจึงสอดคล้องกับหลักคำสอนในพระพุทธศาสนา ที่สอนให้ทำความดี มีความกตัญญู มีสังคหวัตถุ 4 คือ ทาน ปิยวาจา อตถจริยา และสมานัตตตา ที่มาพัฒนาจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูนิภาภิทรกิจ วิฑิตสโร (2561) พบว่า การประยุกต์สังคหวัตถุ 4 ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ด้วยการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ซึ่งในที่นี้หมายถึงสังคหวัตถุ 4 ประกอบด้วย 1) การให้คือ การเสียสละการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นการส่งเสริมสังคมแห่งการให้ระหว่างบุคลากรในองค์กร 2) การพูดคำสุภาพ อ่อนหวาน เป็นการส่งเสริมด้านการสื่อสารเชิงบวกระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ 3) การบำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือกันและกัน เป็นการส่งเสริมด้านความมีมนุษยสัมพันธ์ด้วยการกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น และ 4) การวางตนเสมอต้นเสมอปลาย เป็นการส่งเสริมด้านการวางตัวให้เหมาะสมกับฐานะของตนในสังคม ไม่เอารัดเอาเปรียบผู้อื่น ซึ่งหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาบูรณาการหรือประยุกต์ใช้กับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ได้เป็นอย่างดี

ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าความรู้จะทำให้เกิดทัศนคติและส่งผลต่อทักษะการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice; KAP) ของ Bloom (1965) กล่าวได้ว่าความรู้คือ สิ่งที่มีมนุษย์มีความคิดได้จากข้อเท็จจริง ทัศนคติ มีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคตได้ โดยมีทัศนคติเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้องความต่อเนื่อง ความเป็นธรรมชาติเมื่อปฏิบัติบ่อยครั้งจนเกิดเป็นทักษะจากการศึกษานี้พบว่า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับต่ำเกี่ยวกับโรคและปัญหาของผู้สูงอายุอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ทักษะของการดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ดี ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการสอน และการฝึกปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Saetew, Chinkhanapha, Rueangsawat, & Teepapal (2019) พบว่าศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีอาการที่จะแสดงอาการกลัวหรือไม่กล้าที่จะสัมผัสผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง มีผลกดดันใส่สายให้อาหารหรือมีโรคประจำตัว หลังจากได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความกล้าที่จะดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้มากขึ้น ซึ่งการได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาเป็นการให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน และ Saengchan (2013) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไทย ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีโอกาสที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.49 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมมีโอกาสมจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.78 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.69 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา กล่าวได้ว่า การศึกษามีส่วนในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล เพราะการศึกษา มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแล จึงเป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง และสามารถพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สำหรับในส่วนผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในส่วนของการวิเคราะห์หรือการรับรู้เกี่ยวกับ

สาเหตุของการเกิดโรค รวมทั้งวิธีการวางแผนการรักษา และการประพฤติดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล (Padwang, 2007)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการมีทัศนคติที่ดี เกิดความศรัทธาต่อการปฏิบัติ มีความรู้สึกรักใคร่ และศรัทธาต่อการปฏิบัติ การแสดงออกส่งผลที่จะมีการพัฒนาทักษะได้ดี สอดคล้องกับ Mahamad (2018) ที่ว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งทัศนคติที่ดีพัฒนามาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงสามารถให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดี

การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า พื้นที่ที่มีการสนับสนุนการพัฒนาความสามารถทำให้มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุได้ดี สอดคล้องกับ Suanrueang, Wannasri, & Sriathamrongsawat (2018) ที่กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป ศักยภาพของการทำงานในชุมชนมีเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์และการผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาพบว่า การมีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงและ 420 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น รวมทั้งมีรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจนขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่คือคนในชุมชนที่ได้รับการอบรม ดังนั้นคนในชุมชนจะมีการสนับสนุนการดูแลกัน โดยคนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย สังคม มีจิตอาสาที่ต้องการมาดูแลคนในชุมชน ดังนั้นจึงถือว่าเป็นการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

ที่สละเวลามาช่วยผู้อื่นในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumsom et al. (2019) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ทำหน้าที่นี้ มีอาชีพหลักที่มีอาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้มีเวลาว่างตามฤดูกาล เจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีความเป็นสังคมชนบท เป็นลักษณะครอบครัวขยาย เป็นเครือญาติกัน และคนในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการทำงานโดยบุคลากรสาธารณสุข การสนับสนุนข้อมูลและอุปกรณ์ ในการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงควรมีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งมีการนำศาสนามาใช้ในการพัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาในรูปแบบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทุกอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ที่กรุณาช่วยให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research is Evaluation*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1965). The role of educational science in curriculum development. *Int J Educ Sci*, 1, 5-15.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences*. (9th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Elderly Affairs. (2019) Measures to drive the national agenda on aging society (revised version). Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *The develop-ment of the elderly care system*. Nakhon Pathom: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G.J. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences*. (4th ed.). Boston, New York: Houghton Mifflin.
- Kumsom, C., Lagampan, S., & Boonyamalik, P. (2019). Factors influencing caring practices for dependent older adults in the Long-Term Care System: Roi Et Province. *Thai Red Cross Nurse Journal*, 12(2), 193-207. (in Thai)
- Mahamad, P. (2018). Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 17, 1-9. (in Thai)
- National Health Security Office. (2016). *A guide to support the management of the care system. Long term public health for the elderly who are dependent in the national health insurancesystem*. Bangkok: National Health Security Office.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021)*. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. (in Thai)
- Padwang, B. (2007). *Practices of caregivers in caring for elderly with chronic obstructive pulmonary disease at Ko Kha District, Lampang Province*. Thesis of Master of Nursing Science (Community Nursing), Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Phrakhrunipapattarakij Thitasaddho. (2018). An application of Sangahavatthu 4 for human resource management. *Phimoldhamma Reseach Institute Journal*, 5(2), 15-28. (in Thai)
- Prasartkul, P. (2017). General situation. In P. Prasartkul (Ed.), *The situation of the elderly in B.E. 2559* (pp. 16-27). Nakhon Pathom: Institute and Social Research. (in Thai)
- Saengchan, T. (2013). *Factors association with knowledge of caregivers among elderly Thais*. Thesis of Master of Arts Program in Demography, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)

- Saetew, P., Chinkhanapha, C., Rueangsawat, S., & Teepapal, T. (2019). Study of the potential of caregiver for the elderly after 70 hours of elderly care program of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 300-310. (in Thai)
- Suanrueang, P., Wannasri, A., & Srithamrongsawat, S. (2018). Community care by caregivers to dependent elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. *Journal of Health System Research Journal*, 12(3), 438-450. (in Thai)
- Sukhothai Provincial Health Office. (2020). *Summary of annual performance of the elderly for the year 2019*. Sukhothai: Sukhothai Provincial Health Office. (in Thai)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World population Ageing, 2015*. Retrieved May 20, 2019, from [https:// www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

อภิญา จุติตระกูลชัย¹ กศ.ม., วิลาสินี หงสนันท์^{2,*} ภ.ม.

Received: July 11, 2020

Revised: July 30, 2020

Accepted: August 5, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจำนวน 496 คน ที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี ในจังหวัดสุโขทัย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชน ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา (Beta = 0.34) รองลงมา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมิ่นชัน (Beta = -0.31) อายุ (Beta = 0.26) เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทเป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมิ่นชัน (Beta = -0.21) ทศนคติเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน (Beta = 0.20) ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร (Beta = 0.17) การรับรู้ประโยชน์ของยาหมิ่นชัน (Beta = 0.17) อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว (Beta = 0.10) และบุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน (Beta = 0.09) โดยทั้ง 9 ตัวแปร พยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชน จังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานทางสาธารณสุข ควรจัดโปรแกรมในการให้ความรู้ ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชน มีการให้ข้อมูลการใช้ยาหมิ่นชันที่ถูกต้องโดยบุคลากรทางการแพทย์ และนำแบบอย่างที่ดีในการใช้ยาหมิ่นชันมาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มประชาชน โดยคำนึงถึงอายุและอาชีพของประชาชนร่วมด้วย เพื่อให้การใช้ยาหมิ่นชันถูกต้องและปลอดภัย

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย หมิ่นชัน พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

² เกษตรกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: wilasinee61@nu.ac.th

Factors influencing Turmeric (*Curcuma longa* Linn.) use behavior among people in Sukhothai Province

Apinya Chutitrakuchai¹ M.Ed., Wilasinee Hongsanun^{2,*} M.Pharm.

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to examine the factors influencing Turmeric (*Curcuma longa* Linn.) use behavior among Sukhothai people. The study sample included 496 people ranged between the ages of 20 and 65 years old, which selected by using the multistage sampling technique. Data were collected using questionnaires, which were tested for content validity and reliability and analyzed by descriptive statistic and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that most of the turmeric use behaviors of the study sample were at a high level (50.4%). The factors influencing use behavior were the experience of using herbal medicine in 1-2 months ago (Beta = 0.34), having health care providers as a role model of using turmeric (Beta = -0.31), age (Beta = 0.26), having friends as a role model of using turmeric (Beta = -0.21), attitude (Beta = 0.20), knowledge (Beta = 0.17), perception of the advantage of turmeric use (Beta = 0.17), occupation (commercial or own business) (Beta = 0.10), and received information of turmeric drug via health care providers (Beta = 0.09). These nine factors can predictive turmeric use behavior among people in Sukhothai at 45.0% with a significance level of 0.05. This study recommended that public health authority should be provide intervention related to increase knowledge and assessment of attitude in Turmeric use behavior of the population, provide correctly Turmeric use behavior information by healthcare provider, use the good practice in Turmeric usage to share experience among the population. In addition, age and occupation of the population need to be consider to enhance the correct and safety of Turmeric use behavior.

Keywords: Traditional Medicine, Turmeric, Drug use behavior, Herbal

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Sukhothai Provincial Public Health Office

² Pharmacist, Professional level, Sukhothai Provincial Public Health Office

* Corresponding author: wilasineeh61@nu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคในแต่ละประเทศทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากกลยุทธ์ WHO Traditional Medicine (TM) Strategy 2014-2023 มุ่งเน้นการผลักดันให้มีการนำเอาสมุนไพรในประเทศของตนเองมาพัฒนาต่อยอดทางงานวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า (WHO, 2013) ซึ่งในหลายประเทศได้มีการส่งเสริมการนำสมุนไพรในบริบทพื้นที่ของตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น (WHO, 2012)

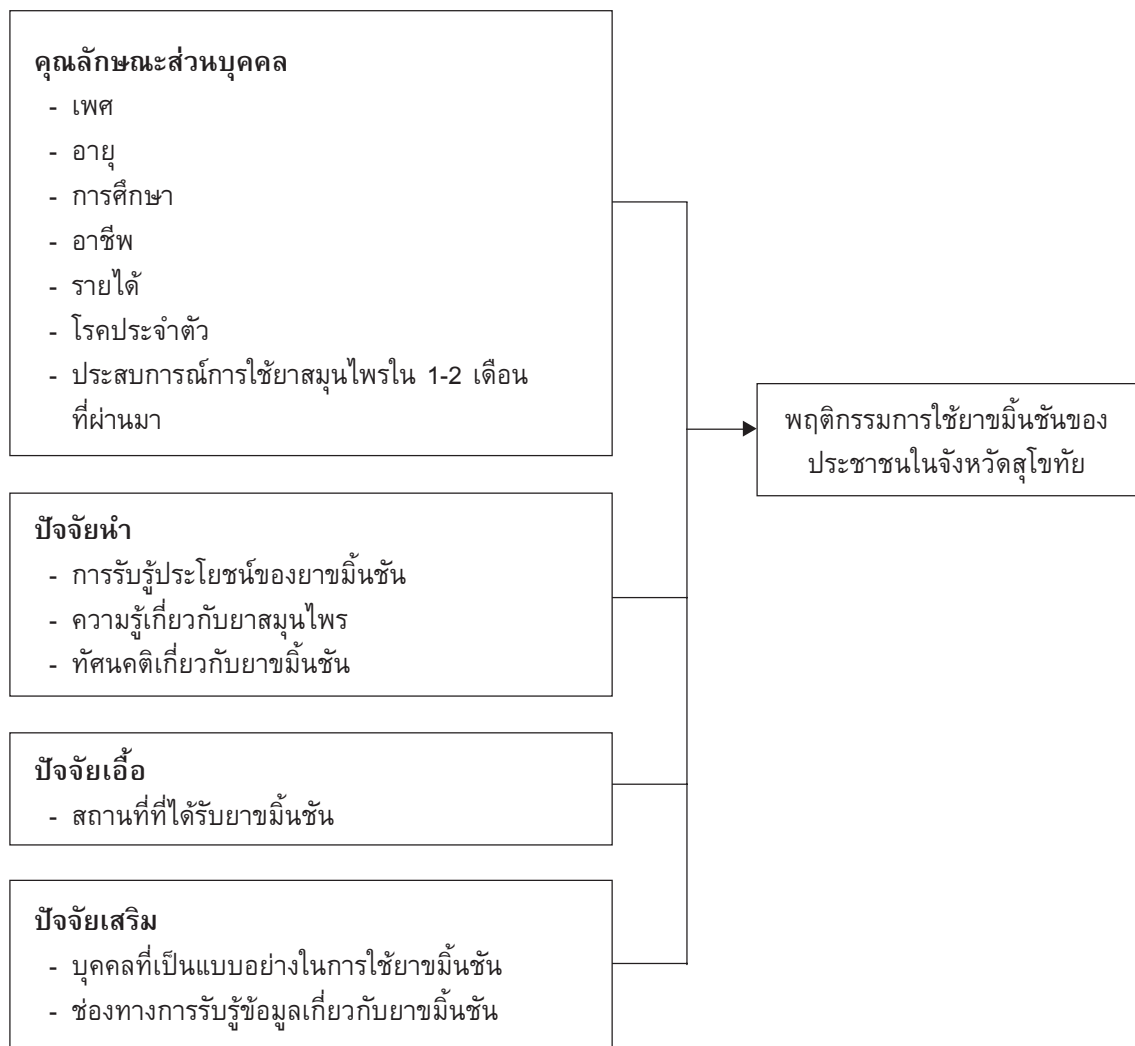
สำหรับประเทศไทยได้มีการส่งเสริมให้มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 โดยใช้สมุนไพรในครัวเรือนซึ่งเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องได้รับการส่งเสริมให้กับประชาชนทราบอย่างทั่วถึง (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2017) ปัจจุบันกรมการแพทย์แผนไทยได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งให้ประชาชนคนไทยได้รับการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2019) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไป เช่น อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนนทบุรีพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในระดับมาก (Satsue, Promponjorn, & Rakpurk, 2018) นอกจากนี้พบว่าในตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นร้อยละ 56.8 (Chaimay, Boonrod, & Simla, 2012)

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 มาตราการที่ 5 การส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพรต้นแบบ (Product Champion) โดยมอบหมายให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งในระยะแรกได้มีการกำหนดให้สมุนไพร 4 ชนิด เป็นสมุนไพรต้นแบบ ได้แก่ ขมิ้นชัน ใบบัวบก ไพล และกระชายดำ (Thailand Plus,

2018) รวมถึงการส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลใช้สมุนไพรทดแทนการนำเข้ายาแผนปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของทุกจังหวัดตามนโยบายของกรมการแพทย์แผนไทย (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2017)

จังหวัดสุโขทัย เป็นจังหวัดที่มีนโยบายขับเคลื่อนส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง (Sukhothai Provincial Public Health Office, 2019) ซึ่งยังไม่พบแนวทางส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่เจาะจงกับสมุนไพรบางชนิดโดยตรงกับสมุนไพรต้นแบบทั้ง 4 ชนิด นอกจากนี้พบว่า จากข้อมูลรายงานการใช้ยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันการใช้ยาสมุนไพรยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด (Sukhothai Provincial Public Health Office, 2019) ทั้งนี้ ยาขมิ้นชันเป็นยาสมุนไพรที่มีในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เกือบทุกแห่ง และเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับยาขมิ้นชันจะนำมาสู่ต้นแบบของแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในจังหวัดสุโขทัยอย่างเจาะจงชนิดสมุนไพร ซึ่งการจะส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างเหมาะสมนั้นจะต้องเข้าใจในพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ จึงจะนำมาสู่การพัฒนาเป็นนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาขมิ้นชันของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE model (Green & Kreuter, 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังในภาพ 1 ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปสู่การจัดโครงการหรือโปรแกรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาขมิ้นชันของประชาชนอย่างถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้นและเป็นต้นแบบของการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตัวอื่นต่อไป



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ขมิ้นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง
(Descriptive cross-sectional study) โครงการได้รับ
การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับ
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่
โครงการ IRB38/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ประชาชนที่อาศัย
อยู่ในจังหวัดสุโขทัย อายุระหว่าง 20-65 ปี จำนวน
266,164 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุ 20-65 ปี
ที่ได้จากการสุ่ม จำนวน 496 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรกรณี
วัตถุประสงค์หลักเป็นค่าเฉลี่ย (Estimating a finite
population mean) พิจารณาใช้กรณีตัวแปรตามเป็น
ตัวแปรต่อเนื่อง กรณีทราบจำนวนประชากร (Ngamjarus
& Chongsuvivatwong, 2016) ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร (อายุ 20-65 ปี ใน จ.สุโขทัย
จำนวน 266,164 คน)

σ = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่ใช้คำนวณ
ขนาดตัวอย่างได้จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ยกกำลังสอง ($\sigma = 16.08$) (จาก Pilot study ได้ค่า
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.01)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ยกกำลังสอง
กำหนดให้ค่าคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 2 ของค่าเฉลี่ย
(Kitreerawutiwong, 2018) (จาก Pilot study ได้ค่า
ค่าเฉลี่ย = 18.54 ดังนั้น ค่า $d = 0.37$)

Z = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง
($Z = 1.96$)

แทนค่าในสูตรจะได้ $n = 451$ คน เพื่อป้องกันการ
สูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง
อีก 10% (Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2016)
เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 496 คน เกณฑ์การคัดเข้า
ได้แก่ 1) ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ 2) สามารถ
อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมงาน
วิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ การย้ายที่อยู่ออกจาก
จังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีสุ่มแบบ Multi-stage random sampling
โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified
random sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของ
แต่ละอำเภอในทุกอำเภอ เพื่อให้มีตัวแทนแต่ละอำเภอ
ตามสัดส่วน

ขั้นที่ 2) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random
sampling) โดยนำรายชื่อตำบลทั้งหมดของอำเภอนั้น
มาทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน
จนได้จำนวนอำเภอละ 3 ตำบล

ขั้นที่ 3) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random
sampling) โดยนำฐานข้อมูลบ้านเลขที่ของแต่ละตำบล
นำมาเรียงด้วยคอมพิวเตอร์ จากนั้นมาสุ่มอย่างง่าย
โดยคอมพิวเตอร์แบบไม่ใส่คืน จากนั้นเก็บข้อมูลจาก
ประชาชนในบ้านที่สุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ
สอบถามประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้
ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร อาชีพ สถานที่ที่ได้รับ
ยาขมิ้นชัน ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาขมิ้นชัน
และบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาขมิ้นชัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร
ไทยจำนวน 13 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน)
หรือไม่ใช่ (0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับยาหมื่นชัน จำนวน 8 ข้อ เลือกตอบ 4 ระดับ (Rating scale) โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของยาหมื่นชัน จำนวน 7 ข้อ เลือกตอบ 4 ระดับ (Rating scale) โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชัน จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบ 3 ระดับ (Rating scale) คือ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย โดยข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชันมาจัดกลุ่มโดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดิบใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนโดยประยุกต์มาจากหลักเกณฑ์ของ Bloom จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งคะแนนพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, Hastings, Madaus, & Baldwin, 1971) คือ พฤติกรรมระดับดีมากได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 คือ 24-30 คะแนน ระดับดีได้คะแนนร้อยละ 60-79 คือ 18-23 คะแนน ระดับพอใช้ได้คะแนนร้อยละ 0-59 คือ 0-17 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค 3 ท่าน ทำการประเมินแบบสอบถาม โดยคำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) หากข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 จะถูกนำมาพิจารณาตัดออก หรือปรับปรุงแก้ไข

ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหา Internal consistency โดยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มคนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คนโดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกความสอดคล้องภายในเนื้อหา โดยแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะมีความเหมาะสม (Vanichbuncha & Vanichbuncha, 2015)

ผลของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่าแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับยาหมื่นชัน แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของยาหมื่นชัน และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชัน มีค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.71 0.70 และ 0.71 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรไทยด้วยวิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.70 และค่า IOC รายข้อ มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งมีความเหมาะสม (Vanichbuncha & Vanichbuncha, 2015)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ยาหมื่นชัน หมายถึง ขมิ้นชันที่บรรจุแคปซูลขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณ

พฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชัน หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค หรือการกระทำที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นด้วยยาหมื่นชัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาเพื่อนำไปบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติทั้งเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Multiple regression analysis โดยวิธี Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทั้ง 5 ข้อ ซึ่งพบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการทดสอบด้วยการใช้สถิติ Multiple regression analysis โดยพบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($p\text{-value} = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า 0.05) ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ (Std. Residual มีค่า mean = 0.00 ซึ่งเข้าใกล้ 0 และ ค่า Std. Deviation = 0.99 ซึ่งเข้าใกล้ 1) ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน

มีค่าคงที่ (Scatter plot เป็นภาพกระจาย) ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ค่า Durbin-Watson = 2.0 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5) และพบว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่พบค่าสหสัมพันธ์คู่ใดที่สูงกว่า 0.9 และ พบว่าค่า Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าไม่เกิน 10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2012)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 496 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.90 ± 10.10 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 20 ปี และมากที่สุด คือ 65 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 ประกอบอาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว ร้อยละ 30.0 มีรายได้ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.8 เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรระยะ 1-2 เดือนที่ผ่านมา

ร้อยละ 59.9 โดยมีรายขายยาเป็นสถานที่ที่ได้ยาสมุนไพรมาใช้ ร้อยละ 40.5 บุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพร ร้อยละ 39.5 และบุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 44.0 ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ย 11.20 ± 1.50 ทศนคติเกี่ยวกับยาสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ย 22.60 ± 2.40 การรับรู้ประโยชน์ของยาสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ย 19.60 ± 2.30 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ดังในตาราง 1 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 18.4 ± 5.2 โดยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และสูงสุด 30 คะแนน ส่วนใหญ่พฤติกรรมจัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.4 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 34.5 ซึ่งผู้ที่ไม่เคยใช้ยาสมุนไพรมาก่อน จะได้คะแนนต่ำสุดคือ 10 คะแนน เนื่องจากจะเลือกตอบคำถามพฤติกรรมตอบว่า ไม่เคย ซึ่งจะได้ 1 คะแนนในทั้ง 10 ข้อ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ที่ได้ 10 คะแนน จำนวน 2 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่เคยใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 99.6

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร (n = 496)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (24-30 คะแนน)	171	34.5
ดี (18-23 คะแนน)	250	50.4
พอใช้ (0-17 คะแนน)	75	15.1
Mean = 18.40, S.D. = 5.20, Min-Max = 10-30		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังในตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา (p-value < 0.001), การรับรู้ประโยชน์ของยาสมุนไพร (p-value < 0.001), อายุ (p-value < 0.001) อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว (p-value = 0.003) บุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร (p-value < 0.001),

เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิท เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร (p-value < 0.001) ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร (p-value < 0.001) ทศนคติเกี่ยวกับยาสมุนไพร (p-value < 0.001) และบุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพร (p-value = 0.04)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา (Beta = 0.34) รองลงมาได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร (Beta = -0.31) อายุ (Beta = 0.26) เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทเป็นแบบอย่างในการ

ใช้ยาหมิ่นชัน (Beta = -0.21) ทักษะเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน (Beta = 0.20) ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร (Beta = 0.17) การรับรู้ประโยชน์ของยาหมิ่นชัน (Beta = 0.17) อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว (Beta = 0.10) และบุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน

(Beta = 0.09) โดยทั้ง 9 ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45.0 สำหรับ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และสถานที่ที่ได้มาของยาหมิ่นชัน พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

ตัวแปร	b	Beta	t	p-value
เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา	3.60	0.34	9.12	< 0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของยาหมิ่นชัน	0.38	0.17	3.76	< 0.001*
อายุ	0.13	0.26	7.43	< 0.001*
อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว (อาชีพเกษตรกรรมเป็นกลุ่มอ้างอิง)	1.16	0.10	2.95	0.003*
บุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมิ่นชัน (ญาติพี่น้องเป็นกลุ่มอ้างอิง)	-3.27	-0.31	-6.60	< 0.001*
เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิท เป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมิ่นชัน (ญาติพี่น้องเป็นกลุ่มอ้างอิง)	-2.63	-0.21	-5.27	< 0.001*
ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร	0.60	0.17	4.56	< 0.001*
ทัศนคติเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน	0.42	0.20	4.30	< 0.001*
บุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาหมิ่นชัน (วิทยุเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.94	0.09	2.06	0.040*

*p-value < 0.05 , Constant = -11.72, R square = 0.45

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย จำแนกผลตามการพยากรณ์ดังนี้

1. เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชน หมายความว่าเมื่อประชาชนที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น จะช่วยทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลตนเอง (Mattavangku, Kawitu, Deenoo, & Sinwannakool, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ McIntyre, Saliba, & Moran (2015)

ซึ่งทำการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรที่ได้ผลดีของตนเองในอดีตมีความสำคัญและทำให้ต้องการทดลองใช้สมุนไพรอื่นต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เห็นผลชัดเจนจากการใช้ยาสมุนไพรอื่นที่ผ่านมา จึงนำมาสู่การใช้ยาหมิ่นชันตามประสบการณ์ที่เคยพบมาจากการใช้ยาสมุนไพรชนิดอื่น

2. การรับรู้ประโยชน์ของยาหมิ่นชันพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันของประชาชน อธิบายได้ว่าเมื่อประชาชนได้รับรู้ประโยชน์ของยาหมิ่นชัน จะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาหมิ่นชันมากขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE model (Green & Kreuter, 2005) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็น

ปัจจัยทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของขมิ้นชัน จะนำไปสู่การโน้มน้าวให้บุคคลรอบตัวเกิดพฤติกรรมแบบเดียวกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของสมุนไพรกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mattavangku et al., 2019)

3. อายุพบว่ามียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน อธิบายได้ว่าประชาชนที่อายุมากขึ้น มีโอกาสที่จะใช้ขมิ้นชัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mattavangku et al., 2019)

4. อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัวพบว่า มียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน โดยพบว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว มีพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม นั่นอาจเป็นเพราะว่า ผู้ประกอบอาชีพค้าขาย มักอยู่ในแหล่งเศรษฐกิจของชุมชน สามารถเข้าถึงขมิ้นชันได้ง่ายในร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าร้านขายยาเป็นสถานที่ที่ได้ขมิ้นชันมาใช้ถึงร้อยละ 40.5

5. บุคลากรทางการแพทย์และเพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทเป็นแบบอย่างในการใช้ขมิ้นชันพบว่ามียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน ซึ่งมีค่า b ติดลบ อธิบายได้ว่าประชาชนที่มีญาติพี่น้อง (กลุ่มอ้างอิง) เป็นแบบอย่างในการใช้ขมิ้นชัน มีพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันดีกว่าประชาชนที่มีบุคลากรทางการแพทย์และเพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทเป็นแบบอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntyre et al. (2015) พบว่าการบอกเล่าประสบการณ์การใช้สมุนไพรจากบุคคลใกล้ชิดหลายคนที่มีบอกเล่าถึงผลดีของยาสมุนไพรนั้น ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการใช้ยาและมีความสำคัญมากกว่าหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และนำมาสู่การใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเองต่อไป

6. ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร พบว่ามียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน โดยพบว่า

การที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรที่ดีจะทำให้พฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันดีขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE model (Green & Kreuter, 2005) ที่อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้ที่ได้รับอาจเกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือจากการเรียนรู้จากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง (Woradet, Chaimay, Salaea, & Kongme, 2015)

7. ทศนคติเกี่ยวกับขมิ้นชันพบว่ามียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน โดยพบว่าการที่ประชาชนมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับขมิ้นชันจะทำให้พฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันดีขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE model (Green & Kreuter, 2005) ที่สามารถอธิบายว่า ทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องของพฤติกรรมของบุคคล มักได้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง จากการให้ความรู้ และการสร้างค่านิยม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบความสัมพันธ์ของทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง (Woradet et al., 2015)

8. บุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางให้ข้อมูลกับประชาชนเกี่ยวกับขมิ้นชัน พบว่ามียุทธพลต่อพฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันของประชาชน โดยพบว่าหากประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขมิ้นชันจากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้พฤติกรรมการใช้ขมิ้นชันดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntyre et al. (2015) พบว่า ผู้ที่จะตัดสินใจใช้ยาสมุนไพรจะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากแพทย์เพื่อใช้ประกอบข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางสมุนไพร เพื่อ ประกอบการตัดสินใจใช้สมุนไพรให้ถูกวิธี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ต้องการความมั่นใจในการใช้สมุนไพรจากผู้ที่มีความรู้ในการรักษาโรค เพื่อยืนยันประสิทธิผลของสมุนไพร ก่อนนำมาสู่พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ทศนคติเกี่ยวกับยาพื้นบ้าน และการรับรู้ประโยชน์ของยาพื้นบ้าน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้านของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจึงเสนอให้หน่วยงานสาธารณสุขเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทศนคติ และการรับรู้ ให้มากยิ่งขึ้น โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาพื้นบ้าน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นช่องทางที่ให้ความรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้าน

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรในระยะ 1-2 เดือนที่ผ่านมา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้าน ดังนั้นในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขจึงอาจมุ่งเน้นกลุ่มคนที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมาก่อน โดยสร้างเป็นบุคคลต้นแบบ เพื่อให้เกิดการใช้ยาพื้นบ้านเป็นตัวอย่างให้กับบุคคลใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องต่อไป ซึ่งผลการศึกษาพบว่าญาติพี่น้อง เป็นต้นแบบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้านได้มากกว่ากลุ่มคนอื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอื่นๆ ต่อไป โดยเฉพาะสมุนไพรที่เป็นสมุนไพรต้นแบบทั้ง 4 ชนิดตามที่กรมการแพทย์แผนไทยกำหนด เนื่องจากประโยชน์ที่ได้รับจากสมุนไพรที่แตกต่างกัน อาจทำให้มีปัจจัยที่มีอิทธิพลที่แตกต่างกันไป

2. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปออกแบบพัฒนาโปรแกรมสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้านต่อไปได้อย่างเหมาะสม โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าวไปออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S., Hastings, J. T., Madaus, G. F., & Baldwin, T. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. (1st ed.). New York: McGraw-Hill.
- Chaimay, B., Boonrod, T., & Simla, W. (2012). Factors affecting herbal uses in primary health care. *The Public Health Journal of Burapha University*, 7(2), 25-37. (in Thai)
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2017). *History of Department of Thai Traditional and Alternative Medicine*. Retrieved March 11, 2020, from https://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=26:history&catid=15&lang=th&Itemid=108. (in Thai)
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2019). *Vision Mission Strategic*. Retrieved March 11, 2020, from https://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=109&lang=th. (in Thai)
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2012). *Multivariate data analysis*. (7th ed.). New York: Pearson Education International.
- Kitreerawutiwong, N. (2018). *Public health research: From principle to practice*. Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai)
- Mattavangku, C., Kawitu, K., Deenoo, S., & Sinwannakool, S. (2019). Factor related to herbal use behavior for self-care among people in Phasi-Chareon District. *Journal of Nursing, Siam University*, 20(39), 99-109. (in Thai)

- McIntyre, E., Saliba, A. J., & Moran, C. C. (2015). Herbal medicine use in adults who experience anxiety: A qualitative exploration. *The International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 29275. doi: 10.3402/qhw.v10.29275.
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epide-miological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- Satsue, S., Promponjorn, K., & Rakpurk, W. (2018). Survey of factors affecting herbal medicine consumption behavior among people in SaiNoi District, Nonthaburi Province. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*, 16(3), 463-473. (in Thai)
- Sukhothai Provincial Public Health Office. (2019). *Annual report 2018*. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Thailand Plus. (2018). *Herbal champion products*. Retrieved March 11, 2020, from <https://www.thailandplus.tv/archives/8293>. (in Thai)
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2015). *Using SPSS for Windows for data analysis*. (27th ed.). Bangkok: Samlada. (in Thai)
- WHO. (2012). *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011–2020)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. Geneva: World Health Organization.
- Woradet, S., Chaimay, B., Salaea, R., & Kongme, Y. (2015). Factors associated with herbal used behavior towards self-care among village health volunteers Kong Ra District, Phatthalung. *Journal of Health Science*, 24(1), 50-59. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยมนู เกตุเอี่ยม¹ ภ.บ., ยุทธนา แยมคาย^{2,*} ส.ม.

Received: July 8, 2020

Revised: August 3, 2020

Accepted: August 5, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย จำนวน 352 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้บทบาทแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงที่สุดคือ การรับรู้บทบาท (Beta = 0.341) รองลงมาคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta = 0.288) การใช้หน้าตาเตือนภัยสุขภาพ (Beta = 0.131) และความรู้เป็นตัวแปรผกผัน (Beta = -0.104) ตัวแปรเหล่านี้ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 38.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การคุ้มครองผู้บริโภค การปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ เกษียรชำนานุกุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: amu-nra@hotmail.com

Factors affecting the health consumer protection performance among village health volunteers in Sukhothai Province

Manoo Ketaiam¹ B.Pharm., Yutthana Yeabkai^{2,*} M.P.H.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study factors affecting the health consumer protection performance among village health volunteers in Sukhothai Province. The samples were 352 village health volunteers in Sukhothai Province, which selected by using a multi-stage random sampling technique. The questionnaire was employed for data collection and analyzed by using the descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the knowledge and the attitude of health consumer protection, as well as health consumer protection performance, were at a moderate level, while role perceptions of health consumer protection, social support, and motivation were at a high level. The role perceptions of health consumer protection was the strongest predictor of health consumer protection performance among village health volunteers (Beta = 0.341), followed by motivation (Beta = 0.288), using the single window application (Beta = 0.131) and the knowledge was a significant negative factor (Beta = -0.104). These variables can predict health consumer protection performance among village health volunteers at 38.4% with a significant level of 0.05.

Keywords: Consumer protection, Work performance, Village health volunteers

¹ Pharmacist, Professional Level, Sukhothai Provincial Public Health Office

² Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Sukhothai Provincial Public Health Office

* Corresponding author: amu-nra@hotmail.com

บทนำ

การพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วในช่วงศตวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม รวมถึงวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คน แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์จะทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดต่อได้ดีขึ้น ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น แต่อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (Social determinants of health) มีความหลากหลายควบคุมได้ยากขึ้น (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ พบว่า ปัญหาผักและผลไม้ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 37.9 และนมโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 13.8 โดยปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียนมากกว่า 40,000 แห่ง การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน ร้อยละ 63.1 ความล่าช้าของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ความชัดเจนในการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ความเข้าใจของผู้ประกอบการและบุคลากร การใช้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการแทน การนำเข้าและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐาน เป็นต้น (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health, 2018) รวมถึงการเสนอสินค้าและบริการต่างๆ ต่อประชาชน นับวันแต่จะเพิ่มมากขึ้น ผู้ประกอบธุรกิจการค้าและผู้ประกอบการธุรกิจโฆษณาได้นำวิชาการในทางการตลาดและทางการโฆษณามาใช้ในการส่งเสริมการขายสินค้าและบริการ (Consumer Protection Act B.E. 2522, 2019) เพื่อส่งเสริมการขายสินค้าและบริการ ส่งผลให้มีผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่ผู้ผลิตหรือผู้ขาย

หวังผลกำไรมาก โดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพของผู้บริโภค เช่น การปลอมปน การปลอมแปลงสินค้า เป็นต้น (Nuannuaeng, Ratorian, & Chankong, 2015) ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ เพราะผู้บริโภคไม่อยู่ในฐานะที่ทราบภาวะตลาดและความจริงที่เกี่ยวกับคุณภาพและราคาของสินค้าและบริการต่างๆ ได้อย่างถูกต้องทันทั่วทั้ง โดยผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหายตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (Consumer Protection Act B.E. 2522, 2019)

การคุ้มครองผู้บริโภคจึงเป็นภารกิจสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่มีความปลอดภัยและเป็นธรรม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health, 2018) รัฐบาลได้กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบขึ้นเพื่อปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องมีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย มีการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องด้วยข้อมูลวิชาการที่มีหลักฐานเชื่อถือได้และมีความเหมาะสม เพื่อให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพปลอดภัย ผู้บริโภคมั่นใจ ผู้ประกอบการไทยก้าวไกลสู่สากล ในส่วนกลางอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในส่วนภูมิภาค 76 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งดูแลในภาพรวม

ระดับจังหวัด และในระดับอำเภออยู่ในความรับผิดชอบดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (Nuannuaeng, Ratoran, & Chankong, 2015) และในระดับชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแนวหน้างานในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังเตือนภัย และเชื่อมต่อกลไกรเรื่องร้องเรียน เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้บริโภคในชุมชน หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจ และเท่าทันกับสิ่งที่ไม่ปลอดภัยก็จะสามารถเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง สามารถเตือนภัยอันตรายให้กับผู้คนในชุมชน และยังสามารถส่งต่อข้อมูลเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จึงนับได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ ผู้ที่คุ้มครองผู้บริโภคคุ้มครองชุมชน และคุ้มครองสังคมได้อย่างแท้จริง (Thongyang, 2017) หรือเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญที่จะทำให้เกิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคแบบครบวงจรในแต่ละชุมชน (Tantawee Wong, 2017) สอดคล้องกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติงานแล้วให้บันทึกข้อมูลกิจกรรม เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบลและอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน (Announcement from the Ministry of Public Health, regarding the right to receive remuneration in the performance of duties of village health volunteers B.E. 2560 (No. 2) B.E. 2562, 2019) ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการกระทำหรือมีการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ด้านยา อาหาร เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่อย่างเหมาะสม การให้

ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้โดดเด่นจนเป็นที่ประจักษ์สามารถนำผลการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเข้ารับการคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (Department of Health Service Support, 2019)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้สมาร์ตโฟน ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Yaebkai & Wongsawat, 2017; Nuannuaeng et al., 2015; Thongyang, 2017; Tantawee Wong, 2017; Yaebkai, 2018; Heangkul & Yaebkai, 2020; House, 1981; Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (Nuannuaeng et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในพื้นที่ ได้แก่ ปัญหาด้านอาหาร ยาและวัตถุเสพติด วัตถุอันตราย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (Sukhothai Provincial Public Health Office, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำผลวิจัยดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน/ชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 51/2563 ประเภทของโครงการวิจัยแบบยกเว้น (Exemption review)

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 12,835 คน (Department of Health Service Support, 2019) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากรของ Vanichbuncha & Vanichbuncha (2015)

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{NE^2 + Z^2\sigma^2}$$

กำหนดให้ขนาดของประชากร ($N = 12,835$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง ($\sigma = 9.11$) (Heangkul & Yaebkai, 2020) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($E = 0.05$) และค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทดสอบ 2 ทาง ($Z = 1.96$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน และสุ่มตัวอย่างสำรองไว้เพิ่มอีก ร้อยละ 10.0 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 352 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกตำบล ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกหมู่บ้านและขั้นตอนที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน ได้กลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 352 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งตัวแปรต้นที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลักคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้สมาร์ตโฟน ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ความรู้ เจตคติ และการรับรู้บทบาท (Yaebkai & Wongsawat, 2017; Nuannuaeng et al., 2015; Thongyang, 2017; Tantaweewong, 2017; Yaebkai, 2018; Heangkul & Yaebkai, 2020) ตัวแปรต้นที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจากทฤษฎีสองปัจจัยในการจูงใจ (Herzberg et al., 1959) ส่วนตัวแปรตามการปฏิบัติงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างขึ้นจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (Announcement from the Ministry of Public Health, regarding the right to receive remuneration in the performance of duties of village health volunteers B.E. 2560 (No. 2) B.E. 2562, 2019) และแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (Department of Health Service Support, 2019) ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลักคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้สมาร์ตโฟน การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) และ

ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 20 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบถูกผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แบบคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.79 การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60.0-79.0 และความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 3 เจตคติที่มีต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 10 คำถาม แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 การแปลความหมายคะแนนระดับเจตคติ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ เจตคติระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป เจตคติระดับปานกลางร้อยละ 60.0-79.0 และเจตคติระดับต่ำน้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 11 คำถาม แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ คะแนนเต็ม 55 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 การแปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้บทบาท

โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้บทบาทระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป การรับรู้บทบาทระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 และการรับรู้บทบาทระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึกรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 19 คำถาม แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 57 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 การแปลความหมายคะแนนระดับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ลักษณะงาน และความรับผิดชอบ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพในการทำงาน นโยบายและการบริหารงาน ความมั่นคงในงาน และวิธีปกครองบังคับบัญชา จำนวน 50 คำถาม แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 250 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 การแปลความหมายคะแนนระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์ของบลูม

(Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 15 คำถาม แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 การแปลความหมายคะแนนระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลทุกแห่ง เทศบาลเมืองสวรรคโลก และเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบแบบสอบถามระหว่างวันที่ 11-30 มิถุนายน 2563 ซึ่งภายในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามครบเรียบร้อยแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้สมาร์ตโฟนการใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) และปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) ข้อมูลความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 อายุเฉลี่ย 51.19 ปี (S.D. = 10.07) อายุสูงสุด 74 ปี และอายุต่ำสุด 23 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุดคือ หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 14.2 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.มากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือ ประถมศึกษาร้อยละ 31.8 และน้อยที่สุดคือ ปริญญาโท ร้อยละ 0.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 22.2 และน้อยที่สุดคือ เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 100,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 5,939.20 บาท (S.D. = 6,295.40) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 14.19 ปี (S.D. = 9.09) สูงสุด 37 ปี และต่ำสุด 1 ปี อสม. มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 13 หลังคาเรือน (S.D. = 3.59) ต่ำสุด 6 หลังคาเรือน และสูงสุด 26 หลังคาเรือน ได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ร้อยละ 86.4 มีการใช้สมาร์ทโฟน (Smartphone) ร้อยละ 90.1 ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) ร้อยละ 48.9 และปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาหาร ร้อยละ 63.1 ยา ร้อยละ 66.2 เครื่องสำอาง ร้อยละ 54.1 เครื่องมือแพทย์ ร้อยละ 54.8 และการโฆษณาเกินจริง ร้อยละ 54.0

2. ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเจตคติที่มีต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 352)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	14.39	2.39	ปานกลาง
เจตคติ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	37.92	5.25	ปานกลาง
การรับรู้บทบาท (คะแนนเต็ม 55 คะแนน)	42.87	7.60	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 57 คะแนน)	51.61	5.70	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 250 คะแนน)	211.51	22.28	สูง
การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 75 คะแนน)	56.96	13.50	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้ การรับรู้บทบาทมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 28.6 ($R^2 = 0.286$) เมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 0.606 คะแนน ($B = 0.606$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 35.3 ($R^2 \text{ Change} = 0.068$, $R^2 = 0.353$) เมื่อแรงจูงใจ

ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 0.174 คะแนน ($B = 0.174$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) มีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0 เป็นร้อยละ 37.4 ($R^2 \text{ Change} = 0.374$, $R^2 = 0.020$) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ คะแนนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 3.526 คะแนน ($B = 3.526$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ความรู้ ซึ่งมีผลทางลบต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.1 ร้อยละ 38.4 (R^2 Change = 0.011, R^2 = 0.384) เมื่อความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงาน คัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพจะลดลง 0.587 คะแนน (B = -0.587) ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถรวมพยากรณ์ การปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพได้ ร้อยละ 38.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.620 และมีความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์(MSE) เท่ากับ

113.415 ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการ คัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพ การใช้สมาร์โฟน ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เจตคติ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานคัดกรอง ผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 352)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	Beta	b	SE of b	t	p-value
การรับรู้บทบาท	0.286	0.286	0.341	0.606	0.092	6.613	< 0.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.353	0.068	0.288	0.174	0.032	5.534	< 0.001
การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (ไม่ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ = กลุ่มอ้างอิง)	0.374	0.020	0.131	3.526	1.177	2.996	0.003
ความรู้	0.384	0.011	-0.104	-0.587	0.241	-2.435	0.015

Constant (a) = 4.852, R = 0.620, MSE = 113.415, R^2 = 0.384, Adjusted R^2 = 0.377, F = 54.173, P < 0.05

4. สมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบาย การปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4$$

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้บทบาท

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window)

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้

x_1 = การรับรู้บทบาท

x_2 = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

x_3 = การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window)

x_4 = ความรู้

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานคัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = $4.852 + 0.606$ (การรับรู้บทบาท) + 0.174 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 3.526 (การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ) - 0.587 (ความรู้) (ความรู้อยู่)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) และความรู้ ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 38.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. การรับรู้บทบาทมีผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพการกระทำหรือการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ด้านยา อาหาร เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ (Department of Health Service Support, 2019; Announcement from the Ministry of Public Health, regarding the right to receive remuneration in the performance of duties of village health volunteers B.E. 2560 (No. 2) B.E. 2562, 2019) รวมถึงรับรู้บทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังเตือนภัย และเชื่อมต่อกลไกเรื่องร้องเรียน เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้บริโภคในชุมชนหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจและเท่าทันกับสิ่งที่ไม่ปลอดภัยก็จะสามารถเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง

สามารถเตือนภัยอันตรายให้กับผู้คนในชุมชน และยังสามารถส่งต่อข้อมูลเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ (Thongyang, 2017) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นประโยชน์หรือความสำคัญจากการรับรู้บทบาทที่เกิดขึ้นว่าจะสนับสนุนให้มีการปฏิบัติงานดีขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะปฏิบัติงานตามการรับรู้บทบาทนั้นมากขึ้น (Yaebkai & Wongsawat, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaebkai (2018) พบว่า การรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heangkul & Yaebkai (2020) พบว่า การรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพอใจในการปฏิบัติงานและกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานมากขึ้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ 1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ลักษณะงาน และความรับผิดชอบ และ 2) ปัจจัยค่าจ้าง ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพในการทำงาน นโยบายและการบริหารงาน ความมั่นคงในงาน และวิธีปกครองบังคับบัญชา (Herzberg et al., 1959) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการตอบสนองแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานนั้นมากขึ้น (Yaebkai & Wongsawat, 2017) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น (Nuannuaeng et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Yaebkai (2018) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heangkul & Yaebkai (2020) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง

3. การใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) หรือระบบแจ้งเตือนภัยและฐานข้อมูลคุณภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค มีผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ ร้อยละ 48.9 มีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ ร้อยละ 51.1 ซึ่งระบบแจ้งเตือนภัยและฐานข้อมูลคุณภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคหรือหน้าต่างเตือนภัยสุขภาพเป็นนวัตกรรมที่ให้ข้อมูลกับประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ที่ตรวจพบแล้วว่ามีอันตราย ประชาชนสามารถตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายได้จากเว็บไซต์ www.tumdee.org/alert และล่าสุดได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน (Smartphone) ทั้งระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) และระบบปฏิบัติการไอโอเอส (iOS) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดมาใช้ได้ฟรี (Ministry of Public Health, 2013) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำข้อมูลจากหน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) ไปใช้ในการตรวจสอบและเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ หากพบผลิตภัณฑ์ที่เป็นภัยคุกคามก็ดำเนินการตามมาตรการที่ชุมชนได้กำหนดเพื่อป้องกันภัย โดยเฉพาะการนำข่าวสารแจ้งเตือนภัยให้การศึกษาแก่ประชาชนในชุมชนอย่างทั่วถึง ในขณะที่เดียวกัน เมื่อพบผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่าจะเป็นอันตรายก็สามารถตรวจสอบเบื้องต้นได้ และสามารถส่งตรวจยืนยันได้ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ (Tantaweewong, 2017) หรือประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ร้อยละ 86.4 และมีความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Nuannuaeng et al., 2015) รวมถึงมีความสามารถในการจดจำและเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ด้านยา อาหาร เครื่องสำอางอย่างถูกต้อง และปลอดภัย (Department of Health Service Support, 2019) ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nuannuaeng et al. (2015) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.0 และความรู้มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นความรู้เฉพาะด้านที่แตกต่างกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานทั่วไป ซึ่งจะเห็นได้จากหลายการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Yaebkai & Wongsawat, 2017; Yaebkai, 2018; Heangkul & Yaebkai, 2020)

5. ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้สมาร์ตโฟน ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ตัวแปรการรับรู้บทบาทแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การใช้หน้าต่างเตือนภัย

สุขภาพ (Single Window) และความรู้ มีอำนาจในการพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 38.4 นอกเหนือจากนั้นเป็นตัวแปรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้มีการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 61.6 ทั้งนี้ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการฝึกอบรมให้ความรู้และการสร้างการรับรู้บทบาทแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพ (Single Window) เพิ่มมากขึ้น

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำผลการวิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรสร้างขวัญกำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ การบริหาร การพัฒนา การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่อาจจะนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อค้นหาหรือสร้างองค์ประกอบการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

3. ควรพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Announcement from the Ministry of Public Health, regarding the right to receive remuneration in the performance of duties of village health volunteers B.E. 2560 (No. 2) B.E. 2562.* (2019, March 21). Retrieved from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/070/T_0007.PDF (in Thai)
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of education objective, Handbook I: Cognitive domain.* New York, NY: David McKay.
- Consumer Protection Act B.E. 2522.* (2019, May 27). Retrieved <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2522/A/072/20.PDF> (in Thai)

- Department of Health Service Support. (2019). *Village health volunteers*. Retrieved June 10, 2020, from <http://www.thaiphc.net/new2020/>. (in Thai)
- Heangkul, N., & Yaebkai, Y. (2020). Factors predicting urban area role performance among village health volunteers in Sukhothai Province. *Journal of Health Science*, 29(2), 314-322. (in Thai)
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to work*. (20th ed.). New Jersey, NJ: New Brunswick.
- House, J. S. (1981). The association of social relationship and activities with mortality: community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Ministry of Public Health. (2013). *Application Ministry of Public Health*. Retrieved June 10, 2020, from https://www.moph.go.th/index.php/home/app_moph. (in Thai)
- Nuannuaeng, W., Ratoran, S., & Chankong, W. (2015). *Factors affecting the performance of health consumer protection of village health volunteers, Samutsakhon Province*. The 5th STOU Graduate Research Conference. (pp 1-14). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health. (2018). *Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036) Second Revision 2018*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sukhothai Provincial Public Health Office. (2019). *Annual Report 2019*. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Tantaweewong, A. (2017). *Single Window*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thongyang, P. (2017). *Health consumer protection VHVs manuals*. Samut Songkhram: Morning Mae Klong Group. (in Thai)
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2015). *Using SPSS for Windows for data analysis*. (27th ed.). Bangkok: Samlada. (in Thai)
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2017). Factors affecting performance on competency standards among village health volunteers, Sukhothai Province. *Chonburi Hospital Journal*, 42(2), 179-186. (in Thai)
- Yaebkai, Y. (2018). Factors affecting the standard of primary health care performance among village health volunteers in Sukhothai Province. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(3), 145-155. (in Thai)

ประชาสัมพันธ์

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รับพิจารณาบทความที่ส่งมาเพื่อขอรับการตีพิมพ์ โดยบทความนั้น ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ เป็นต้น หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาจากวารสารอื่น โดยมีคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ประกอบด้วย 1) ประเภทบทความ 2) การจัดเตรียมต้นฉบับ และ 3) การส่งต้นฉบับ ดังนี้

1) ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research article) หมายถึง รายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวคิดนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทความวิชาการ (Review article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นผู้พิมพ์ รวบรวมโดยการอ่านและวิเคราะห์จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทวิจารณ์หนังสือ (Book review) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์หนังสือหรือตำราทางวิชาการเล่มใดเล่มหนึ่งอย่างเป็นวิชาการ หนังสือหรือตำราดังกล่าวต้องมีเนื้อหาในสาขาทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง บทวิจารณ์หนังสือควรประกอบด้วย องค์ประกอบหรือโครงสร้างของหนังสือ เนื้อหาของหนังสือในภาพรวม และเนื้อหาของแต่ละส่วนโดยย่อ (Synopsis) ข้อดี ข้อด้อย และ/หรือประโยชน์ของหนังสือ ทั้งนี้บทวิจารณ์หนังสือควรมีความยาวประมาณ 3-5 หน้ากระดาษ A4

ปกิณกะ (Miscellany) หมายถึง บทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย เช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) หมายถึง จดหมายโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับผู้พิมพ์ ซึ่งเป็นเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของบทความ ซึ่งบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณา สนับสนุน หรือโต้แย้ง ควรมีความยาว 3 หน้ากระดาษ A4

2) การจัดเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จะต้องไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์สามารถจัดเตรียมต้นฉบับได้ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

2.1) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในต้นฉบับที่จัดเตรียมเป็นภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น โดยข้อความภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะคำแรก หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ ขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 2.54 ซม. (1 นิ้ว) ทุกด้าน ยกเว้นด้านซ้าย 3.81 ซม. (1.5 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word) พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) ด้วยรูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดลำดับหน้า ดังนี้

2.1.1) หน้า 1 จัดพิมพ์เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ และคำสำคัญ

2.1.2) หน้า 2 จัดพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ และคำสำคัญ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดและสื่อถึงเป้าหมายหลักของการวิจัย ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความที่จัดทำเป็นภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษให้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ในคำแรกของประโยค หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่

ชื่อผู้นิพนธ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้น พร้อมทั้งแสดง e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ร่วมนิพนธ์อื่นๆ ในการเตรียมต้นฉบับบทความ หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ และประสานงานในการตอบสนองต่อข้อคำถาม ข้อวิจารณ์ กับบรรณาธิการหรือบรรณาธิการประจำเรื่อง และผู้ทรงคุณวุฒิโดยแทรกเชิงอรรถตามลำดับเลข แสดงตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย

บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และบทสรุป โดยใช้ภาษาที่รัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยแสดงบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวของบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ ระบุคำสำคัญใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยระบุคำที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3 - 5 คำ ตามหลัก MeSH (Medical Subject Heading) ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก เช่น

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Keywords: Self-care, Health behavior, Type 2 Diabetes Mellitus

2.1.3 หน้าที่ 3 เป็นส่วนของเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

บทนำ แสดงที่มาและความสำคัญของปัญหาและช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำไปสู่การวิจัย โดยให้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างคร่าวๆ การทบทวนวรรณกรรมที่ระบุตัวแปรของการศึกษาในบทนำ ต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเป็นรายชื่อ

ระเบียบวิธีวิจัย แสดงรูปแบบของการวิจัย โดยครอบคลุมถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ หรือสัตว์ทดลอง ผู้นิพนธ์ต้องระบุให้ชัดเจนว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง พร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ และแนบเอกสารรับรองโครงการส่งมาพร้อม ต้นฉบับการจัดทำอาจแยกหัวข้อย่อยหรือแบ่งย่อหน้าตามหัวข้อย่อย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แสดงขอบเขตประชากรในการศึกษา การคำนวณหรือวิธีการ กำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย รวมถึงการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แสดงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการวิจัยอย่างชัดเจน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่ตอบตามวัตถุประสงค์ ถ้าผลไม่ซับซ้อนหรือไม่มีตัวเลขมากอาจบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมากหรือ ตัวแปรมาก อาจใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยนำเสนอแทรกในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย ตารางและแผนภูมิต้องรวมกันไม่เกิน 5 ตาราง หรือแผนภูมิ รูปแบบการนำเสนอค่าสถิติควรมีความเป็นสากล และสามารถใช้อ้างอิงภาษาอังกฤษในการนำเสนอค่าสถิติ เช่น การกำหนดตำแหน่งทศนิยม ดังนี้

- ร้อยละ กำหนด 1 ตำแหน่ง
- ค่าสถิติ เช่น Mean, S.D., OR, 95% CI, ค่า t, F, α เป็นต้น กำหนด 2 ตำแหน่ง
- p-value กำหนด 3 ตำแหน่ง

สรุปและอภิปรายผล แสดงบทสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและวิจารณ์ว่าผลการวิจัยตรงกับ สมมติฐานการวิจัย เหมือนหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอยโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยสามารถเขียนแยกย่อหน้า ตามประเด็นที่อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ได้จริง โดยข้อเสนอแนะต้องสอดคล้องกับผลการศึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ ในรูปแบบต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) กรณีมีแหล่งทุนสนับสนุนวิจัย หรือผู้มีส่วนสนับสนุนการวิจัยที่ต้องการ แสดงความขอบคุณ

เอกสารอ้างอิง ในการอ้างอิงเอกสารในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และมีความทันสมัย โดยบทความวิจัยที่นำมาอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี (ยกเว้นตำราหรือหนังสือ) มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏ อย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นฉบับของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบ พบว่ามีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ทันที

ตารางและภาพ มีรายละเอียดการจัดเตรียม ดังนี้

- ชื่อตารางและภาพ (หรือแผนภูมิ) ให้เรียงเลขอารบิกตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้นๆ แต่ได้สาระครบถ้วน และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่ภาพมีการย่อยหลายๆ ภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อยเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ
- การใช้สัญลักษณ์อธิบายตาราง ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ เป็นตัวยก ตามลำดับ +, ±, ++, ++, ¶
- ตารางและภาพควรมีความชัดเจนสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ควรมีการแสดงความสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (เช่น p-value <0.05) ในตารางหรือภาพ
- ไม่ควรใช้ตารางและภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และไม่ควรแสดงตารางและภาพเกินความจำเป็น หากสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่องแล้ว (รวมกันไม่ควรเกิน 5)
- การจัดทำตารางและภาพ ให้นำเสนอในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย
- รูปภาพต้องมีความคมชัด จัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดยบันทึกไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป)

2.2) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ

การจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ ให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบการเขียนให้ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ และดำเนินการจัดเตรียมต้นฉบับเช่นเดียวกับการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย โดยใช้รูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว เช่นเดียวกับต้นฉบับภาษาไทย

2.3) การจัดทำเอกสารอ้างอิง

ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011)

2.3.1) การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนามปี (Name year system) โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งชื่อผู้พิมพ์ภาษาไทยและชื่อผู้พิมพ์ภาษาอังกฤษ เขียนเฉพาะชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) และตามด้วยปี ค.ศ. โดยเขียนชื่อผู้พิมพ์ทุกคน (กรณีไม่เกิน 6 คน) ถ้ามากกว่า 6 คน ให้เขียนชื่อผู้พิมพ์ 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al. ดังตัวอย่าง

กรณีผู้พิมพ์ 1 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, 2019)

กรณีผู้พิมพ์ 2 คน

..... ข้อความ.....(Kitreerawutiwong & Keeratisiroj, 2019)

กรณีผู้พิมพ์ 3-6 คน

.....กรณีอ้างอิงครั้งแรก..... (Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum,

& Mekrungruangwong, 2019)

.....กรณีอ้างอิงครั้งต่อไป.....(Kitreerawutiwong et al., 2019)

กรณีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, Mekrungruangwong,

Rachthonglang, Samanam et al., 2019)

2.3.2) การอ้างอิงท้ายบทความ ในกรณีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้พิมพ์ทุกคน ถ้ามมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้พิมพ์ 6 คนแรกตามด้วย et al. สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และให้วงเล็บ (in Thai) จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร ดังตัวอย่าง (พร้อมทั้งแนบไฟล์เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษาส่งมาพร้อมบทความ)

1) หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Kitreerawutiwong, N. (2018). Public health research: From principle practice. (2nd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)

Marion, N. E., & Hill, J. B. (2019). Marijuana 360: Differing perspectives on legalization: Rowman & Littlefield.

2) วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

Phetphum, J., Nimpitakpong, P., Noosorn, N., Keeratisiroj, O., & Wangwonsin, A. (2017). Attitudes on the New Tobacco Products Control Act of Tobacco Retailers in Regional Health 2. Research and Development Health System Journal, 10(3), 321-330. (in Thai)

Kitreerawutiwong, N., Mekrungrongwong, S., & Keeratisiroj, O. (2018). The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. Indian Journal of Palliative Care, 24(4), 436-445.

3) หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Friese, C., Hofmann, W., & Wanke, M. (2003). The impulsive consumer: Predicting consumer behavior with implicit reaction time measures. In M. Wanke (Ed.), Social psychology of consumer behavior (pp. 335-364). New York, NY: Psychology Press.

4) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

Department of Older Persons. (2019, March 10). Statistics of the number of elderly by province and age, 2018. Retrieved March 20, 2019, from <http://www.dop.go.th/th/ know/1/159>. (in Thai)

World Health Organization. (2018, February 5). Ageing and health. Retrieved March 20, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับปริญญาของวิทยานิพนธ์, สถาบันการศึกษา.
เมืองที่ตั้ง.

Tinnarat, W. (2017). Factors associated with medication adherence among hypertensive patients at Sai Thong Watthana Hospital, Kamphaengphet Province. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)

เมื่อผู้พิมพ์ ได้รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความจากบรรณาธิการหรือบรรณาธิการ
ประจำเรื่องให้ดำเนินการ ดังนี้

2.4.2 กรณีผู้พิมพ์มีความเห็นทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ดำเนินการ

2) กรณีความเห็นไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ หากไม่แก้ไขให้แสดงผลเชิงวิชาการ
แก้ไขนั้น ด้วยการใส่คำสั่งแทรก (Insert) ข้อคิดเห็น (Comment) แสดงในส่วนที่ไม่แก้ไข

1) ส่งต้นฉบับบทความเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) พร้อมแนบไฟล์ภาพ (ถ้ามี) ชนิด jpg หรือ tif และเอกสารแนบเพิ่มเติม ดังนี้

- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมี การลงนามของผู้พิมพ์ทุกท่าน
- เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษา (เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามที่ปรากฏ ในบทความต้นฉบับ)
- เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง
- สำหรับบทความวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาอิสระ ทั้งในระดับปริญญาตรี โท หรือเอก ผู้พิมพ์ต้องส่งหนังสือรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ตามแบบฟอร์มของทางวารสารฯ

ส่งเอกสารไปยังเว็บไซต์ของวารสารฯ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU> โดยให้ผู้พิมพ์ดำเนินการส่งบทความต้นฉบับเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติของระบบ ThaiJo ดังคำแนะนำที่ปรากฏในเว็บไซต์ของวารสาร ทั้งนี้ผู้พิมพ์สามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมื่อด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์

2) เมื่อบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารส่งไปยังผู้พิมพ์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบบทความโดยผู้พิมพ์สามารถติดตามสถานะการแจ้งแก้ไขบทความจากระบบ ThaiJo และให้ผู้พิมพ์ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ดังนี้

กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0 55 96 7319
โทรสาร 0 5596 7333
e-mail: jphnu@nu.ac.th

*** กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาบทความที่จัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบของทางวารสารฯ และโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองเมื่อผู้นิพนธ์ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผลงานฉบับแรกแล้ว จึงส่งผลงานอีกรูปแบบหนึ่งได้

ติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
โทรศัพท์: 0 5596 7319 , 089 704 8920
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิริติสิโรจน์
โทรศัพท์: 0 5596 7413
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
โทรศัพท์: 05596 7431
3. เลขานุการบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
โทรศัพท์: 090 973 8225
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร
โทรศัพท์: 0850520150
4. ผู้ประสานงาน วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาวพิษญานันท์ สุขมาก
โทรศัพท์: 05596 7327
นางสาวจิตติพร ราษฎร์ทองกลาง
โทรศัพท์: 05596 7331

แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เรียน บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....
เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และบรรณาธิการได้รับบทความของข้าพเจ้า
ไว้พิจารณา โดยผู้พิมพ์ทุกท่านของบทความนี้ได้ลงนามไว้ข้างท้าย เพื่อยืนยันว่าข้อมูลในบทความดังกล่าวเป็น
ความจริงและถูกต้อง ทั้งนี้เนื้อหาของบทความนี้ บางส่วนหรือทั้งหมดไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณา
หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ผู้พิมพ์ทุกท่านยินยอมให้ตีพิมพ์บทความฉบับนี้ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพียงฉบับเดียวเท่านั้นหรือจนกว่าจะมีการแจ้งการยกเลิกการตีพิมพ์บทความนี้ ในการนี้

ผู้พิมพ์ทุกท่านได้รับรอง รับทราบ เห็นด้วย ยืนยัน และยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวแล้ว จึงได้ลงนาม
รับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 1

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 2

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 3

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 4

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

วันเดือนปีที่ลงนาม

แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

เรียน บรรณาธิการวารสารสาธิตมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ข้าพเจ้าชื่อ สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน / สถาบัน.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสารe-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ เรื่อง

.....

.....

ของนักศึกษาในที่ปรึกษา ชื่อ สกุล (นักศึกษาในการดูแล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ เป็นที่เรียบร้อย และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารสาธิตมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรได้

ลายมือชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณี บัญชรหัตถกิจ
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรวรรณ ทิพย์วารัณย์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร. สพัฒนา คำสอน
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วุฒิชัย จริยา
8. ดร. เชษฐา แก้วพรม



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000



055 - 967319, 055 - 967331



jphnu@nu.ac.th
www.health.nu.ac.th