

โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง: ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ผู้วิจัยหลัก: นายชาติรี สีตาคำ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การทำงานเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ คนวัยแรงงานส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันในการทำงานเพื่อเป็นการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเองและครอบครัว ซึ่งการทำงานที่ดีจะนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจและมีคุณค่าในตนเอง แม้งานจะมีคุณค่าต่อมนุษย์หลายประการแต่ก็สามารถสร้างผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมากซึ่งเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานที่พบในคนทั่วโลก¹ สถิติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานที่รายงานโดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ² พบความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในคนทำงานทั่วโลกประมาณ 340 ล้านรายต่อปี ในกลุ่มนี้มีผู้เสียชีวิตจากการทำงานถึง 2.78 ล้านราย คาดการณ์ว่าน่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ ร้อยละ 3.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยรายงานการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 ประมาณการว่าทวีปเอเชียมีอัตราการเกิดความเจ็บป่วยจากการทำงานสูงสุด คิดเป็นสองในสามของการเจ็บป่วยจากการทำงานที่เกิดขึ้นทั่วโลก รองลงมาได้แก่ แอฟริกา และยุโรป³ นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคจากการทำงานเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดการเสียชีวิตของคนทำงานมากกว่าอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็นหกเท่าของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงานทั้งหมด²

จากการสำรวจทั่วโลกพบว่า โรคจากการทำงานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและพบมากที่สุด คืออาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorders: MSDs) รองลงมาคือ อาการผิดปกติทางจิต (mental health disorders) โดยพบว่าการนั่งหรือยืนทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน การใช้คอมพิวเตอร์ และระบบอัตโนมัติ สภาพการทำงานที่มีปัญหาด้านการยศาสตร์มากขึ้น ทำให้เกิด MSDs เพิ่มขึ้น และพบว่าการใช้ค่าจ้างที่เกิดจากปัญหา MSDs สูงถึงร้อยละ 40 ของค่าจ้างการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการทำงานทั้งหมด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานและการจ้างงาน เช่น การจ้างเหมา การจ้างงานชั่วคราว และแรงกดดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการชีวิตการทำงานที่ทันสมัย ทำให้คนทำงานมีความเครียดจากการทำงาน เกิดภาวะหมดไฟ และเกิดปัญหาความรุนแรงในสถานที่ทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจากการทำงานซึ่งพบมากเป็นลำดับที่สองรองจากปัญหาอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยได้แก่ ความเครียดจากงาน ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล²

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 66.09 ล้านคน จำแนกเป็นวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) 16.60 ล้านคน วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 42.78 ล้านคน วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 12.69 ล้านคน และที่จำแนกอายุไม่ได้อีก 0.02 ล้านคน⁴ โดยจะเห็นว่าวัยแรงงานมีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 64.72 ของประชากรทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2566 ได้ทำการสำรวจภาวะการทำงานในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 58.98 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานทั้งหมด 40.31 ล้านคน ประกอบด้วย ผู้มีงานทำ 39.90 ล้านคน

ผู้ว่างงาน 0.34 ล้านคน และผู้รอฤดูกาล 0.06 ล้านคน ส่วนผู้ที่อยู่นอกกำลังแรงงานทั้งหมด 18.67 ล้านคน ประกอบด้วย ทำงานนอกบ้าน เรียนหนังสือ คนชรา เป็นต้น⁵

จากการรายงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน⁶ ระบุว่า พบอัตราการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานจำแนกตามความรุนแรงของการประสบอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อลูกจ้าง 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2565 นับเฉพาะกรณีร้ายแรง ซึ่งหมายถึง ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน และหยุดงานเกิน 3 วัน เท่ากับ 2.15 และเมื่อนับทุกกรณี หมายถึง รวมการหยุดงานที่ไม่เกิน 3 วันด้วย พบว่าเท่ากับ 6.55 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก พบว่าอัตราการประสบอันตรายร้ายแรงจากการทำงานของ ประเทศไทยจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศที่มีอัตราการประสบอันตรายสูงสุด และเป็นประเทศที่มีการประสบอันตรายร้ายแรงสูงสุดของเอเชีย⁷

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ มีบุคลากรทั้งหมด 315 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 154 คน (ร้อยละ 49) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 79 คน (ร้อยละ 25) พนักงานจ้างเหมาบริการ 41 คน (ร้อยละ 13) ลูกจ้างประจำ 25 คน (ร้อยละ 8) และพนักงานราชการ 16 คน (ร้อยละ 5) จากรายงานผลตรวจสุขภาพ ประจำปี 2566 ของคลินิกสุขภาพผู้ใหญ่⁸ พบว่าบุคลากรมีโรคประจำตัวร้อยละ 34.4 ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.5 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 9.1 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.0 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.6 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีรอบเอวเกิน ร้อยละ 53.2 มีดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 55.1 มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 56.1 มีไขมันชนิดดีต่ำ ร้อยละ 51.3 และยังพบว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเช่นกัน จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย Mental Health Check In พบว่าบุคลากรมีความเครียดสูง ร้อยละ 12.06 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 7.31 และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 27.01 นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรมีสิ่งคุกคามทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ 1) สิ่งคุกคามด้านกายภาพ เช่น ความร้อน แสงสว่าง เสียงดัง 2) สิ่งคุกคามด้านเคมี เช่น ฝุ่น ไอรระเหย สารเคมี 3) สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ เช่น เชื้อรา แบคทีเรีย 4) สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เช่น ท่าทางการทำงาน 5) สิ่งคุกคามด้านจิตวิทยาสังคม เช่น สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน และ 6) อุบัติเหตุจากการทำงาน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าบุคลากรมีปัญหาทางด้านสุขภาพในระหว่างการทำงานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกับ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีสิ่งคุกคามทางด้านสุขภาพอาจทำให้บุคลากรมีปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นระหว่างการทำงานได้เช่นกัน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่วนใหญ่มาจากสาเหตุที่สามารถควบคุมหรือป้องกันได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้แนะนำให้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเหล่านี้ด้วยความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยให้แก่บุคลากร

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) คือทักษะทางปัญญา (cognitive skills) และทักษะทางสังคม (social skills) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลให้สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีไว้⁹ โดยทักษะทางปัญญาเป็นความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ เข้าใจหนังสือ เข้าถึงข้อมูลและสามารถใช้เพื่อประกอบการคิดวิเคราะห์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเป็นแรงจูงใจไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนทักษะทางสังคมเป็นทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ทักษะในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูล ทักษะในการโน้มน้าว เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนปฏิบัติไปในแนวทางที่สังคมยึดถือและปฏิบัติ และในส่วนของความรู้ด้านอาชีวอนามัย (Occupational Health Literacy: OHL) คือความสามารถที่จะได้รับประสิทธิผล และเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นครั้งแรก ซึ่งนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้กับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และกับกลุ่มคนทำงาน ซึ่งบุคลากรในศูนย์อนามัยเป็นกลุ่มคนทำงานอีกอาชีพหนึ่ง

ที่นอกจากมีบทบาทหน้าที่ให้บริการสุขภาพของประชาชนแล้วยังจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจากการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพหลายด้าน ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานได้เช่นกัน¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยพบว่า หากบุคลากรมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยจะช่วยให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอันตราย การบาดเจ็บ เจ็บป่วย และการเกิดโรคจากการทำงาน สามารถเข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรควรมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดีในระหว่างการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล จากการศึกษาความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของ Yusida H. และคณะ¹² ซึ่งศึกษาในคนทำงานโรงงานในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย 2) ปัจจัยด้านการทำงาน จากการศึกษาในประเทศจีนของ Xie Y. และคณะ¹³ พบว่าอาชีพหรือลักษณะงานนั้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงจากการศึกษาของกัลยาณี และคณะ¹⁴ พบว่าอาชีพนั้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยทำงานในเชียงใหม่ และ 3) ปัจจัยด้านองค์กร จากการศึกษาของวรรณา และคณะ¹⁵ พบว่าปัจจัยระดับความพร้อมในการจัดการอาชีวอนามัย เช่น ด้านนโยบายนั้นมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งนโยบายด้านอาชีวอนามัย เป็นปัจจัยที่เป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนและยังไม่มีระบบงานทางด้านอาชีวอนามัยที่ชัดเจน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนงานและมาตรการในการดำเนินงานทางด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในศูนย์อนามัย นอกจากนี้ยังนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดโปรแกรมเพื่อสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ลดการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ และการเกิดโรคจากการทำงานต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กรของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร สามารถทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร ของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

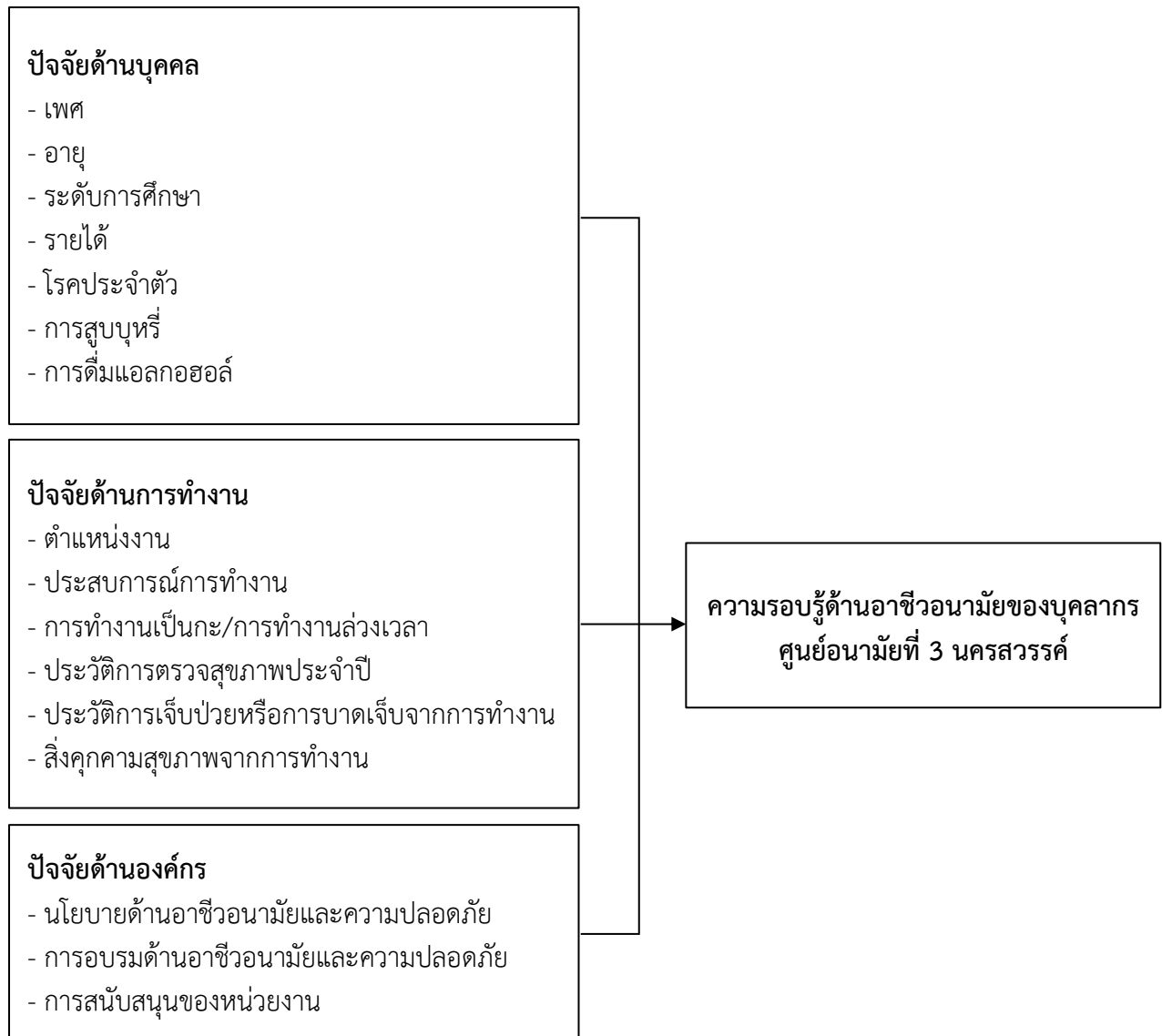
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. บุคลากร
 - 1.1 ความหมายของบุคลากร
 - 1.2 ประเภทของบุคลากร
 - 1.3 สิ่งคุกคามจากการทำงานของบุคลากร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.3 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย
 - 3.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย
 - 3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย
 - 3.3 การประเมินความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย
 - 4.1 ปัจจัยด้านบุคคล
 - 4.2 ปัจจัยด้านการทำงาน
 - 4.3 ปัจจัยด้านองค์กร
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ทั้งหมด 315 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 ที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) บุคลากรที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

- 2) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาศึกษา หรือลาคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการทราบถึงข้อมูลพื้นฐานทางด้านอาชีพอนามัยที่ครอบคลุมบุคลากรทุกประเภท และทุกหน่วยงาน ประกอบกับสามารถเข้าถึงประชากรในการศึกษาคั้งนี้ได้ทุกคนผ่านแกนนำสุขภาพของหน่วยงาน จึงวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรในการศึกษาคั้งนี้ทุกคน

สถานที่ทำวิจัย

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านอาชีพอนามัยของบุคลากร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ วีรณัฐ เชาวกิจเจริญ และคณะ¹¹ ซึ่งปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีพอนามัยสำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ของ ญาณ ปัทมะ และคณะ¹⁶ เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้กับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีพอนามัยของบุคลากร มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 3 หัวข้อ คือ ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 7 ข้อ ปัจจัยด้านการทำงาน จำนวน 7 ข้อ และปัจจัยด้านองค์กร จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากร มีข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านอาชีพอนามัย จำนวน 7 ข้อ ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีพอนามัย จำนวน 12 ข้อ ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านอาชีพอนามัย จำนวน 5 ข้อ การตัดสินใจและนำไปใช้ข้อมูลด้านอาชีพอนามัย จำนวน 10 ข้อ การจัดการสุขภาพตนเองด้านอาชีพอนามัย จำนวน 6 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับอาชีพอนามัย จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนข้อคำถาม
เป็นจริงมากที่สุด	4
เป็นจริงมาก	3
เป็นจริงน้อย	2
เป็นจริงน้อยที่สุด	1

การแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากร ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) และแบ่งตามอันตรภาคชั้น คะแนนระหว่าง 45-180 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 45-90 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 91-135 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 136-180 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 3 ท่าน มีคะแนน IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.60-1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้ทางผู้วิจัยไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ ของเครื่องมือ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับบุคลากรในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70¹⁷

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างการทำวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อรับรองโครงร่างการวิจัย เมื่อผ่านการรับรองโครงร่างการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย เพื่อพิจารณาการรับรองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จากนั้นเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะแนะนำตัว แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการ และชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ จะเปิดเผยในภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ แล้ว โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยจะทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานของแต่ละกลุ่มงาน ในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มงาน
3. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย โดยถามความสมัครใจจากผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในการทำวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มงาน
4. ตรวจสอบความครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
 2. วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กรด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
 3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ของปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis)
- การตรวจสอบลักษณะของข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ในการวิเคราะห์การถดถอย¹⁸ ดังนี้
- 3.1 ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น (interval scale)
 - 3.2 ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มที่มีระดับการวัดแบบ nominal scale หรือ ordinal scale และนำมาปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)
 - 3.3 ตัวแปรอิสระไม่สัมพันธ์กันเอง (measures of collinearity)

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

อาชีวอนามัย หมายถึง การส่งเสริม ป้องกันและอํารงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย จิตใจ และ ความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมของคนทำงาน

ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอาชีวอนามัย ความรู้และความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจและนำไปใช้ การจัดการสุขภาพตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับอาชีวอนามัย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและทำงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งประเมินจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ของ วีรณัฐ เชาวกิจเจริญ และคณะ (2564)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอาชีวอนามัย หมายถึง ความสามารถในการสืบค้น ค้นหา ข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่น่าเชื่อถือได้

ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัย หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ถูกต้อง

ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านอาชีวอนามัย หมายถึง สามารถสื่อสารข้อมูลด้านอาชีวอนามัย ด้วยการพูด อ่าน เขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ และแนะนำให้ผู้อื่นยอมรับ

การตัดสินใจและนำไปใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัย หมายถึง สามารถนำข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยไปเลือกใช้ ใช้เหตุผลวิเคราะห์ทางเลือกปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน และสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย

การจัดการสุขภาพของตนเองด้านอาชีวอนามัย หมายถึง สามารถกำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติตน ทบทวนและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในงาน

การรู้เท่าทันสื่อด้านอาชีวอนามัย หมายถึง ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลด้านอาชีวอนามัย สามารถเปรียบเทียบวิธีการรับสื่อ ประเมินข้อความของสื่อเพื่อแนะนำให้กับสังคม

บุคลากร หมายถึง บุคคลทุกคนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงตามหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วยหลากหลายประเภท เช่น ข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

สามารถใช้ข้อมูลความรู้ด้านอาชีวอนามัยที่ได้จากการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน

งบประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย

-

เอกสารอ้างอิง

1. วันเพ็ญ ทรงคำ. (2563). *การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. รัน เอ็น.พี.ที. ปรีณติง.
2. International Labour Organization [ILO]. (2015). *Global trends on occupational accidents and diseases*. Retrieved from https://www.ilo.org/legacy/english/osh/en/story_content/external_files/fs_st_1-ILO_5_en.pdf
3. Hamalainen, P., Takala, J., & Boon Kiat, T. (2017). *Global estimates of occupational accidents and work-related illnesses 2017*. Singapore: Workplace Safety and Health Institute.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือน กันยายน 2566*. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20231026141756_12611.pdf
6. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. (2562). *รายงานประจำปี 2561 กองทุนเงินทดแทน*. สืบค้นจาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/353c7e42d8db699dc8779719c5e5fa91.pdf
7. International Labour Organization [ILO]. (2019). *Statistics on safety and health at work*. Retrieved from <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/>
8. คลินิกสุขภาพผู้ใหญ่. (2566). *รายงานสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2566 ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
9. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
10. Rauscher, K. J., & Myers, D. J. (2014). Occupational health literacy and work-related injury among U.S. adolescents. *International journal of injury control and safety promotion*, 21(1), 81-89. <https://doi.org/10.1080/17457300.2013.792288>
11. วีรณัฐ เชาวกิจเจริญ, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล, และสรันยา เสงพระพรหม. (2564). ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัด กรุงเทพมหานคร. *เชียงใหม่เวชสาร*, 60(4), 599-613.
12. Yusida H, Suwandi T, Yusuf A, Sholihah Q. Relationship individual factors with occupational health literacy (observational study on industrial workers of Sasirangan in South Kalimantan). *IJSRP*. 2017;6(1):481-4.
13. Xie Y, Ma M, Zhang Yn, Tan X. Factors associated with health literacy in rural areas of Central China: structural equation model. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):300.
14. Tantranont K, Wisutthananon A, Suthakorn W, Supavititpatana B, Lirtmunlikaporn S, Kampoun S. Factors associated with health literacy among working population, Nong Pa Krang subdistrict, Mueang district, Chiangmai province. *Lanna Public Health Journal* 2020;16(2):61-71. (in Thai).

15. Chongchitpaisan W, Bandhukul A, Sithisarankul P. Occupational health practice for healthcare workers compared to hospital accreditation criteria in Thai governmental hospital, 2004. *J Med Health Sci* 2006;13(3):234-47. (in Thai).
16. ฅาน ป้ททะพลยง, ดววงเต็อน ฤทธิตะข, มริสสา กองสมบัตินุช, กิตติพล ไพรสุทธินัน, และชนินัษฐา เสมานุสรณ์. (2563). การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยสำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 13(2), 140-157.
17. Polit, D. F. (2010). *Statistic and analysis for nursing research* (2nd ed.). United States of America: Pearson Education.
18. กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามลดา.