

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

วีระศักดิ์ โรจนาศรีรัตน์

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร จำนวน 382 คน ในจังหวัดราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน 2567 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test, One-way ANOVA และวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.5 อายุ 40–59 ปี ร้อยละ 69.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.3 ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 และระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 ผลการเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มอายุและเพศ แต่มีความแตกต่างในกลุ่มระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .779$) เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานงานสาธารณสุขจัดการอบรมเพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขาภิบาลอาหาร สร้างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร และส่งเสริมกิจกรรมสำหรับชมรมเพื่อพัฒนาสู่การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้, สุขาภิบาลอาหาร, ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร, เขตสุขภาพที่ 5

Food sanitation Literacy of Food Entrepreneurs Club in Health Region 5

Veerasak Rojanasrirat

Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Abstract

This research is cross-sectional survey research to study the food sanitation literacy on the food sanitation practice of the Food Entrepreneurs Club in Health Region 5. The sample group consisted of 382 persons in Ratchaburi, Suphan Buri and Phetchaburi provinces. Research from June to November 2024. Data collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, One-way ANOVA and Pearson's Correlation Coefficient.

The research results found that majority of the sample were female 75.4%, married 61.5%, aged 40–59 years 69.4%, completed elementary education 51.3%. The level of food sanitation literacy had medium level 45.3% and level of food sanitation practice had medium level 41.4%. The comparison results showed that there were no significant differences in food sanitation practices among ages and gender groups, but there were the differences in the different group of educational level with the statistically significant level of .05 ($p < .05$) while the high positive relationship was found between the food sanitation literacy and the food sanitation practice with the statistically significant level of .001 ($r = .779$). It is recommended that local government organization and public health office should be organized training to develop the correct knowledge and understanding of food sanitation, promoting food sanitation literacy for the Food Entrepreneurs Club, and organizing promotional activities to develop effective and sustainable food sanitation practices.

Keywords: Literacy, Food sanitation, Food Entrepreneurs Club, Health Region 5

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน เป็นประเด็นที่ถูกยกขึ้นมาพูดถึงเป็นครั้งแรกในปี 1970 และได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาธารณสุขนานาชาติตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา นักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า สังคมในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากกว่าสังคมในอดีต ทำให้ความต้องการทางด้านสาธารณสุขมีความซับซ้อนมากขึ้นตามไปด้วย การบริการสาธารณสุขในรูปแบบเดิมอาจจะไม่สามารถตอบสนองต่อสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป โดยนักวิชาการสาธารณสุขให้ความสำคัญความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าหมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความ

เข้าใจ และใช้ข้อมูลหรือบริการเพื่อตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่นได้ งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนได้จริง

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ดี มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยแผนแม่บทฯ ดังกล่าว มีแผนย่อยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งมีสุขภาพดี³ จากยุทธศาสตร์ชาติประเด็นดังกล่าวส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีกำหนดการเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายดังกล่าว กรมอนามัยมีฐานะเป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ที่มีภารกิจหลักในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน จึงถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่โดยตรงในการนำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มาปฏิบัติให้เป็นจริง โดยกรมอนามัยได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และกำหนดให้การขับเคลื่อนด้าน Health Literacy ให้กับประชาชน เป็นหนึ่งในภารกิจหลัก และเพื่อให้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบความสำเร็จ กรมอนามัยกำหนดบุคลากรให้มีหน้าที่ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างทั่วถึง

กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความรู้ด้านสุขภาพ มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้และทักษะในการพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดช่วงชีวิต และสังคม ชุมชน องค์กร มีขีดความสามารถในการจัดระบบให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ⁴ กรมอนามัยได้พัฒนารอบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย เพื่อดำเนินการควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพต่าง ๆ 4 ระบบ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ ด้วยกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจและบอกต่อในทุกช่วงวัยของประชาชน¹ กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันโรคได้ มีนโยบายในการสร้างสังคมรอบรู้ สุขภาพดีทุกช่วงวัย อนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน การสื่อสารความเสี่ยงเป็นรูปแบบการดำเนินงานอีกอย่างหนึ่งที่กรมอนามัยใช้ในการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกับประชาชน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการสื่อสารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการอยู่เป็นการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการตามหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ซึ่งนักนิเทศศาสตร์หลายท่านให้คำแนะนำว่าในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ส่งสารจะต้องปรับระดับและรูปแบบการสื่อสารให้

เหมาะสมกับระดับและความต้องการของผู้รับสาร¹¹ ด้วยเหตุนี้กรมอนามัยจึงจำเป็นต้องพัฒนาข้อมูล และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน โดยเน้นการผลิตข้อมูลที่มีความเข้าใจง่าย น่าสนใจ ถูกต้อง ประกอบกับต้องนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบและช่องทางที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล แผ่นพับ ใบปลิว วัสดุพิมพ์ และอินโฟกราฟิก เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถที่จะเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพจากข้อมูลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากการพัฒนาสื่อและรูปแบบการสื่อสารแล้ว การคัดเลือกประเด็นในการสื่อสารก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญไม่แพ้กัน เพราะการกำหนดประเด็นในการสื่อสารจะช่วยให้การสื่อสารมีความชัดเจน และเป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวควรมีการประเมินผล การปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับสำหรับนำมาพัฒนางานและพัฒนาบุคลากร เพื่อให้สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพิบาลอาหารและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อันจะส่งผลให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารมารวมตัวกัน เพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาธุรกิจของตนเองให้สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีคุณภาพ และมีมาตรฐานตามหลักวิชาการด้านสุขภาพิบาลอาหาร ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจึงเป็นกลุ่มพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพิบาลอาหาร เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาสถานประกอบการให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพิบาลอาหาร ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายสาธารณสุขบัญญัติไว้ ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จนั้นมาจากปัจจัยภายใน ได้แก่ คณะกรรมการชมรม ทักษะการบริหารจัดการชมรม ความสัมพันธ์ของสมาชิกชมรม และการจัดองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อชมรม ได้แก่ หน่วยงานที่สนับสนุนชมรม ภาคีเครือข่ายที่ช่วยงานชมรมให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพิบาลอาหาร สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพิบาลอาหารให้กับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร และส่งเสริมกิจกรรมสำหรับชมรมเพื่อพัฒนาสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย เห็นความสำคัญของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพิบาลอาหาร ประกอบกับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายในส่วนของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพิบาลอาหารจากการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในเขตสุขภาพที่ 5 และนำไปประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขภาพิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขภาพิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของ
 ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

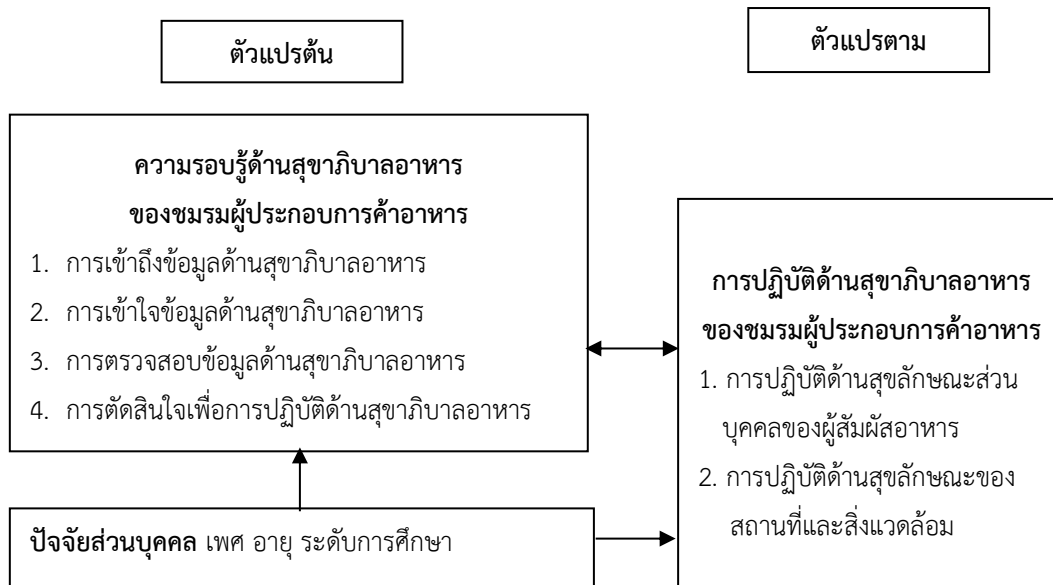
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
 ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านหนังสือได้ และมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร
 เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ของความรอบ
 รู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง
 พฤศจิกายน 2567 และสถานที่ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 (8 จังหวัด) จำนวน 3,479 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรโดยใช้สูตรของแดเนียล ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 347 คน และเพิ่มค่าประมาณการ ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 382 คน เลือกจังหวัดโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตัวอย่างที่สุ่มได้ 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี และกระจายกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของสมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในแต่ละจังหวัด ดังนี้

ลำดับ	จังหวัด	สมาชิกชมรม	จำนวนตัวอย่าง
1	ราชบุรี	459	134
2	สุพรรณบุรี	450	131
3	เพชรบุรี	400	117
	รวม	1,309	382

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีความสามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน เขียนหนังสือได้ มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 28 ข้อ คะแนนด้านละ 35 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 140 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 ความรอบรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 และความรอบรู้ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 10 ข้อ และการปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ คะแนนด้านละ 50 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 การปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 และการปฏิบัติระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะและความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและข้อคำถาม ความถูกต้องชัดเจนของ

ภาษา และนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า .50 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร พร้อมแจ้งผู้บริหารก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ใช้การมีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี การมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ แล้วรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 21 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ด้วย T-Test และ One-way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 27/2567 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 382 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 69.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 51 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.5 และระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	24.6
หญิง	288	75.4
อายุ (น้อยที่สุด = 20 ปี มากที่สุด = 80 ปี เฉลี่ย = 51 ปี)		
20-39 ปี	23	6.0
40-59 ปี	265	69.4
60 ปีขึ้นไป	94	24.6
สถานภาพสมรส		
โสด	55	14.4
สมรส	235	61.5
หม้าย/หย่า/แยก	92	24.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	196	51.3
สูงกว่าประถมศึกษา	186	48.7

2. ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร จำนวน 382 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 รองลงมา มีความรู้ระดับน้อย และระดับมาก ร้อยละ 32.2 และ ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 95.59 คะแนน เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 40.1, 44.8, 41.9 และ 41.1 ตามลำดับ รองลงมา มีความรู้ระดับน้อยทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 39.0, 40.8, 37.7 และ 37.7 ตามลำดับ และมีความรู้ระดับมากทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 20.9, 14.4, 20.4 และ 21.2 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน 23.93, 23.31, 23.94 และ 24.41 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามคะแนนความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การเข้าถึงข้อมูล (คะแนนเฉลี่ย 23.93 คะแนน)		
ความรอบรู้ระดับมาก (29 คะแนนขึ้นไป)	80	20.9
ความรอบรู้ระดับปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	153	40.1
ความรอบรู้ระดับน้อย (21 คะแนนลงมา)	149	39.0
2. การเข้าใจข้อมูล (คะแนนเฉลี่ย 23.31 คะแนน)		
ความรอบรู้ระดับมาก (29 คะแนนขึ้นไป)	55	14.4
ความรอบรู้ระดับปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	171	44.8
ความรอบรู้ระดับน้อย (21 คะแนนลงมา)	156	40.8
3. การตรวจสอบข้อมูล (คะแนนเฉลี่ย 23.94 คะแนน)		
ความรอบรู้ระดับมาก (29 คะแนนขึ้นไป)	78	20.4
ความรอบรู้ระดับปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	160	41.9
ความรอบรู้ระดับน้อย (21 คะแนนลงมา)	144	37.7
4. การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ (คะแนนเฉลี่ย 24.41 คะแนน)		
ความรอบรู้ระดับมาก (29 คะแนนขึ้นไป)	81	21.2
ความรอบรู้ระดับปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	157	41.1
ความรอบรู้ระดับน้อย (21 คะแนนลงมา)	144	37.7
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร (คะแนนเต็ม 140 คะแนน)		
คะแนนเฉลี่ย 95.59 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.59		
คะแนนต่ำสุด 35 คะแนน คะแนนสูงสุด 140 คะแนน		
ความรอบรู้ระดับมาก (112 คะแนนขึ้นไป)	86	22.5
ความรอบรู้ระดับปานกลาง (85 – 111 คะแนน)	173	45.3
ความรอบรู้ระดับน้อย (84 คะแนนลงมา)	123	32.2

3. ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

ผลการศึกษาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร จำนวน 382 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารระดับมาก และระดับน้อย ร้อยละ 31.4 และ ร้อยละ 27.2 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 71.70 คะแนน เมื่อพิจารณาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน ได้แก่ การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร และการปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 และ ร้อยละ 42.7 ตามลำดับ รองลงมา มีการปฏิบัติ

ระดับมาก ร้อยละ 27.2 และ ร้อยละ 29.8 ตามลำดับ และมีการปฏิบัติระดับน้อย ร้อยละ 24.6 และ ร้อยละ 27.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 ด้าน 35.89 และ 35.82 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร (คะแนนเฉลี่ย 35.89 คะแนน)		
การปฏิบัติระดับมาก (41 คะแนนขึ้นไป)	94	24.6
การปฏิบัติระดับปานกลาง (31 – 40 คะแนน)	184	48.2
การปฏิบัติระดับน้อย (30 คะแนนลงมา)	104	27.2
2. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม (คะแนนเฉลี่ย 35.82 คะแนน)		
การปฏิบัติระดับมาก (41 คะแนนขึ้นไป)	105	27.5
การปฏิบัติระดับปานกลาง (31 – 40 คะแนน)	163	42.7
การปฏิบัติระดับน้อย (30 คะแนนลงมา)	114	29.8
ภาพรวมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)		
คะแนนเฉลี่ย 71.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.09		
คะแนนต่ำสุด 21 คะแนน คะแนนสูงสุด 100 คะแนน		
การปฏิบัติระดับมาก (80 คะแนนขึ้นไป)	120	31.4
การปฏิบัติระดับปานกลาง (61 – 79 คะแนน)	158	41.4
การปฏิบัติระดับน้อย (60 คะแนนลงมา)	104	27.2

4. เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

จากผลการศึกษาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารจำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลทำให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศและอายุที่ต่างกัน ไม่พบความแตกต่างในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามเพศ และระดับการศึกษา

ตัวแปร	n	Mean	SD	t - value	p - value
เพศ				-1.299	.195
- ชาย	94	70.78	17.02		

ตัวแปร	n	Mean	SD	t - value	p - value
- หญิง	288	72.02	15.33		
ระดับการศึกษา				-3.425	.001
- ประถมศึกษา	196	69.23	14.77		
- สูงกว่าประถมศึกษา	186	74.46	14.81		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามอายุ

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	p - value
อายุ				1.212	.298
- 20 – 39 ปี	23	71.65	14.84		
- 40 – 59 ปี	265	72.52	13.46		
- 60 ปีขึ้นไป	94	70.78	17.02		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($p - value < .001$, $r = .779$) และมีความสัมพันธ์กับความรู้ทั้ง 4 ด้าน ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ความรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารสูงที่สุด ที่ระดับ .001 ($p - value < .001$, $r = .807$) รองลงมาคือ ความรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ที่ระดับ .001 ($p - value < .001$, $r = .710$) ความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล ที่ระดับ .001 ($p - value < .001$, $r = .679$) และความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ที่ระดับ .001 ($p - value < .001$, $r = .650$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของ
ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	การปฏิบัติกับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.650**
การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.807**
การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.679**
การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	.710**
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	.779**

** P < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรม ผู้ประกอบการค้าอาหาร

จากผลการวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีความรอบรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 และระดับมาก ร้อยละ 22.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 95.59 คะแนน และมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 และระดับมาก ร้อยละ 31.4 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 71.70 คะแนน จะเห็นได้ว่าชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับปานกลาง และระดับมาก รวมร้อยละ 67.8 และมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับปานกลางและระดับมาก รวมร้อยละ 72.8 ซึ่งชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีความรอบรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมากทั้งสองประเด็น อาจเป็นเพราะชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถผ่านทางการอบรมสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมาย รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น สื่อสังคม (social media) รวมถึงมีการจัดประชุมชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระบบสุขาภิบาลอาหาร (Food handler) กรมอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ⁵ ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 17.8 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม¹⁰ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ อสม. ในพื้นที่เขตเมืองและชนบท พบว่า กลุ่ม อสม. มีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความตระหนักรู้ต่อการจัดสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี และนวนลณี ประเสริฐสุข⁶ ที่ศึกษา

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ อสม. อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร จำแนกตาม เพศ และอายุ พบว่า เพศและอายุที่ต่างกันไม่มีผลทำให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ได้รับการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร และมีการจัดประชุมของภาคีเครือข่ายชมรมในระดับจังหวัดและระดับเขตเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง สื่อมวลชนได้นำเสนอสถานการณ์ทางสุขาภิบาลอาหารในทุกช่องทางทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น จึงทำให้ทุกพื้นที่สามารถรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับปัจจุบันสามารถเข้าถึงการใช้งานอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สามารถสืบค้นข้อมูลความรู้และสื่อสารข้อมูลได้ตลอดเวลา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เพศและอายุต่างกันมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ³ ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ พบว่า กลุ่ม อสม. ที่มีเพศ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ที่แตกต่างกันมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งโดยรวมและรายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ทั้งโดยรวมและรายด้านที่ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรี ปัทพี และนวนลวิประเสริฐสุข⁶ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ อสม. อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อจำแนกตามการมีโรคประจำตัวของตนเอง อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ไม่พบความแตกต่าง ในส่วนของผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลทำให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่มีระดับศึกษาน้อยอาจจะมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารน้อย ส่งผลให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารน้อยตามไปด้วย ส่วนชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญกับการศึกษาและค้นคว้าข้อมูล เมื่อเกิดความสงสัยในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนก็อาจจะมีการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม จึงทำให้ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณภัทร พงษ์เทิดศักดิ์⁷ ที่ศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและอาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมเผาในที่โล่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรี ปัทพี

และนวนลวี ประเสริฐสุข⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ อสม. อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษาและความเพียงพอของรายได้ ไม่พบความแตกต่าง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

จากผลการวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .779$) ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารที่มากขึ้น ก็จะมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นด้วย หรือชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้น ก็จะมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นด้วย และมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .650, .807, .679$ และ $.710$ ตามลำดับ) โดยมีความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูล และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ มีระดับความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร สูงที่สุดตามลำดับ นั่นคือ มีความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูล และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติมากขึ้น ก็มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นด้วย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการอบรมให้ความรู้ เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องให้กับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้การสร้างความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหาร รวมทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพในการให้ความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ สามารถนำไปปฏิบัติ รวมทั้งถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกชมรมได้ ซึ่งจะเป็นการคุ้มครองด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้บริโภคต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรรณิการ์ ลดาสุวรรณ และคณะ² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} \geq .05$) ภายหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) ความรอบรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล⁸ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและ

ปริณทล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .574$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) ระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรส่งเสริมและพัฒนาความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารให้อยู่ในระดับมาก เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหาร ลดความเสี่ยงของผู้บริโภคจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดปลอดภัย

2) ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การสร้างกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขาภิบาลอาหาร อาทิ ป้ายชี้ที่ทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัย การป้องกันโดยวิธีการทางสุขาภิบาลอาหาร โดยเฉพาะสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร เหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3) ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกัน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมอยู่เสมอ โดยการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และการจัดอบรมให้ความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเนื้อหาที่ทันสมัยและปฏิบัติได้จริง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารให้มีความรอบรู้เท่าเทียมหรือใกล้เคียงกัน

4) ข้อมูลระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารสามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารให้แก่ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 หรือการประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่น

5) ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารและเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้สัมผัสอาหารผ่านระบบออนไลน์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการจัดการอบรมให้กับสมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง เป็นการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ การทดสอบความรู้ผ่านการอบรม การรับรองด้วยใบประกาศนียบัตรและหรือบัตรผู้สัมผัสอาหารสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การอบรม

2) ควรวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมกับประชาชนช่วงวัยต่าง ๆ อาทิ วัยเรียน วัยทำงาน วัยสูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3) ควรวิจัยโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
2. กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;8(1):1-21.
3. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. นนทบุรี: ธรรมนูญสมฤทธิ์ 249; 2563.
4. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2565.
5. จิราพร เกศพิชญพัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, ชาทินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์. 2563;36(2):40-57.
6. จักรี ปัดพี, นวลฉวี ประเสริฐสุข. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต].คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
7. ณภัทร พงษ์เทิดศักดิ์. ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงราย: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558.
8. ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562; 8(1):116-123.
9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580). 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2562.
10. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การศึกษาความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ตัดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/env/n1294_27baaa53c102075e5aa9c8cd3ac1af01_621101.pdf

11. Betteke van Ruler. (2018) Communication Theory: An Underrated Pillar on Which Strategic Communication Rests. *International Journal of Strategic Communication*. 2018;12(4):367-381.
doi: 10.1080/1553118X.2018.1452240.