Received: 9 Jan 2023, Revised: 17 Feb 2023
Accepted: 13 Feb 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

สุดาทิพย์ ไชยราช[1], ประจวบ แหลมหลัก[2] , อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์ [3]*

บทคัดย่อ

การสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนเป็นปัจจัยสำคัญในการลดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อผ่านทางเดินอาหาร การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน จะช่วยพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารที่ชัดเจนขึ้น การวิจัยนี้ใช้รูปแบบเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ประชากรจำนวน 29,858 ครัวเรือน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie and Morgan ได้ตัวอย่าง 399 ครัวเรือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบอาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.2) อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 27.1) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2000-11,599 บาท (ร้อยละ 63.9) และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.1) มีความรู้เรื่องการสุขาภิบาลอาหารค่าเฉลี่ย 9.54 คะแนน (S.D. = 2.73) ระดับเจตคติต่อการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.33, S.D.=0.65) ปัจจัยเอื้อในการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =3.75, S.D.=0.57) ปัจจัยเสริมการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.52, S.D. = 0.74) การสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 4.53, S.D. = 0.75) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน ได้แก่ อาชีพ ปัจจัยนำด้านความรู้และเจตคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ การจัดสิ่งสนับสนุนพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาล จะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และลดปัญหาความเจ็บป่วย

คำสำคัญ : การสุขาภิบาลอาหาร, ครัวเรือน, เชียงราย

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[3]* อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
* Corresponding Author: arunpak.pi@up.ac.th

Original Article

Factors Related to Food Sanitation in Resident Households, Mae Suai District, Chiang Rai Province

Sudathip Chairat[1], Prachuab Lamluk[2], Arunpak Pitakpong[3]*

Abstract

Household food sanitation has been considered an important factor in reducing morbidity associated with gastrointestinal diseases. Studying factors related to food sanitation in resident households will help to develop clearer operational guidelines. This cross-sectional descriptive research aimed to investigate factors related to food sanitation in resident households of Mae Suai District, Chiang Rai Province which has population around 29,858 households. The sample size was determined using Krejcie and Morgan's formula. Samples of 399 households were obtained. Data werecollected by using questionnaire. Statistics used for analyzing data were descriptive statistics, correlation coefficient and multiple regression.

The findings indicated that mostof the cooking person were female (63.2%), aged between 40-49 years old (27.1%), graduated in bachelor's degree (27.6 %), earned salary 2,000-11,599 baht a month (63.9%), general employee occupation (36.1 %). Average score of knowledge correlated to food sanitation was 9.54 ($\overline{X}$ = 9.54 S.D. = 2.73), attitude on the food sanitary presented at medium level ($\overline{X}$ = 3.33, S.D.=0.65), enabling factors of the food sanitary showed at high level ($\overline{X}$ =3.75, S.D.=0.57, reinforcing factors of the food sanitary found at medium level ($\overline{X}$ = 3.52, S.D. = 0.74), the food sanitary at high level ($\overline{X}$ = 4.53, S.D. = 0.75). Factors related to food sanitation in resident households, Mae Suai District, Chiang Rai Province were occupation, knowledge and attitude, enabling factors and reinforcing factors. Therefore, the program development for changing knowledge, attitudes, arrangements to support practice of sanitation can assist people to have appropriate behavior and reduce illness.

คำสำคัญ : Food Sanitation, Residents Households, Chiang Rai

[1] Master degree in public health student, School of Public Health, University of Phayao.

[2] Lecturer in school of public health, University of Phayao.

[3]* Lecturer in school of public health, University of Phayao

* Corresponding Author: arunpak.pi@up.ac.th

บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อร่างกายในด้านต่างๆ การบริโภคอาหารเพื่อให้ ร่างกายเจริญเติบโต นอกจากความอร่อยแล้ว ควรพิจารณาควบคู่ไปกันกับความถูกสุขลักษณะ ตั้งแต่ กระบวนการเลือกซื้อเตรียม การปรุง ประกอบอาหาร การเก็บรักษา การเลือกใช้และล้างภาชนะอุปกรณ์ที่สัมผัสกับอาหาร ความสะอาดสถานที่ปรุงประกอบอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งหากไม่ถูกสุขลักษณะ อาจทำให้เกิดโรคหลายชนิดเข้าสู่ร่างกายผ่านช่องทางการรับประทานอาหาร เช่น ไวรัส แบคทีเรีย พยาธิต่าง ๆ สารเคมี และโลหะหนัก เมื่อมีการปนเปื้อนลงไปในอาหารแล้ว จะทำให้ผู้บริโภคเกิดการเจ็บป่วยด้วย โรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น โรคอหิวาตกโรค โรคอุจจาระร่วง โรคบิด โรคบิดอามีบา โรคอาหารเป็นพิษ โรคไวรัสตับอักเสบเอและโรคไข้ไทฟอยด์ เป็นต้น กรมควบคุมโรครายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วง ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.-14 มิ.ย. 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 217,669 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 65 ปี (15.18%) รองลงมา อายุ 25-34 ปี (13.89%) และอายุ 15-24 ปี (12.43%) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ อำนาจเจริญ มุกดาหาร เชียงราย ระนอง และภูเก็ต ตามลำดับ[2] สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 25 เมษายน 2565 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ จำนวน 16,641 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ อายุ 15-24 ปี รองลงมา อายุ 25-34 ปี และอายุ 65 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ มุกดาหาร เชียงราย และ อำนาจเจริญ จากรายงานสถานการณ์โรคเฝ้าระวัง 10 อันดับของจังหวัดเชียงรายในปี 2564 พบว่าโรคเฝ้าระวังอันดับ 1 คือโรคอุจจาระร่วง พบผู้ป่วยจำนวน 30,211 รายต่อแสนประชากร และจากสถิติการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันย้อนหลังตั้งแต่ปี 2563-2565 อำเภอแม่สรวยพบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 1505, 1642 และ 1647 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในอำเภอแม่สรวย ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้ผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางพัฒนาและปรับปรุงวิธีการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้มาตรฐานตามหลักการสุขาภิบาลอาหารอย่างถูกต้อง ยั่งยืน และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคที่นำโดยน้ำและอาหารได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 29,858 ครัวเรือน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie and Morgan [5]ที่ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 ครัวเรือน เพื่อป้องกันการสูญเสียตัวอย่างระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เป็น 399 ครัวเรือน โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้ 1. จับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเลือกตำบลและหมู่บ้าน 2. หาสัดส่วนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการเปรียบเทียบสัดส่วน 3.เลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ

หมู่บ้าน ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1. เป็นคนไทย อายุระหว่าง 18-60 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2. มีทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย 3. เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการประกอบอาหารในครัวเรือน 4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนเกณฑ์คัดออก คือมีการย้ายถิ่นฐาน ในช่วงที่มีการสำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลส่วนบุคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975)[6] โดยแบ่งระดับการแปลผลความรู้เกี่ยวสุขาภิบาลอาหารออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ร้อยละ 0-59 ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงร้อยละ 60-79 ความรู้ระดับสูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

1.3 แบบวัดทัศนคติ มีลักษณะคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม มีลักษณะคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน มีลักษณะคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ

การแปลผลระดับคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)ผู้วิจัยใช้วิธีตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert Scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best[7] คือ พิสัยของช่วงคะแนน (I) = (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด) /จำนวนชั้น จากเกณฑ์สามารถแบ่งระดับ แบบวัดทัศนคติ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม และ แบบสอบถามเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ออกเป็น 3 ระดับ คือ 1-2.33 หมายถึงระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึง ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ด้านการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวแทนครัวเรือนของประชาชนในอำเภอป่าแดด ซึ่งเป็นเขตที่มีลักษณะพื้นที่และคุณลักษณะของประชากรใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน[8] (Kruder–Richardson Method) สูตร KR-20 ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[9] (Cronbach's reliability coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร เท่ากับ 0.75, 0.80, 0.80 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 โดยประสานงานกับตัวแทนแต่ละส่วนงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1.สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ประกอบด้วย สถิติทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสัมประสิทธิ์สหสมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ส่วนสถิติทดสอบปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย โดยทดสอบด้านสถิติ Multiple Linear Regression

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ UP-HEC 1.2/013/66

ผลการศึกษา

1. การศึกษาปัจจัยนำ

1.1.ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มที่มากที่สุดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.2) อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 27.1) ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2000-11,599 บาท (ร้อยละ 63.9) และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.1)

1.2.ข้อมูลความรู้เรื่องสุขาภิบาลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้รวมเฉลี่ย 9.54 คะแนน ($\overline{X}$ = 9.54 S.D. = 2.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ข้อที่ 1 “ผู้ทำอาหารต้องล้างมือทุกครั้งก่อนการเตรียมและการปรุงอาหาร” (ตอบถูกร้อยละ 94.2) และ ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ข้อที่ 10 “จาน ชาม ใส่อาหารสามารถจับได้ทุกส่วนของภาชนะ” (ตอบถูกร้อยละ 52.2) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของามปัจจัยนำด้านความรู้สุขาภิบาลอาหารถูก แยกเป็นรายข้อ

ข้อความ	ตอบถูก(คน)	ร้อยละ
1.ผู้ทำอาหารต้องล้างมือทุกครั้งก่อนการเตรียมและการปรุงอาหาร	376	94.2
2. ใช้เขียงและมีดแยกชุดกันระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผักสดผลไม้	306	76.7
3. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ และน้ำสะอาดอย่างน้อย 2 ครั้ง	315	78.9
4. โรคอหิวาตกโรคสามารถติดต่อจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภคได้	306	76.7
5. ผู้ประกอบอาหารสามารถสวมใส่แหวน นาฬิกาข้อมือได้	226	56.6
6. ควรเก็บอาหารแห้งไว้ในตู้หรือกล่องที่ปิดสนิทจะช่วยป้องกันเชื้อรา	253	63.4
7. การล้างภาชนะอุปกรณ์ ควรล้างทันทีหลังใช้ และผึ่งให้แห้งสนิท	276	69.2
8. อาหารประเภทกระป๋อง ควรมีเครื่องหมายมาตรฐาน (อย.) รับรอง สภาพกระป๋องปิดสนิท ไม่บุบ ไม่บวม ระบุสถานที่ผลิตชัดเจน มีวันเดือนปี ที่ผลิต วันเดือนปี ที่หมดอายุ	337	84.5
9.ภาชนะพลาสติกสามารถการบรรจุอาหารร้อนและไขมันได้	233	58.4
10. จาน ชาม ใส่อาหารสามารถจับได้ทุกส่วนของภาชนะ	208	52.2
11. อาหารที่ปรุงสุกแล้ว สามารถวางไว้บนพื้นได้ โดยไม่ต้องปิดฝา	266	66.7
12. น้ำมันที่เหลือจากการทอดหรือผัด ควรเทใส่ภาชนะแล้วเก็บไว้ใช้ได้อีกหลายครั้ง	212	53.1

ข้อความ	ตอบถูก(คน)	ร้อยละ
13. ถังรองรับเศษอาหารควรเปิดไว้ระหว่างการประกอบอาหารเพื่อความสะดวก	221	55.4
14. ระหว่างการปรุงอาหารสามารถพูดคุยกันได้เพื่อความเพลิดเพลิน	271	67.9
($\bar{X}$ = 9.54 S.D. = 2.73 Min = 2 , Max = 14)		

1.3 ข้อมูลด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการสุขาภิบาลอาหารในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.33, S.D.=0.65) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของทัศนคติสูงสุด คือ ข้อที่ 7 “ท่านคิดว่าการตรวจสอบวันหมดอายุของอาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จ ก่อนเป็นเรื่องสำคัญ” และ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่ำสุดคือ ข้อที่ 1 “ท่านคิดว่าการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก” ($\bar{X}$ =2.44 S.D.=1.40) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำด้านเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร จำแนกเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.44	1.40	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่า ท่านสามารถปรุงอาหารบนพื้นได้ ถ้าพื้นครัวสะอาด	2.68	1.34	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าควรล้างมือทุกครั้ง ก่อน หลัง สัมผัสกับอาหารและหลังจากที่ออกจากห้องน้ำ	4.39	0.98	สูง
4. ท่านสามารถชิมอาหารในขณะปรุง โดยใช้ทัพพีอันเดียวกันกับที่ใช้ปรุงอาหาร	2.69	1.25	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าการซื้อผักปลอดสารพิษมาประกอบอาหารไม่จำเป็นต้องล้างผักก่อนนำไปปรุงอาหาร	2.96	1.36	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่า การทำความสะอาดห้องครัวทุกครั้งหลังการประกอบอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.54	1.31	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าการตรวจสอบวันหมดอายุของอาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จ ก่อนเป็นเรื่องสำคัญ	4.40	0.84	สูง
8. ท่านคิดว่าเนื้อสัตว์สดๆหากยังไม่ได้นำประกอบอาหาร ควรเก็บในช่องแช่แข็ง	4.31	0.79	สูง
9. ท่านคิดว่า หากล้างมือแล้วสามารถหยิบจับอาหารได้โดยไม่ต้องใช้ที่คีบหรือสวมถุงมือ	2.52	1.33	ปานกลาง
ภาพรวม	3.33	0.65	ปานกลาง

2.ปัจจัยเอื้อต่อการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.57, S.D.=0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 “หน่วยงานรัฐมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร” ($\bar{X}$ = 4.11, S.D. = 0.90) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 9 “ขณะทำอาหารท่านคำนึงถึงความอร่อยมากกว่าความปลอดภัย” ($\bar{X}$ = 3.01, S.D. = 1.21) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อสุขาภิบาลอาหาร แยกเป็นรายข้องนี้

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. หน่วยงานรัฐมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	4.11	0.90	สูง
2. มีการรณรงค์ให้ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร	4.00	0.88	สูง
3. ทางหน่วยงานของรัฐนโยบายด้านการส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร	3.94	0.89	สูง
4.วัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหารเกินกว่าร้อยละ 50 ท่านเป็นผู้ปลูก ผู้เลี้ยงเอง	3.57	0.94	ปานกลาง
5. แหล่งจำหน่ายวัตถุดิบอยู่ใกล้บ้าน	3.75	0.89	สูง
6. วัตถุดิบที่ท่านซื้อมาประกอบอาหารสามารถหาได้ง่าย	3.80	0.91	สูง
7. ราคาวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารมีราคาที่ไม่แพง	3.67	1.01	สูง
8. ท่านทำหน้าที่ประกอบอาหารให้บุคคลในครอบครัวทานมานานเกิน 5 ปี	3.68	0.95	สูง
9. ขณะทำอาหารท่านคำนึงถึงความอร่อยมากกว่าความปลอดภัย	3.01	1.21	ปานกลาง
10. ท่านมีความชำนาญในการทำอาหารให้บุคคลในครอบครัวรับประทาน	3.93	0.96	สูง
ภาพรวม	3.75	0.57	สูง

3. ปัจจัยเสริมการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมต่อการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.52, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 “ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร” ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.97) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 8 “ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลจากเอกสารแผ่นพับ” ($\bar{X}$ = 3.08, S.D. = 1.25) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยเสริมการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารจำแนกเป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร	3.99	0.97	สูง
2. ท่านสามารถปรึกษากับเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่รัฐ เกี่ยวกับปัญหาด้านการสุขาภิบาลอาหาร	3.76	0.97	
3. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร จากเพื่อนผู้ประกอบอาหาร	3.79	0.88	สูง
4. ท่านเคยได้การสนับสนุนอุปกรณ์ประเภทต่างๆ เช่น ผ้ากันเปื้อน หมวกคลุมผม ฯลฯ จากหน่วยงานของรัฐ	3.31	1.22	ปานกลาง
5. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากเพื่อนร่วมงาน	3.37	0.99	ปานกลาง
6. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากครอบครัว	3.55	1.02	ปานกลาง
7. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากสื่อออนไลน์	3.78	1.01	
8. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลจากเอกสารแผ่นพับ	3.06	1.25	ปานกลาง
9. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร จากวิทยุ	3.08	1.25	ปานกลาง
10. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร จากโทรทัศน์	3.52	1.21	ปานกลาง
ภาพรวม	3.52	0.74	ปานกลาง

4.การสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน

จากการศึกษา พบว่า การสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนภาพรวมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.53, S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7 “ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะแล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล” ($\bar{X}$ = 4.53, S.D. = 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 13 “ใช้อุปกรณ์ ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด” ($\bar{X}$ = 3.79, S.D.= 1) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสุขาภิบาลอาหารจำแนกเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มีการจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนและทำความสะอาดสถานที่รับประทานอาหาร เตรียม–ปรุง–ประกอบอาหาร	4.41	0.78	สูง
2. มีการเตรียมและปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้น อย่างน้อย 60 ซม.ห่างจากบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม	4.25	0.82	สูง
3. เลือกสารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของอาหารทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร เครื่องหมายรับรองมาตรฐาน (อย.)	4.09	0.80	สูง
4. ล้างอาหารสดให้สะอาดก่อนนำมาปรุง ทุกครั้ง	4.33	0.92	สูง
5. เก็บอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	4.15	0.91	สูง
6. เลือกบริโภคน้ำแข็งที่เก็บไว้ในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด และไม่มีสิ่งของอย่างอื่นแช่รวมไว้	4.25	0.80	สูง
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะแล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล	4.53	0.75	สูง
8. เขียงและมีด แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้	4.09	1.03	สูง
9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่ง สะอาด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม	4.28	0.93	สูง
10. มีการกำจัดมูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล	4.08	0.81	สูง
11.ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือทุกครั้งก่อน เตรียมและปรุงอาหาร	4.07	0.84	สูง
12. ขณะเตรียมและประกอบอาหารต้องแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ทคลุมผม	3.81	0.97	สูง
13.ใช้อุปกรณ์ ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด	3.79	1.00	สูง
14. เมื่อมีบาดแผลที่มือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร	4.11	0.89	สูง
15. หากมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่น โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ จะหยุดการเตรียมและประกอบอาหารจนกว่าจะรักษา ให้หายขาด	4.07	0.99	สูง
ภาพรวม	4.15	0.43	สูง

2. การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

การคัดกรองตัวแปรก่อนการทดสอบปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของครัวเรือนแบ่งเป็นทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-squared test ในตัวแปรที่มีระดับการวัดในมาตรานามบัญญัติ (Nominal Scale) และใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดในมาตราอันตรภาค (Interval Scale) ผลการ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีระดับการวัดในมาตรานามบัญญัติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับการปฏิบัติตามหลักการสุขาภิบาลอาหาร พบว่า มีเพียงตัวแปร อาชีพ เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี ค่า χ^2, df และ p-value เท่ากับ 15.02, 4 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งมีระดับการวัดในมาตรานามอันตรภาค กับการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของครัวเรือน พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำโดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.27, 0.26, 0.28 และ 0.23 ณ ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มี ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 30 (R = 0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร โดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t-value	p-value
ปัจจัยนำ (ความรู้)	0.34	0.21	3.84	<0.001
ปัจจัยนำ (เจตคติ)	0.24	0.36	6.16	<0.001
ปัจจัยเอื้อ	0.25	0.33	5.17	<0.001
ปัจจัยเสริม	0.13	0.22	3.36	.001

หมายเหตุ: Constant (a) = 1.63, R = 0. 54, R Square = 0.30, Adjusted R Square = 0.29, F = 41.40, p<0.001

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์กับการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้ การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน =1.63+ 0.34(ปัจจัยนำความรู้) +0.24 (ปัจจัยนำทัศนคติ) +0.25(ปัจจัยเอื้อ) +0.13(ปัจจัยเสริม)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในอำเภอแม่สรวยมีพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านสุขาภิบาลมาแล้วระดับหนึ่ง ซึ่งความรู้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดี ถึงแม้ว่าจะมีระดับเจตคติในระดับปานกลางแต่เมื่อประกอบกับ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่จะช่วยเกื้อกูล สนับสนุนจึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันธิดา แดงขาว (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรม เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชน อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงรายผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชนครบทั้ง 3 ปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยนำด้าน

อาชีพ ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อด้านนโยบายด้านส่งเสริมด้านสุขาภิบาล ปัจจัยเอื้อแหล่งซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ปัจจัยเอื้อประสบการณ์การทำอาหาร ปัจจัยเริมด้านการได้รับคำแนะนำ และปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ที่ได้กล่าวไว้ว่า สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors) อย่างไรก็ตามมีองค์ประกอบปัจจัยนำบางปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลลนา ทองแท้ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในเทศบาลนครรังสิตที่พบว่าปัจจัยทางด้านคุณลักษณะประชากรของผู้สัมผัสอาหาร พบว่า อายุและเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารและสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนฉาย โชคอนันต์ ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหาร ส่วนระดับการศึกษาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนนั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคลที่ใช้วัดระดับความรู้ซึ่งในปัจจุบัน ความรู้สามารถเรียนรู้ได้จากสื่อต่างๆ การประชาสัมพันธ์ การติดตามข่าวสาร และหลายช่องทางใกล้เคียงกัน และยังสอดคล้องทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของ Albert Bandura ที่เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลว่า ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยใดเพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องประกอบด้วยปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน โดยอาจจะมีอิทธิพลในการกำหนดความเท่าเทียมกันหรือบางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยอื่นก็ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดการอบรมและจัดนิทรรศการเกี่ยวกับ การสุขาภิบาลอาหาร โดยเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ว่าไม่ได้เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก หากล้างมือแล้วสามารถหยิบจับอาหารได้โดยไม่ต้องใช้ที่คีบหรือสวมถุงมือ การคำนึงถึงความปลอดภัยมากกว่าความอร่อย และส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยควรเน้นในเรื่องที่ผู้สัมผัสอาหารปฏิบัติตนผิดให้ชัดเจน เช่น จาน ชาม ใส่อาหารสามารถจับได้ทุกส่วนของภาชนะ น้ำมันที่เหลือจากการทอดหรือผัด ควรเทใส่ภาชนะแล้วเก็บไว้ใช้ได้อีกหลายครั้ง และ ถังรองรับเศษอาหารควรเปิดไว้ระหว่างการประกอบอาหารเพื่อความสะดวก เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจถึงการจัดสุขาภิบาลอาหาร ในครัวเรือนที่ถูกต้องตามหลักวิธีการดีขึ้น

1.2 ควรมีการรณรงค์ กระตุ้นโดยการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โทรทัศน์ วิทยุ เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้จากสื่อมากขึ้น ตลอดจนการรณรงค์ในเรื่องของการปลูกผัก และเลี้ยงสัตว์ ไว้ประกอบอาหารเอง

1.3 ควรนำ เจตคติ ความรู้ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การกระตุ้นโดยการใช้สื่อต่าง เข้าในการวางแผนการพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร โดยมีสร้างรูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสูงสุด

2.2 ควรมีการขยายขอบเขตในการศึกษาเพิ่มขึ้น เช่น ศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อศึกษาว่ามีระดับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของประชาชนแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ควรศึกษาการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่อื่นๆเช่น โรงเรียน ร้านค้าแผงลอยในตลาด หรือร้านอาหารทั่วไป เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการสุขาภิบาลอาหารให้ดีขึ้นและลดการเกิดอุบัติการการเกิดโรคที่มาจากน้ำและอาหารเป็นสื่อ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มผู้ประกอบอาหารในครัวเรือน เท่านั้น เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพ ควรทำการศึกษาการสุขาภิบาลในโรงเรียน ร้านค้าแผงลอยในตลาด หรือร้านอาหารทั่วไป ให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. (2565). แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566,จาก https://foodsan.anamai.moph.go.th.
2. กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ ฉบับที่ 24/2565. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565, จาก https://nongpruecity.go.th/networknews/detail/28101
3. กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ ฉบับที่ 18/2565. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565, จาก https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/173813/
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถิติสุขภาพระดับพื้นที่. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2565, จาก https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01818101&tp=202
5. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.
6. Bloom, B. S. (1975). Taxonomy of Education. New York: David McKay Company.
7. Best, J. W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice-Hall
8. Kuder, G. F. and Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika, 2(3), 151-160.
9. Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins
10. นันธิดา แดงขาว และคณะ. (2565). พฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของ ผู้สัมผัสอาหารในครัวโรงแรม 5 ดาว เขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษานักศึกษาฝึกงาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 14(1), 130-146.
11. ลลนา ทองแท้. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในเทศบาลนครรังสิต. การประชุมวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ครั้งที่ 56, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร. 48-55.
12. เดือนฉาย โชคอนันต์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(2), 138-149.
13. Bandura, A. (1997) Social Learning Theory. New Jersy: Englewood Cliffs.