

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล
ตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

THE PREDICTIVE SANITATION BEHAVIOR FACTORS OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEER
IN MENGRAI MUNICIPALITY, PAYAMENGRAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.



NATTIKARN SARMSEE

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล
ตำบลเม็ງราย อำเภอพญาเม็ງราย จังหวัดเชียงราย

ของ นัฐติกาญจน์ สามสี

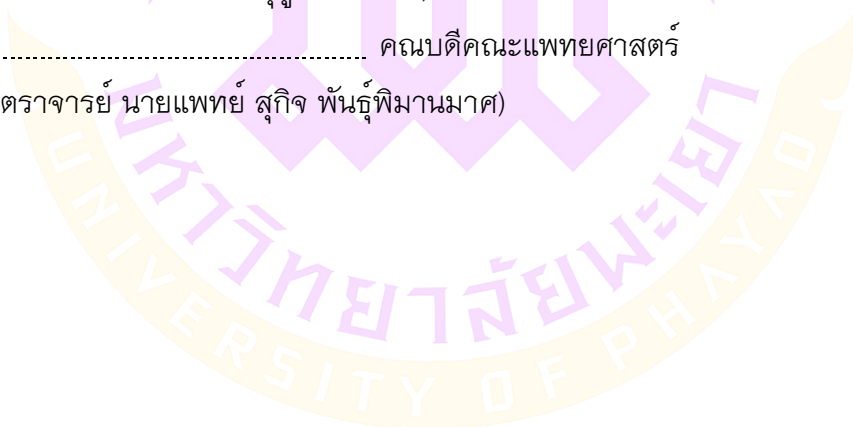
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แผลมหลัก)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนทน)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)



เรื่อง:	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย
ผู้ศึกษาค้นคว้า:	นัฐติกาญจน์ สามสี, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2564
อาจารย์ที่ปรึกษา:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรณย์ภักดิ์ พิทักษ์พงษ์
คำสำคัญ:	สุขาภิบาลอาหาร, พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ตัวแปร ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิง ได้แก่ สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation), การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ได้แก่ สถิติถดถอย (Regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.30) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 43.20) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 80.50) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 38.5) อาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 75.7) ความถี่ในการประกอบอาหาร ทุกวัน (ร้อยละ 67.5) รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5000 บาท (ร้อยละ 70.4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน (ร้อยละ 64.5) ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับต่ำ ทิศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย โดยสามารถสร้างสมการทำนาย คือ พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร = $1.765 + 0.260$ (ปัจจัยเสริม) มีความสามารถทำนายได้ร้อยละ 9.4

Title: THE PREDICTIVE SANITATION BEHAVIOR FACTORS OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN MENGRAI MUNICIPALITY, PAYAMENGRAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.

Author: Nattikarn Sarnsee, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2021

Advisor: Assistant Professor Dr. Arunpak Pitakpong

Keywords:

ABSTRACT

This research aimed to study 1) food sanitary behavior of village health volunteer, 2) correlation between predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors relating to food sanitary behavior of village health volunteer and 3) variable predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors for the prediction on food sanitary behavior of village health volunteer. Sample group used in this research was the village health volunteer in Mengrai municipality, Payamengrai district, Chiang Rai province about 169 people. The instrument used in this research was questionnaire created by researcher. The statistical methods used for data analysis were mean, percentage, standard deviation and assessment using inference statistics including simple correlation, Chi-square test and statistical analysis for factor prediction including regression analysis. The results showed that the most sample groups were female (53.30%), age in between 20–40 years old (43.20%), marital status / married (80.50%), education at primary school level (38.5%), occupation in agriculture (75.7%), daily cooking frequency (67.5%), income per month less than 5000 bahts (70.4%), family member 3–5 people (64.5%). The studied results of knowledge correlated to the food sanitary found in low level, attitude on the food sanitary presented at high level, enabling factors of the food sanitary showed at low level, reinforcing factors of the food sanitary found at medium level. The reinforcing factors have correlation with the food sanitary behavior ($r = 0.31$) with statistical significant at 0.05 and able to predict the sanitary behavior of village health volunteer in Mengrai municipality, Payamengrai district, Chiang Rai province by created the prediction equation as the food sanitary behavior = $1.765 + 0.260$ (reinforcing factors) with the ability of prediction at 9.4%.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จาก อาจารย์ที่ปรึกษา คือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรถย์ภักดี พิทักษ์พงษ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดการศึกษาค้นคว้า อีกทั้งให้การติดตาม แก้ไขงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา นายศุภฤกษ์ กุณวราชา ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแม่จัน สาธารณสุขอำเภอแม่จัน และนางปวีณ์นุช วงศ์ภักดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคอนแวง ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่านในการอำนวยความสะดวกด้านเอกสารและด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ นายคนอง ทองสุข สาธารณสุขอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย นายวิทยา เหล่าวงศ์เจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสะอาด อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย และนายประดิษฐ์ สุขปัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเม็งราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณประชาชนตำบลเม็งราย อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ การประชุมวิชาการระดับชาติ “การสร้างสุขภาวะชุมชนวิถีใหม่” คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ครั้งที่ 2 ที่ตอบรับการเข้าร่วมการนำเสนอประชุมวิชาการระดับชาติ

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นัฐติกาญจน์ สามลี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมุติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการศึกษา.....	3
นิยามศัพท์การวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร.....	6
แนวคิด PRECEDE Model	16
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	19
บริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองราย	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	33

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ	46
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ.....	53
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	55
ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการโดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) และสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ.....	58
บทที่ 5 บทสรุป	60
สรุปผลการวิจัย	60
อภิปรายผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะ	63
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	69
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	70
แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย	70
ภาคผนวก ข แผนการดำเนินการวิจัย	79

ประวัติผู้วิจัย..... 81



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนครัวเรือน จำนวนประชากรในพื้นที่เทศบาลตำบลเม็ງราย แยกรายหมู่บ้าน.....	23
ตาราง 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้าน.....	35
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	46
ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามถูกและระดับของความรู้สุขภาพอาหาร.....	48
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติต่อสุขภาพอาหาร.....	50
ตาราง 6 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามถูกและระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อสุขภาพอาหาร	51
ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสุขภาพอาหาร.....	52
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพอาหาร	53
ตาราง 9 แสดงปัจจัยนำ (คุณลักษณะประชากร) ที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169) โดยใช้ Chi-squared test.....	55
ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำ (ความรู้) ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation)	57
ตาราง 11 แสดงความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหาร โดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis)	58

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	33
-----------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

โรคอาหารเป็นพิษเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนมาก โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) เกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสิ่งปนเปื้อน ได้แก่ สารพิษหรือที่ออกซิเจนที่แบคทีเรียสร้างไว้ในอาหาร สารเคมีต่าง ๆ เช่น โลหะหนักจากพืชและสัตว์ เช่น เห็ดพิษ ปลาปักเป้า แมงดาทะเล รวมถึงกลุ่มเชื้อโรคที่มีการสร้างสารพิษในลำไส้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ บางรายอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษา ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคอาหารเป็นพิษอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น รณรงค์การกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ หรือโครงการ Clean food good taste เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคอาหารเป็นพิษ แต่ก็ยังพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษตลอดปี และมักมีการระบาดของโรคอยู่เป็นประจำ และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา 3 ปีย้อนหลัง ในปี 2561 พบว่าประเทศไทยพบโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 1,222,217 ราย คิดเป็น 1,843.43 คนต่อแสนประชากร ภาคเหนือตอนบน จำนวน 128,746 ราย คิดเป็น 2,190.10 คนต่อแสนประชากร และจังหวัดเชียงใหม่พบ จำนวน 33,939 ราย คิดเป็น 2,631.19 คนต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, 2561) ในปี 2562 พบว่าประเทศไทยพบโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 1,078,923 ราย คิดเป็น 1,622.77 คนต่อแสนประชากร ภาคเหนือตอนบนพบ จำนวน 115,570 ราย คิดเป็น 1,961.48 คนต่อแสนประชากร และจังหวัดเชียงใหม่พบ จำนวน 31,642 ราย คิดเป็น 2,442.99 คนต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, 2562) ในปี 2563 พบว่าประเทศไทยพบโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 812,489 ราย คิดเป็น 1,225.45 คนต่อแสนประชากร ภาคเหนือตอนบนพบ จำนวน 84,935 ราย คิดเป็น 1,444.83 คนต่อแสนประชากร และจังหวัดเชียงใหม่พบ จำนวน 24,953 ราย คิดเป็น 1,934.53 คนต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, 2563) ปัญหาอุจจาระมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหัวใจของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ผู้ซึ่งที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน และผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย สื่อสารข่าวสารด้านสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ และที่สำคัญ เป็นบุคคลที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน ซึ่งมีบทบาทหลักในการเป็นแกนนำในด้านสุขภาพ อาหาร จากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลเมืองราย ส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องและยังมีความเข้าใจในหลักสุขภาพ และสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ยังไม่ ถ่องแท้ ทั้งที่เป็นแกนนำทางด้านสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพอาหารเป็นปัญหาที่ควรมีการแก้ไข โดยเริ่มจากการหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของการกระทำนั้น ๆ ในลักษณะสหปัจจัย ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนที่ 3 ของ PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอาหาร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารที่ถูกต้อง

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหารของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย เพื่อนำงานวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาและ ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ รวมถึงนำข้อมูลที่ได้ไปเผยแพร่และรณรงค์ส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหาร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงรายได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการ กับพฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการทำนายพฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายได้

ขอบเขตการศึกษา

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำแบบจำลองของ PRECEDE Model การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 169 คน

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาสิงหาคม 2564-พฤษภาคม 2565

4. ขอบเขตด้านตัวแปร

4.1 ตัวแปรอิสระ

4.1.1 ปัจจัยนำ ได้แก่

1) ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

2) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

3) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

4.1.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1) ด้านแหล่งซื้อวัตถุดิบ

2) ด้านการได้รับการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

4.1.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่

1) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

2) ด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ

4.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์การวิจัย

1. ปัจจัย หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

2. ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ส่งผลสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

3. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ทรัพยากรหรือสิ่งของที่จำเป็นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

4. ปัจจัยเสริม หมายถึง แรงเสริมหรือแรงจากปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล กลุ่มบุคคลหรือหน่วยงาน รวมถึงสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

5. ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับความหมายของสุขาภิบาลอาหาร หลักสุขาภิบาล และสุขวิทยาส่วนบุคคล

6. ทศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดต่อการสุขาภิบาลอาหาร

7. พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการกระทำเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร ได้แก่ ด้านการจัดการสถานที่ ด้านการจัดการอาหาร ด้านภาชนะอุปกรณ์ ด้านผู้สัมผัสอาหาร และด้านการควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค การเลือกซื้อวัตถุดิบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชน ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีทิศทาง

2. นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหาร หรือเป็นข้อมูลสำหรับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และวางแผนควบคุมป้องกันโรคจากอาหารและน้ำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE Model ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากรอบแนวคิดในการทำวิจัยซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร
 - 1.1 ความหมายของสุขาภิบาลอาหาร
 - 1.2 หลักสุขาภิบาลอาหาร
 - 1.3 สุขวิทยาส่วนบุคคล
2. แนวคิด PRECEDE Model
3. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. บริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองราย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

1. ความหมายของสุขาภิบาลอาหาร

สุขาภิบาลอาหาร (Food sanitation) หมายถึง การบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมอาหารเพื่อให้อาหารสะอาดปลอดภัยปราศจากเชื้อโรคหนองพยาธิและสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายหรืออาจจะเป็นอันตรายต่อการเจริญของร่างกายสุขภาพอนามัยและการดำรงชีวิตของผู้บริโภค (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2557)

สุขาภิบาลอาหาร หมายถึง การจัดการและควบคุมให้อาหารสะอาดปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารพิษ ที่เป็นอันตรายหรืออาจจะเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและการดำรงชีวิตของมนุษย์ได้ (อิสยาภรณ์ สุวรรณศิลป์, 2558)

การสุขาภิบาลอาหาร (Food sanitation) หมายถึง การป้องกันไม่ให้อาหารเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยแก่ผู้บริโภค หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการทำให้อาหารปลอดภัย และให้ประโยชน์แก่ผู้บริโภคแต่อย่างเดียว ไม่ก่อให้เกิดโทษหรืออันตรายแม้แต่อย่างใด (ควน ขาวหนู, 2564)

จากการทบทวนเอกสารในครั้งนี้ สรุปได้ว่า สุขาภิบาลอาหาร (Food Sanitation) หมายถึง การทำให้อาหารสะอาด ปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารพิษ ที่เป็นอันตรายหรืออาจจะเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและการดำรงชีวิตของมนุษย์ได้

2. หลักสุขาภิบาลอาหาร

การจัดการและควบคุมให้อาหารสะอาดปลอดภัยทำได้โดยการจัดการและควบคุมปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัยต่อการบริโภค การควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียม บรรจุ ประกอบ การบริการอาหารมี 5 ปัจจัย ได้แก่

2.1 ผู้สัมผัสอาหาร คือ ผู้เตรียมปรุงและให้บริการอาหาร ถ้าหากผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วยหรือมีสุขอนามัยที่ไม่ดี เช่น ไอ จาม ซึ่งไม่ปิดปากและจมูกขณะปรุงอาหารหรือการใช้มือที่สกปรกในการหยิบจับอาหาร ก็อาจทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายและปนเปื้อนลงสู่อาหารได้

ดังนั้น นอกจากผู้สัมผัสอาหารจะไม่ป่วยเป็นโรคที่ติดต่อทางอาหารและน้ำได้แล้ว ยังต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลในขณะที่ปรุงหรือประกอบอาหาร เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหรือแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือสารพิษลงสู่อาหารโดยความสำคัญของผู้สัมผัสอาหาร การแพร่กระจายโรค การปฏิบัติตนให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และสุขอนามัยที่ดีในขณะที่ปฏิบัติงาน

2.2 อาหาร ได้แก่ การเลือกซื้อการปรุง การเก็บอาหาร น้ำดื่ม น้ำแข็ง และสารปรุงแต่งอาหารที่ถูกสุขลักษณะและได้มาตรฐาน ที่จะนำมาปรุง ไม่ว่าจะเป็นอาหารสด เนื้อสัตว์ อาหารแห้งหรืออาหารกระป๋อง ผักสด จะต้องเลือกอาหารที่ใหม่ สด สะอาดและปลอดภัย ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้วัตถุดิบปรุงแต่งอาหาร เช่น ซีอิ๊ว น้ำส้มชอส น้ำปลา เป็นต้น ต้องเลือกใช้ที่ถูกต้อง ได้รับความปลอดภัยจากหน่วยงานราชการ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม เป็นต้น

ตลอดจนการปรุง การเก็บอาหารอย่างถูกวิธีให้อุณหภูมิในการปรุงและการเก็บที่เหมาะสม หลักทางด้านสุขาภิบาลอาหารที่ผู้บริโภคร้องพิจารณา 3 เรื่อง ดังนี้

2.2.1 หลัก 3 ป. เพื่อพิจารณาการเลือกอาหารสด ได้แก่

1) ประโยชน์ ต้องเป็นอาหารที่สดใหม่ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน เหมาะสมกับความต้องการในช่วงอายุต่าง ๆ ของมนุษย์เรา

2) ปลอดภัย ต้องเลือกอาหารที่แน่ใจว่าสะอาด ปลอดภัย ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้

3) ประหยัด ต้องเลือกซื้ออาหารตามฤดูกาล จะได้อาหารที่มีคุณภาพดี ราคาถูก และหาซื้อได้สะดวก

2.2.2 หลัก 3 ส. เพื่อพิจารณาการปรุงอาหาร ได้แก่

1) สงวนคุณค่า การมีวิธีปรุงเพื่อสงวนคุณค่าของอาหารให้มีประโยชน์เต็มที่

2) สุกเสมอ การใช้ความร้อนในการปรุงอาหารโดยต้องให้สุกโดยทั่วกัน เพื่อทำลายเชื้อโรค

3) สะอาด ปลอดภัย โดยมีการตรวจสอบสภาพของอาหารดิบก่อนปรุง ทุกครั้งให้อยู่ในสภาพสะอาด ปลอดภัย และมีกรรมวิธีในการปรุงอาหารที่สะอาดถูกต้อง ผู้ปรุงอาหารมีสุขนิสัยในการปรุงอาหารที่ดี ใช้ภาชนะอุปกรณ์ และสารปรุงแต่งที่ถูกต้อง

2.2.3 หลักในการพิจารณาในการเก็บอาหาร ให้คำนึงถึง หลัก 3 ส. คือ

1) สัตส่วน คือ มีการจัดเก็บเป็นระเบียบ มีการแยกเก็บตามประเภทอาหาร ให้เป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ปะปน

2) สิ่งแวดล้อมเหมาะสม คือ มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาหารประเภทต่าง ๆ เพื่อให้อาหารสด ไม่เน่าเสีย เก็บได้นาน ซึ่งพิจารณาถึงอุณหภูมิ ความชื้น และป้องกันการปนเปื้อน

3) สะอาดปลอดภัย คือ มีการเก็บอาหารในภาชนะบรรจุที่สะอาดและถูกต้อง มีการทำความสะอาดสถานที่เก็บอย่างสม่ำเสมอ และไม่เก็บให้ห่างจากสารเคมีเป็นพิษ

2.3 ภาชนะอุปกรณ์ มีการเลือกใช้ การล้างและการเก็บที่ถูกต้อง

2.3.1 เลือกภาชนะอุปกรณ์ที่ล้างทำความสะอาดง่าย คือ ภาชนะที่มีผิวเรียบ ไม่มีซอกมุมไม่เป็นภาชนะก้นลึกหรือปากแคบ ซึ่งจะทำให้ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง

2.3.2 เลือกภาชนะอุปกรณ์ ที่ทำจากวัสดุไม่มีพิษ วัสดุที่ควรเลือกใช้ ได้แก่ กระเบื้องเคลือบขาว สแตนเลสอลูมิเนียม แก้ว เป็นต้น ส่วนวัสดุที่ไม่ควรเลือกใช้หรือ

ใช้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ใส่อาหารที่มีฤทธิ์กัดกร่อนหรืออาหารร้อน ได้แก่ ภาชนะพลาสติกเก่าที่นำมาหลอมใหม่ วัสดุสังกะสีเคลือบ กระเบื้องเคลือบตกแต่งสี เป็นต้น

2.3.3 การล้างทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ การล้างทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ต้องมีการล้าง 3 ขั้นตอน ซึ่งก่อนอื่นต้องมีการแยกภาชนะอุปกรณ์ออกเป็น 2 พวก คือ ภาชนะใส่อาหารหวานและคาวหรือแก้วนํ้า หากต้องล้างภาชนะในคราวเดียวกัน ให้ล้างภาชนะที่ใส่อาหารหวานก่อนภาชนะใส่อาหารคาว ถ้าภาชนะอุปกรณ์ที่จะนำมาล้างมีเศษอาหารตกค้างอยู่ ให้กวาดทิ้งในถังขยะจนหมดก่อนจึงจะดำเนินการล้างวิธีการล้างภาชนะอุปกรณ์

1) การล้างด้วยมือ

1.1) อุปกรณ์การล้างต้องอยู่ในสภาพดี สะอาด และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

1.2) การล้างภาชนะอุปกรณ์ทุกประเภทให้สะอาดด้วยวิธีการที่ถูกหลักสุขาภิบาล โดยการกำจัดเศษอาหารและล้างด้วยน้ำเปล่าก่อนนำไปล้างด้วยวิธีการล้าง 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ล้างด้วยน้ำผสมสารทำความสะอาด เพื่อล้างเศษอาหาร คราบไขมัน และสิ่งสกปรกที่ติดค้างอยู่โดยใช้ฟองน้ำผ้าสะอาด หรือแผ่นใยสังเคราะห์ ช่วยในการทำความสะอาด

ขั้นตอนที่ 2 ล้างด้วยน้ำสะอาดอีก 2 ครั้ง เพื่อล้างสารทำความสะอาดและสิ่งสกปรกต่าง ๆ ที่ยังค้างอยู่ออกให้หมด

ขั้นตอนที่ 3 การฆ่าเชื้อ (ในกรณีที่เกิดโรคระบาด) ล้างด้วยน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 82-100 องศาเซลเซียสเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 30 วินาที หรือแช่ในน้ำผสมน้ำปูนคลอรีน ที่มีความเข้มข้น 50 ppm. (ไม่เกิน 200 ppm) อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 นาที หรือแช่ในสารเคมีที่ใช้สำหรับฆ่าเชื้อภาชนะอุปกรณ์อื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่าในการฆ่าเชื้อ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที

1.3) ภาชนะอุปกรณ์ที่ล้างทำความสะอาดแล้วให้นำมาคว่ำไว้บนตะแกรงหรือตะแกรงที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร แล้วปล่อยให้แห้งเอง และต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน

2) การเก็บภาชนะอุปกรณ์ การเก็บภาชนะอุปกรณ์ที่ได้ทำความสะอาดหรือสะอาดอยู่แล้ว ในระหว่างที่ยังไม่ได้นำไปใช้งาน ให้วางพ้นจากการปนเปื้อน

ของสัตว์นำโรค ผู้เฝ้าของ สารเคมีที่เป็นอันตราย ตลอดจนการจับต้อง มีหลักในการเก็บภาชนะอุปกรณ์ ดังนี้

2.1) เก็บเฉพาะภาชนะที่ฝังแห้งดีแล้วเท่านั้น ไม่นำภาชนะอุปกรณ์ที่ยังเปียกอยู่มาเก็บ เพราะจะทำให้บริเวณที่เก็บชื้นแฉะ และเพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์นำโรคมารบกวนน้ำที่ตกค้างอยู่บนภาชนะอุปกรณ์ หรือบริเวณที่เก็บ

2.2) บริเวณที่เก็บ จะต้องไม่เปียกชื้น ไม่มีสัตว์นำโรคมารบกวน และไม่เก็บบริเวณเดียวกับที่ใช้เก็บสารเคมีที่เป็นอันตราย

2.3) ลักษณะการเก็บตะเกียบ ช้อน หรือส้อม ให้เก็บในตะกร้าสูงโปร่ง ให้ส่วนที่ใช้จับหรือดักกลาง ให้ส่วนที่เป็นด้ามขึ้น แก้ว จาน หรือชาม ให้คว่ำไว้บนตะกร้าหรือตะแกรงที่สะอาด เครื่องครัว เครื่องใช้

2.3.1) ชนิดที่มีหูแขวน ได้แก่ หม้อ กระทะ ให้หันเอาส่วนที่ใช้ใส่อาหารเข้าผนัง เอากันหม้อหรือกระทะหันออก โดยแขวนไว้บนราวตะปูที่ตอกติดกับผนังที่สะอาดไม่มีฝุ่นละอองหรือหยากไย่

2.3.2) ชนิดที่ไม่มีหูแขวน ได้แก่ ตะหลิว ทัพพี ให้เก็บเรียงให้เป็นระเบียบถ้ามีด้ามจับให้หันด้ามไปทางเดียวกัน หรือใส่ตะแกรงไว้ ถ้าไม่มีด้ามจับก็ให้คว่ำไว้

2.3.3) ภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้เพียงครั้งเดียว ให้มีวัสดุห่อหุ้มให้มิดชิด

2.3.4) ภาชนะอุปกรณ์ที่ไม่ได้แขวนไว้ ต้องนำไปเก็บในตู้สะอาดไม่อับชื้น ปกปิดมิดชิด ป้องกันสัตว์นำโรคได้ถ้าไม่มีตู้เก็บ ให้เก็บในที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ในที่สะอาด ไม่ชื้นแฉะ และไม่มีสัตว์นำโรคมารบกวน

2.4 สถานที่ มีสถานที่ปรุงประกอบและจำหน่าย/บริการอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การจัดการดูแลสถานที่ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหาร ให้สะอาด ปราศจากสิ่งสกปรกและเชื้อโรค รวมทั้งมีการจัดวางสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ภายในครัวให้เป็นระเบียบเรียบร้อย นับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความสะอาดของอาหาร เพราะถ้าสถานที่ดังกล่าวไม่ถูกสุขลักษณะแล้ว อาจเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการปนเปื้อนของเชื้อโรคต่าง ๆ ลงสู่อาหารได้ ซึ่งการจัดครัวให้เป็นระเบียบเรียบร้อยนี้ ยังส่งผลให้เกิดความสะอาดต่อการทำครัว และง่ายต่อการทำความสะอาดของแม่บ้านอีกด้วย ดังนั้นจึงต้องดูแลรักษาห้องครัวของตนเองให้สะอาดและเป็นระเบียบ และปรับปรุงสถานที่สำหรับใช้ในกิจการอาหาร โดยแต่ละส่วนต้องมีโครงสร้างและองค์ประกอบที่เหมาะสมและถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร จึงจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของเชื้อโรคต่าง ๆ และสารเคมีได้

2.4.1 พื้นอาคาร ควรทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ดูดหรือซึมน้ำ ไม่มีรอยแตกหรือชำรุด ไม่มีน้ำขัง ทำความสะอาดได้โดยง่าย ต้องดูแลความสะอาดสม่ำเสมอ ไม่เปียกชื้นมีพื้นที่พอเพียงแก่การใช้งาน

2.4.2 ฝาผนังและเพดาน ควรทำด้วยวัสดุผิวเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย ถ้าทาสีควรใช้สีอ่อน ๆ เพื่อช่วยให้มีการสะท้อนแสงสว่างดีขึ้น และช่วยให้มองเห็นความสกปรกได้ง่าย มุมรอยต่อระหว่างพื้นกับฝาผนังไม่ควรทำเป็นมุมฉาก ควรทำให้มีลักษณะมุมมนลาดเอียง เพื่อการทำความสะอาดได้ง่าย

2.4.3 ประตู หน้าต่าง ควรมีพื้นที่ของประตู หน้าต่างประมาณร้อยละ 20 ของพื้นที่ห้อง ประตูควรเป็นชนิดเปิดออกด้านนอก และปิดได้เอง ถ้าไม่ใช่ห้องปรับอากาศควรกรุด้วยลวดตาข่าย เพื่อป้องกันแมลงวันและสัตว์นำโรคเข้ามารบกวน ประตูห้องอาหารหรือโรงครัวควรทำเป็นประตูมุ้งลวด 2 ชั้น จะสามารถช่วยลดแมลงวันเข้าไปภายในโรงอาหาร ได้ดีกว่าประตูมุ้งลวดชั้นเดียว

3) บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร ควรมีส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนี้

3.1) อ่างล้างอาหาร (หรืออ่างล้างจาน) ควรอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร อาจใช้ร่วมกับอ่างล้างภาชนะ โดยเมื่อล้างอาหารเสร็จต้องทำความสะอาดอ่างให้ทั่วถึง

3.2) โต๊ะเตรียม-ปรุงอาหาร และโต๊ะวางจำหน่ายอาหาร ควรทำด้วยวัสดุถาวรแข็งแรง สะอาด และสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ผิวโต๊ะต้องทำด้วยวัสดุเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย

3.3) บริเวณเตาไฟ ควรตั้งอยู่ในจุดที่มีการถ่ายเทอากาศระบายความร้อนได้ดี ไม่ควรตั้งอยู่ กลางห้อง พื้นโต๊ะ และผนังบริเวณเตาไฟ ควรบุด้วยวัสดุทนไฟ เรียบ และทำความสะอาดง่าย

3.4) ถังขยะ การจัดให้มีถังขยะขนาดที่พอเหมาะ มีฝาปิดในขณะที่ไม่ได้ใช้งาน หรือใช้ชนิดที่มีฝาปิดที่มีช่องสำหรับทิ้งขยะได้

3.5) การระบายอากาศ ห้องครัว ควรจะมีการระบายอากาศเป็นพิเศษ ให้สามารถระบายความร้อน กลิ่น คาว ที่เกิดจากการปรุงอาหารที่ออกจากครัวได้เป็นอย่างดี โดยคำนึงถึงทิศทางลม ช่องระบายลม หรืออาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการระบายอากาศ เช่น พัดลมดูดอากาศ ปล่องระบายควัน

3.6) แสงสว่าง ห้องครัว ห้องสำหรับปรุง ประกอบอาหาร ที่เก็บภาชนะ ห้องเก็บของ จะต้องจัดแสงสว่างให้มีความเข้มของแสงสว่างอย่างเพียงพอ

โดยอุปกรณ์ต้องมีความเข้มข้นของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 10 ฟุตเทียนและอาจใช้แสงจากธรรมชาติที่เข้าทางประตู หน้าต่างร่วมด้วย เพื่อเป็นการประหยัดพลังงาน ในกรณีที่มีการติดตั้งหลอดไฟ ควรมีฝาครอบใต้หลอดไฟ เพื่อป้องกันไม่ให้เศษแก้วจากหลอดไฟตกลงสู่อาหาร

3.7) อ่างล้างมือ และอ่างล้างจาน ควรมีอ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะสามารถล้างภาชนะได้สะดวก มีความสูงพอเหมาะ เป็นอ่างที่มีช่องสำหรับระบายน้ำและต่อท่อหรือสายยาง เพื่อให้ น้ำระบายลงสู่ท่อระบายน้ำได้โดยสะดวก และต้องมีย่างน้อย 2 อ่าง เพื่อใช้ล้างภาชนะอย่างน้อย 3 ชั้นต่อน ถ้ามี 2 อ่าง ในอ่างที่ 2 ต้องล้างด้วยน้ำไหลตลอดเวลา กรณีไม่มีท่อระบายควรใช้อย่างน้อย 3 ใบอ่างล้างมือ ควรเป็นแบบที่สามารถใช้ได้ง่ายและสะดวก มือไม่ควรสัมผัสก๊อกน้ำ ควรเป็นระบบปิด-เปิดน้ำด้วยศอก เข่า เท้า หรืออัตโนมัติ จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้

3.8) ท่อหรือรางระบายน้ำ ในบริเวณ ห้องครัวหรือบริเวณที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ ต้องมีท่อ หรือรางระบายน้ำทิ้งที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ไม่มีเศษอาหารอุดตัน สามารถระบายน้ำจากจุดล้างลงสู่ระบบกำจัดน้ำเสีย หรือท่อระบายน้ำสาธารณะ ฝาท่อระบายน้ำควรเป็นชนิดเป็นตะแกรง ที่เปิดทำความสะอาดได้ง่าย

3.9) บ่อดักไขมันและบ่อดักเศษอาหาร น้ำเสียจากการปรุงประกอบอาหารเป็นน้ำเสียที่มีไขมัน และเศษอาหารมาก โดยไขมันมักเป็นปัญหาต่อระบบบำบัดน้ำเสีย เนื่องจากไขมันเป็นสารประกอบอินทรีย์ที่มีเสถียรภาพสูงและถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียได้ยาก และเมื่อไขมันไหลลงสู่ท่อระบายน้ำก็มักจะเกาะติดอยู่ที่ผิวท่อ ทำให้เกิดปัญหาท่ออุดตัน รบกวนปฏิกิริยาของจุลินทรีย์ และช่องทางการถ่ายเทของออกซิเจนจากอากาศสู่ น้ำในระบบบำบัด ควรมีการติดตั้งบ่อดักเศษอาหารและบ่อดักไขมันก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดหรือท่อสาธารณะ โดยบ่อดักไขมันโดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ

3.9.1) แบบฝังในพื้น สามารถทำได้ทั้งขนาดใหญ่และเล็กแบบบ่อเดี่ยวหรือหลายบ่อก็ได้

3.9.2) แบบลอย เป็นชนิดที่ตั้งบนพื้น เหมาะสมกับร้านขนาดเล็กแยกใช้แต่ละร้าน

3.10) ตู้เย็นและตู้เก็บอาหาร อาหารแต่ละประเภทมีการเก็บรักษาต่างกัน สำหรับอาหารสดที่เสียง่าย เช่น เนื้อ ปลา กุ้ง ไก่ นม และผลิตภัณฑ์นม ต้องเก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 7.5 องศาเซลเซียส คือ เก็บในตู้แช่แข็งหรือตู้เย็น ส่วนผักสด ควรเก็บในตู้เย็นให้มีอุณหภูมิต่ำกว่าอุณหภูมิธรรมดา ในตู้เย็นควรจัดเก็บให้เป็นสัดส่วนเป็นระเบียบ

แยกประเภทอาหารไม่ให้ปนกัน และควรล้างทำความสะอาดก่อนเก็บในตู้เย็น ในส่วนของอาหารแห้งทั่วไป เช่น น้ำตาล น้ำปลา ควรจัดเก็บให้เป็นระเบียบในตู้หรือชั้นวางของ และควรอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการปนเปื้อน กรณีที่อาหารบรรจุ ในภาชนะที่ปิดสนิทสามารถเก็บสูงจากพื้นได้อย่างน้อย 30 เซนติเมตร สถานที่รับประทาน อาหารภายในสถานที่รับประทานอาหารควรจัดให้สะอาด สบายงาม เป็นระเบียบ โดยมีส่วนประกอบ ดังนี้

3.10.1) พื้น พื้นในบริเวณที่รับประทานอาหาร ควรสร้างด้วย วัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทำความสะอาดได้ง่ายมีลักษณะเรียบ ไม่ดูดซึมน้ำ ไม่มีรอยแตกหรือ ข้ำรูด ตรงมุมรอยต่อระหว่างพื้นกับฝาผนังควรโค้งมนเพื่อป้องกันการสกปรก สามารถทำความสะอาดได้ง่าย และต้องทำความสะอาดเป็นประจำ

3.10.2) ผนังและเพดาน ควรทาสีอ่อน ๆ เพื่อช่วยให้บริเวณ ที่รับประทานอาหารสว่าง และมองเห็นสิ่งสกปรกได้ง่าย ควรหมั่นทำความสะอาดอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง เพื่อไม่ให้มีคราบสกปรกหรือหยากไย่

3.10.3) การระบายอากาศ ควรมีการระบายอากาศที่ดี ไม่ร้อน อบอ้าว ไม่มีฝุ่น ไม่มีกลิ่นคาว

3.10.4) โตะ เก้าอี้ ควรอยู่ในสภาพดี มั่นคง แข็งแรง พื้นผิวเรียบ ไม่หลุดลอกจนก่อให้เกิดความสกปรกไม่มีคราบเศษอาหาร และจัดให้เป็นระเบียบ

3.10.5) ประตูและหน้าต่าง ในห้องรับประทานอาหาร ควรมีประตู หน้าต่างเพียงพอ คือ ประมาณร้อยละ 20 ของพื้นที่ทั้งหมด ประตูควรเป็นชนิด เปิดออกด้านนอก และปิดเองได้ กรณีไม่ใช่ห้องปรับอากาศ ควรกรุด้วยลวดตาข่ายเพื่อป้องกัน แมลงวันและสัตว์นำโรค

3.10.6) แสงสว่าง ควรมีแสงสว่างอย่างเพียงพอ อาจเป็น แสงสว่างจากธรรมชาติ หรือแสงสว่างจากดวงไฟฟ้า ควรมีแสงสว่างอย่างน้อย 7 - 10 ฟุต เทียนสีของผนัง และเพดาน มีส่วนช่วยให้เกิดความสว่างได้ ถ้าทาสีผิวผนังและเพดานด้วย สีขาวจะทำให้เกิดการสะท้อนแสงได้มาก

2.5 สัตว์แมลงนำโรค มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงนำโรคในบริเวณที่เตรียมปรุง และให้บริการอาหารให้ถูกสุขลักษณะสัตว์และแมลงนำโรคหลายชนิดที่นำเชื้อโรคมาสู่คน โดยเชื้อโรคจะติดมากับลำตัว ปีก ขน หรือปะปนมากับน้ำลาย บัสสาวะ อุจจาระของสัตว์และ แมลงดังกล่าว โดยเมื่อสัตว์เหล่านั้นไปไต่อาหารที่ปรุงสุกแล้ว และไม่มีการปกปิดหรือป้องกัน ให้มิดชิด ก็จะทำให้อาหารปนเปื้อนเชื้อโรคและสิ่งสกปรกได้ ถ้านำอาหารนั้นมากิน

ก็อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ โดยสัตว์และแมลงนำโรคที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ หนู แมลงวัน และแมลงสาบ

3. สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร

อาหารที่ปรุงสำเร็จรอการบริโภคนั้นจะต้องสะอาดปลอดภัย ทั้งนี้นอกจากจะคำนึงถึงองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ตัวอาหารจะต้องสะอาดปลอดภัยได้มาจากแหล่งที่ถูกสุขลักษณะและเชื่อถือได้ มีความสะอาดในขั้นตอนการเตรียมการปรุง การจับต้องอาหาร รวมทั้งมีการใช้ภาชนะอุปกรณ์ในขั้นตอนการเตรียมประกอบที่ถูกต้องแล้ว ความสะอาดของร่างกายและไม่เป็นโรคของผู้สัมผัสอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เพราะหากผู้สัมผัสอาหารเจ็บป่วยไม่สบาย อาจแพร่กระจายเชื้อโรคสู่อาหารและไปสู่ผู้บริโภคต่อไปได้หรือแม้ว่าผู้สัมผัสอาหารจะมีสุขภาพดีแต่ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามให้ถูกต้องหรือปฏิบัติตนให้เกิดการเสี่ยงต่อการปนเปื้อนจากเชื้อโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั่วไปก็จะส่งผลสะท้อนถึงความสะอาดของอาหารที่จะบริการให้แก่ผู้บริโภคได้ (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2556)

สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร หมายถึง การดูแลส่งเสริมร่างกายของบุคคลที่มีโอกาสทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของอาหารทั้งหมดให้สมบูรณ์แข็งแรงไม่เป็นโรคและมีการปฏิบัติตนให้อยู่ในสภาวะที่ปลอดภัย รวมทั้งไม่แพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้บริโภคด้วย (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2556)

การแพร่กระจายของโรคโดยผู้สัมผัสอาหารผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะแพร่โรคของโรคทางเดินอาหารทางเดินหายใจหรือทางผิวหนังย่อมสามารถที่จะแพร่กระจายโรคนั้นไปสู่คนอื่นได้ เช่น เมื่อเป็นโรคอุจจาระร่วงเชื้อโรคอาจติดไปกับมือของผู้สัมผัสอาหารเป็นหวัดมีอาการไอจามเชื้อโรค อาจปนเปื้อนในอาหารระหว่างการเตรียม-ปรุงได้เป็นผลผิหนอง จากการอักเสบของผิวหนังเชื้อโรคอาจปนเปื้อนลงสู่อาหารได้ การติดต่อดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคเกิดการเจ็บป่วยได้ผู้สัมผัสอาหารที่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยอาจแพร่โรคได้ 2 ลักษณะ คือ

3.1 พาหะนำโรค หมายถึง เป็นผู้ที่มีเชื้อโรคอยู่ในตัวแต่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่โรคสู่อาหารได้เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นโรคและมีอาการนำโรคโดยการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องระหว่างการเตรียมปรุงประกอบอาหาร เช่น การจับต้องสิ่งสกปรกพวกขยะวัตถุมีพิษฆ่าแมลงชนิดต่าง ๆ แล้วมาจับต้องอาหารโดยไม่ได้ล้างมือให้สะอาด ดังนั้นผู้สัมผัสอาหารสามารถเป็นสื่อนำความเจ็บป่วยไปสู่ผู้บริโภคได้ ผู้สัมผัสอาหารจึงต้องมีความรู้และการปฏิบัติตนให้ถูกต้องดังนี้

สุขภาพของผู้สัมผัสอาหารจะต้องมีสุขภาพดีและไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ บางชนิด เช่น โรคอหิวาต์ ไช้รากสาदन้อย บิด ไช้หวัด อุจจาระร่วงอย่างแรง ทั้งนี้ เพราะถ้าหากเจ็บป่วยโดยโรคดังกล่าวจะทำให้เชื้อโรคถ่ายทอดลงสู่อาหารได้และผู้บริโภคที่รับ เชื้อนี้เข้าไปในร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วยได้ โรคบางชนิด เช่น อหิวาต์และไช้รากสาदन้อย อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของโรคโดยชัดเจน ซึ่งเรียกว่าเป็นพาหะนำโรคที่แฝงอยู่ ซึ่งจะพบเชื้อโรคปะปนอยู่ในอุจจาระอยู่เสมอผู้สัมผัสอาหารที่มีลักษณะ ดังนี้ เป็นการยากที่จะ สังเกตอาการภายนอกได้ นอกจากนี้การมีบาดแผลที่มีหนองเชื้อโรคอาจจะถ่ายทอดลงสู่ อาหารและทำให้เกิดอาการเป็นพิษต่อผู้รับประทานได้ผู้สัมผัสอาหารจะต้องระมัดระวังตัว ไม่ให้เกิดโรคดังกล่าวหรือหากเกิดขึ้นแล้วต้องพักรักษาให้หายก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงานต่อไป การตรวจร่างกายทั่วไป จึงควรจะได้ทำเป็นประจำหรือกำหนดปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบหาโรคที่ติดต่อดังกล่าว แล้วอย่างไรก็ตามตัวผู้สัมผัสอาหารเอง ควรจะได้สังเกตตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากมีอะไรผิดปกติแล้วควรรักษาทันที

3.2 การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี

3.2.1 รักษาความสะอาดของร่างกายให้ถูกวิธีและให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

- 1) ร่างกายต้องอาบน้ำทำความสะอาดทุกส่วนของร่างกาย
- 2) ผมต้องสระอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- 3) ปากและฟันต้องทำความสะอาด โดยการแปรงฟันให้ถูกวิธี ในตอนเช้าและก่อนนอนทุกวันหลังจากรับประทานอาหารเสร็จควรบ้วนปากด้วยน้ำยาทุกครั้ง เมื่อมีฟันผุหรือเหงือกบวมหรือเกิดโรคในช่องปากต้องรีบรักษาหาย
- 4) มือควรระวังรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ โดยการตัดเล็บให้สั้นและ ล้างมือด้วยน้ำสบู่โดยล้างให้เลยมาถึงข้อมือ โดยเฉพาะหลังจากจับต้องสิ่งสกปรก ออกจากห้องส้วมหรือก่อนปรุงอาหาร

3.2.2 รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน ไม่น้อยหรือมากเกินไป

3.2.3 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพราะน้ำจะช่วยในระบบขับถ่าย ของเสีย ทำให้ร่างกายสดชื่น

3.2.4 งดสูบบุหรี่ให้เป็นเวลาทุกวันและงดสูบบุหรี่หรือปัสสาวะในส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

3.2.5 ออกกำลังกายให้เพียงพอและสม่ำเสมอไม่หักโหมจนเกินไป

3.2.6 พักผ่อนให้เพียงพอโดยการนอนหลับอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง

3.2.7 ทำจิตใจให้ร่าเริงเบิกบานอยู่ตลอดเวลา เพราะว่าถ้าสุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็จะดี ของอาหารส่วนมากขึ้นอยู่กับกรกระทำของผู้สัมผัสอาหาร โดยเฉพาะผู้ปรุง-ประกอบ ไม่ว่าจะเป็นโรงงานอุตสาหกรรมอาหารใหญ่ ๆ จนถึงร้านอาหารเล็ก ๆ รวมทั้งผู้เสิร์ฟผู้ขายอาหารอาหารบางชนิดได้มีการเตรียมการอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน จนถึงการปรุงสำเร็จแล้วผู้เสิร์ฟและผู้ล้างอาหาร อาจจะทำให้เกิดการปนเปื้อนภายหลังได้ ดังนั้นการระมัดระวังทุกขั้นตอนของการผลิต การปรุง การล้าง รวมทั้งการเสิร์ฟ (สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ, 2556)

แนวคิด PRECEDE Model

PRECEDE Model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงสร้างงานสุขศึกษาต่าง ๆ เนื่องจากในระยะนี้งานด้านสุขศึกษาได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก แต่ยังคงขาดความชัดเจนในเรื่องขอบเขตของงาน วิธีการขั้นตอนในการดำเนินการวางแผน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพต่อมา กรีน และผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย จอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผล

โครงการศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์ โดยเริ่มจากเป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1980 กรีน ได้ร่วมกับ มาร์แชลล์ ครูเตอร์ (Marshall Krueter) พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขภาพแล้วยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED-PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้น

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วยส่วนประกอบสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Enabling and Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่สอง เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่ การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy, Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environmental Development) (Green and Kreuter, 2005) โดยแบ่งเป็นรายละเอียดขั้นตอนที่เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งตามทฤษฎี คือคุณภาพชีวิต หรือ การมีสุขภาพที่ดี มีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการ ส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่การประเมินทางสังคม วิเคราะห์ทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการบริหาร นโยบายและการปรับกำหนดแนวทาง การปฏิบัติงานตามแผน และการประเมินผล ซึ่งจะกล่าวโดยสรุป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1: Social assessment)

เป็นการพิจารณาและประเมิน “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการประเมิน โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือ ตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น โดยสิ่งที่ประเมินได้จะต้องเป็นตัวชี้วัด และเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological assessment)

เป็นการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือ ได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่มี ข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าพันธุกรรมมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างไรบ้างก็ตาม ข้อมูลทางระบาดวิทยา จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถ จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางสุขภาพและองค์ประกอบ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถควบคุมใช้ตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่น อิทธิพลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นว่าแผนงานโครงการนี้ เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้อง

พิจารณาสิ่งผลักดันต่าง ๆ ในสังคมที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชนหรือองค์กรที่เล็กลงมาก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษา และสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and ecological assessment) ในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากระบบการศึกษารายบุคคล (Education experience) ซึ่งมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อาทิเช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Social economic status) อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากร หรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อาทิเช่น ราคาของบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือ การหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากร รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมและกฎหมายก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ เช่นกัน

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของค่าชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับ การกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางการบริหาร นโยบาย และการปรับกำหนด

แนวทาง (Phase 4: Administrative policy assessment and intervention alignment)

ขั้นนี้เป็นการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร รวมทั้งด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจพบว่ามีความมีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงาน เช่น การจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชนสถานที่ประกอบการ โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ หรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแผน (Phase 5: Implementation) เป็นการดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยระบุผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 การประเมินผล (Phase 6, 7, 8: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลจะประกอบด้วยประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน การประเมินผลกระทบของโครงการ และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะ

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รวบรวมบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้ (ประยุทธ์ แสงสุรินทร์, 2554)

1. ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
 - 1.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ฤกษ์ยามอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ
 - 1.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในการ

- 1.4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
 - 1.4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านชุมชน
 - 1.4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.5 เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการ ขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดา นำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและการเผื่อระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น
 - 1.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่น ๆ
 - 1.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ
 - 1.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน
2. ตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม.
 - 2.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
 - 2.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
 - 2.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
 - 2.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชนและสิ่งแวดล้อมของชุมชน
 - 2.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 2.6 สามารถสร้างจิตสำนึก เรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
 - 2.7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนำอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

3. ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

3.1 ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชน

3.2 เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบลร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุ่นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

3.3 เป็นทูตไอโอดีน ในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

บริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองราย

1. ที่ตั้งอาณาเขต

เทศบาลตำบลเมืองราย ตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอพญาเมืองรายประมาณ 350 เมตร ห่างจากตัวจังหวัด 47 กิโลเมตร หมู่บ้านที่อยู่ห่างจากที่ทำการอำเภอพญาเมืองราย ไกลที่สุด 12 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 90.41 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 56,509 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลใกล้เคียงดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลติดต่อแม่ต๋ำ อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย โดยมีแนวเขตเริ่มต้นจากเขตติดต่อตำบลแม่เปาและตำบลแม่ต๋ำ ตามหลักไม้แก่นสันดอยนางปู้ก บริเวณพิกัด PC 223040 ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตามแนวสันดอยนางปู้ก ระยะทางประมาณ 6 กิโลเมตร ถึงหลักไม้แก่นสันดอยเวียงสัก บริเวณพิกัด PC 260035 ไปทางทิศตะวันออกตามแนวสันดอยเวียงสัก ระยะทางประมาณ 2.6 กิโลเมตร กึ่งกลางลำเหมืองแบ่งเขตบ้านป่าม่วง ตำบลแม่ต๋ำ และบ้านป่าซาง ตำบลเมืองราย บริเวณพิกัด PC 285023 ตามกึ่งกลางลำเหมืองเป็นแนวแบ่งเขตไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ระยะทาง 41 กิโลเมตร สิ้นสุดที่เขตอำเภอขุนตาลจังหวัดเชียงราย บริเวณจุดกึ่งกลางแม่น้ำอิง บริเวณพิกัดกัก PC 315002 รวมระยะทางด้านทิศเหนือประมาณ 12.7 กิโลเมตร

ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลไม้ยา อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย โดยมีแนวเขตเริ่มต้นจากบริเวณน้ำร่องควัว บริเวณพิกัด PB 226884 ไปทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือตามลำน้ำห้วยเคียน ถึงจุดกึ่งกลางสันดอยกิวไร่ บริเวณพิกัด PB 189889 ระยะทางประมาณ 6 กิโลเมตร ไปตามเชิงดอยกิวไร่ ถึงจุดบริเวณสันดอยขุนร่องห้า บริเวณพิกัด PB 79918 ระยะทางประมาณ 2.5 กิโลเมตร รวมระยะทางด้านทิศใต้ประมาณ 8.5 กิโลเมตร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลป่าตาลและตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยมีแนวเขตเริ่มต้นจากจุดกึ่งกลางแม่น้ำอิง บริเวณพิกัด PC 315002 ไป ทางทิศใต้ ตามแนวกึ่งกลางแม่น้ำอิง ซึ่งเป็นแนวแบ่งเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย กับอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ถึงจุดกึ่งกลางแม่น้ำอิง บริเวณน้ำร่องดัวะบรรจบแม่น้ำอิง บริเวณพิกัด PB 232903 ระยะทางประมาณ 26 กิโลเมตร และไปตามลำน้ำร่องดัวะ สิ้นสุดที่ลำน้ำร่องดัวะ บริเวณพิกัด PB 226884 ระยะทางประมาณ 6 กิโลเมตร รวมระยะทางด้านทิศตะวันออกประมาณ 32 กิโลเมตร

ทิศตะวันตก ติดต่อกับตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยมีแนวเขตเริ่มต้นจากบริเวณสันดอยขุนร่องห้า บริเวณพิกัด PB179918 ไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ตามสันดอยขุนร่องห้าและสันดอยกิวหลงไปบรรจบถนนทางหลวงหมายเลข 1152 บริเวณพิกัด PB 202942 ระยะทางประมาณ 5 กิโลเมตร ไปทางทิศเหนือ ผ่านหมู่บ้านทุ่งนาดอยม่อนจี้ และดอยม่อนเหลี่ยมถึงจุดกึ่งกลางสันดอยม่อนเหลี่ยม บริเวณพิกัด PB 202993 ระยะทางประมาณ 6 กิโลเมตร ไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ตามสันดอยม่อนเหลี่ยมและสันดอยนางปู้กสิ้นสุดที่หลักไม้แก่นสันดอยนางปู้ก บริเวณพิกัด PC 223040 ระยะทางประมาณ 7 กิโลเมตร รวมระยะทางด้านทิศตะวันตกประมาณ 18 กิโลเมตร

2. ประวัติความเป็นมาของตำบลเม็งราย

เดิมตำบลเม็งราย ขึ้นอยู่กับตำบลต้า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย เมื่อปี 2487 ตำบลแม่เปาได้แยกจากตำบลต้า ซึ่งตำบลเม็งรายขึ้นต่อตำบลแม่เปา ต่อมาได้แยกจากอำเภอเทิง ยกฐานะจากอำเภอเทิงเป็นกิ่งอำเภอพญาเม็งราย จนถึงปี พ.ศ. 2531 ได้ยกกิ่งอำเภอพญาเม็งรายเป็นอำเภอ โดยแยกจากตำบลแม่เปาออกไปเป็นตำบลเม็งรายในปัจจุบัน

3. ขนบธรรมเนียม พิธีกรรม อิทธิพลความคิด (ค่านิยม)

ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามประเพณี เช่น ประเพณีการลงแขก ในส่วนของตำบล ยิ่งเป็นสังคมชนบท มีการลงแขกช่วยเหลือกันในด้านการผลิตการเกษตร เช่น ปลูกข้าว ข้าวโพด การเก็บเกี่ยวข้าว และการทำบุญตามประเพณีงานบุญต่าง ๆ ร้อยละ 95 ในชุมชน มีการรวมตัวช่วยกันในประเพณีตามความเชื่อต่าง ๆ สืบต่อกันจากรุ่นบุรุษ เช่น ทำบุญปีใหม่ ทำขวัญ งานสงกรานต์ เป็นต้น

4. ภูมิประเทศ

มีพื้นที่ทั้งหมด 56,509 ไร่ ประกอบด้วย

4.1 พื้นที่เป็นภูเขา 19,000 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 33 ของพื้นที่ทั้งหมด

- 4.2 พื้นที่ดอน 5,732 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 10 ของพื้นที่ทั้งหมด
- 4.3 พื้นที่ราบ 16,204 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 29 ของพื้นที่ทั้งหมด
- 4.4 พื้นที่ลุ่ม 15,573 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 28 ของพื้นที่ทั้งหมด
- 4.5 พื้นที่ป่า เป็นป่าเบญจพรรณ มีพื้นที่ 19,000 ไร่

5. ข้อมูลจำนวนครัวเรือนและประชากร ประชากรรวม 6,409 คน แยกเป็น ชาย 3,145 คน หญิง 3,264 คน ครัวเรือน 2,156 ครัวเรือน (งานทะเบียนอำเภอพญาเม็งราย, 2564)

ตาราง 1 แสดงจำนวนครัวเรือน จำนวนประชากรในพื้นที่เทศบาลตำบลเม็งราย
แยกรายหมู่บ้าน

ที่	หมู่ที่/บ้าน	ครัวเรือน	ชาย	หญิง	ประชากร รวม
1	หมู่ที่ 1 บ้านสันสะลีก	125	87	73	160
2	หมู่ที่ 3 บ้านสันป่าสัก	256	353	370	723
3	หมู่ที่ 4 บ้านเหล่า	186	287	296	583
4	หมู่ที่ 5 บ้านป่าซาง	215	324	334	658
5	หมู่ที่ 6 บ้านหนองเสา	148	208	209	417
6	หมู่ที่ 7 บ้านหนองบัวคำ	316	508	533	1,041
7	หมู่ที่ 8 บ้านเวียงหวาย	256	390	411	801
8	หมู่ที่ 9 บ้านศรีสะอาด	206	321	331	652
9	หมู่ที่ 10 บ้านเม็งราย	33	16	25	41
10	หมู่ที่ 11 บ้านสันติธรรม	26	8	6	14
11	หมู่ที่ 12 บ้านเวียงสัก	82	139	139	278
12	หมู่ที่ 13 บ้านป่าซางพัฒนา	141	218	206	424
13	หมู่ที่ 14 บ้านสมบุญดี	162	286	331	617
รวม		2,152	3,145	3,264	6,409

6. สภาพทางสังคม

6.1 การศึกษา

- 1) สถานศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 6 แห่ง ได้แก่
 - 1.1) โรงเรียนบ้านหนองเสา หมู่ที่ 6
 - 1.2) โรงเรียนบ้านหนองบัวคำ หมู่ที่ 7
 - 1.3) โรงเรียนบ้านสันป่าสัก หมู่ที่ 3
 - 1.4) โรงเรียนบ้านเวียงหวาย หมู่ที่ 8
 - 1.5) โรงเรียนบ้านป่าซาง หมู่ที่ 5
 - 1.6) โรงเรียนบ้านศรีสะอาด หมู่ที่ 9
- 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ได้แก่
 - 2.1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองเสา
 - 2.2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเมืองราช

7. สถาบันและองค์กรศาสนา ร้อยละ 99 ของประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ
 อีกร้อยละ 1 เป็นการนับถือศาสนาอื่น ๆ

วัด / สำนักสงฆ์ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่

- | | | |
|------|---------------------|------------|
| 7.1 | วัดพญาเมืองราช | หมู่ที่ 3 |
| 7.2 | วัดพระธาตุปู่ตุง | หมู่ที่ 3 |
| 7.3 | วัดประทุมสุวรรณาราม | หมู่ที่ 4 |
| 7.4 | วัดสามัคคีธรรม | หมู่ที่ 4 |
| 7.5 | วัดเซตุน | หมู่ที่ 5 |
| 7.6 | วัดสว่างศรีวิไล | หมู่ที่ 6 |
| 7.7 | วัดสันติอุดมธรรม | หมู่ที่ 6 |
| 7.8 | วัดอุบลคงคาราม | หมู่ที่ 7 |
| 7.9 | วัดดงเวียงหวาย | หมู่ที่ 8 |
| 7.10 | วัดศรีสะอาด | หมู่ที่ 9 |
| 7.11 | วัดดอยม่อนป่ายาง | หมู่ที่ 11 |
| 7.12 | วัดเวียงสักวราราม | หมู่ที่ 12 |

8. การสาธารณสุข

- 8.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเมืองราช
- 8.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านศรีสะอาด

9. พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ

9.1 ข้าวนาปี	เนื้อที่ปลูก	12,470 ไร่
9.2 พืชไร่ (ข้าวโพด ถั่วพุ่ม ถั่วดำ)	เนื้อที่ปลูก	4,437 ไร่
9.3 ไม้ยืนต้น (ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วง มะขามฯ)	เนื้อที่ปลูก	2,223 ไร่ (เทศบาลตำบล เม็่งราย, 2562)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละปัจจัยมี ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

ศุภางค์ อินทร์ยอด (2559) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการของผู้สัมผัสอาหารของร้านอาหารในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการของผู้สัมผัสอาหารของร้านอาหารในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการของผู้สัมผัสอาหารของร้านอาหารในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสอาหารของร้านอาหารในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 160 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแคว้ จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการ ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอายุ การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการ

จิราภรณ์ หลาบคำ (2560) ศึกษาการสุขภาพโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพโภชนาการทางด้านกายภาพของโรงอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษาการปนเปื้อนทางด้านชีวภาพในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์สัมผัสอาหารและมือผู้สัมผัสอาหารในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 3) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนตามหลักสุขภาพโภชนาการของผู้สัมผัสอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 25 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก พบว่า ผู้สัมผัสอาหารมีการปฏิบัติเกี่ยวกับด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.0 ทั้งนี้จะเห็นว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าและระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากถึงร้อยละ 64.0 ซึ่งจะเห็นว่าผู้สัมผัสอาหารมีความรู้ในระดับดี ถึงร้อยละ 100.0 ทำให้การปฏิบัติตนดีตามไปด้วย

นิรมล ศิริมนตรี (2561) ศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของ อสม. ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามและแบบสำรวจสภาพครัว ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 64 คน ดำเนินการบรรยายให้ความรู้ อสม. และนำไปปรับปรุง สุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน อสม. และติดตามผลการปรับปรุง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ด้วย paired t-test จากการศึกษาพบว่า การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียลดลงมากที่สุด ใน จาน ถ้วย ช้อน ส้อม และแก้วน้ำ ร้อยละ 25.0 อสม. มีระดับความรู้ก่อนดำเนินการ ที่ระดับความรู้น้อย ร้อยละ 45.3 และหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.8 ด้านการปฏิบัติ ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4 หลังดำเนินการมีการปฏิบัติถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 82.8 ก่อนและหลังดำเนินการ มีการจัดสภาพครัวถูกต้อง คะแนนความรู้การปฏิบัติของอสม. และการจัดสภาพครัวถูกต้อง หลังดำเนินการเพิ่มขึ้น

ไมลา อิศระสงคราม (2561) ศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการสุขาภิบาล อาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหาร ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็ก ก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย หาค่าร้อยละ

หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) จากการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติต่อเรื่องการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหาร

วายุรี ลำโป (2561) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่ออธิบายความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ 2) เพื่ออธิบายพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ จำนวน 200 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์

สุดาวดี ยะสะกะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารทั้งภายในและรอบ ๆ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร ทั้งภายในและรอบ ๆ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบการ จำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านทัศนคติ และจำนวนครั้งที่เคยได้รับการอบรม ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้าน สามารถใช้ร่วมกันพยากรณ์ผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการยกระดับทัศนคติที่ถูกต้องแก่ผู้สัมผัส โดยควรจัดให้มีการฝึกอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นันธิดา แดงขาว (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหาร ในโรงแรม เขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขต

กรุงเทพมหานคร 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาฝึกงานหลักสูตรการจัดการครัวและศิลปะการประกอบอาหาร 217 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการให้รหัสข้อมูล นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา โดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จากการศึกษาค้นคว้า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร

สุกัญญา อินทชัย (2563) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารใน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) เพื่อประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารใน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2.1) เพื่อประเมินพฤติกรรมในการจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร 2.2) เพื่อประเมินการผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารของร้านค้าตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหาร วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารที่สมัครใจ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน โดยการทดสอบค่า Pair t-test

สุกฤษฎี ใจจำนงค์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และผลิตภัณฑ์กำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรคในชุมชนตลาดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง 2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์กำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรค 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์กำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรค วิจัยกึ่งทดลองแบบชนิดเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ประชาชนอายุ 20 ขึ้นไปที่มีอาชีพค้าขายสินค้า สะดวกซื้อ ประเภทข้าวสาร อาหารสด อาหารแห้ง ผัก ผลไม้ เป็นต้น 2) ประกอบอาชีพ ณ ตลาดประตูน้ำพระอินทร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test และวิเคราะห์

ความหนาแน่นของจำนวนหนูและแมลงวัน ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยควอดแดรท (Quadrant) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกัน

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Ncube (2017) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารของสถาบันจัดการอาหารในกานา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารของผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารในสถาบันในประเทกานา 22 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหารสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญในผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการฝึกอบรมความปลอดภัยด้านอาหารขั้นพื้นฐาน เทียบกับคนที่ยังไม่ได้อบรม ($p < 0.05$) อีกทั้งพบความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญระหว่าง ความรู้และทัศนคติ ผลลัพธ์ของการศึกษานี้คือ แนะนำว่าจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานและขั้นสูงที่จำเป็นให้แก่พนักงานที่ยังไม่ได้อบรม เพื่อปรับปรุงความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารให้ดีขึ้น

Pagotto (2018) ศึกษาความรู้ เจตคติ และแนวปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหารในการให้บริการด้านอาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ ทัศนคติและวิธีการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหารและผู้จัดการอาหารที่ทำงานด้านบริการอาหาร การศึกษานี้ดำเนินการกับผู้สัมผัสอาหารตั้งแต่ 15 ทีม:ทั้งหมด 75 คน โดยใช้แบบสอบถามในการสำรวจ ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสังคมวิทยา ตลอดจนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้คำถามเพื่อนำมาประเมินผล (KAP) แบบสอบถามประกอบด้วย 30 คำถาม เกี่ยวกับการจัดการอาหารที่ดี และวิธีการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหารที่ดี คะแนนที่คาดหวังควรเท่ากับหรือมากกว่า 70% ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้ SPSS ผลการวิเคราะห์พบว่า 64% ของผู้ดำเนินการจัดการอาหารหรือผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ดำเนินการกิจกรรมร้านอาหารเชิงพาณิชย์ โดย 64% ของร้านอาหารทั้งหมด ผู้สัมผัสอาหารคือผู้หญิง (84%) และ 52% จบการศึกษาระดับมัธยม ผลการประเมินจากการใช้คำถาม KAP พบว่า คะแนนกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ $54.9 \pm 4.18\%$ การวิเคราะห์ครั้งนี้ยังพบว่า ความเข้าใจผิดและความรู้เกี่ยวกับการสัมผัสอาหารหรือเตรียมอาหารที่ผิด นำไปสู่การใส่ใจขั้นตอนการเตรียมที่ถูกหลักอนามัยที่น้อยและผิด ดังนั้นผู้ประกอบการควรมีการจัดอบรมและให้ความรู้แก่พนักงานที่ทำงานในส่วนเตรียมและสัมผัสอาหารโดยตรง เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและพัฒนาศักยภาพของพนักงานเหล่านี้

Adane (2018) ศึกษามาตรการสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในร้านขายอาหารริมทางและร้านอาหารในเมืองเดสซี ประเทศเอธิโอเปีย มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดระดับของมาตรการด้านสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหาร ในหมู่ผู้ขายอาหารริมทางและผู้ดำเนินการด้านอาหารในสถานประกอบการด้านอาหารของเมืองเดสซี ประเทศเอธิโอเปีย วิจัยภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงจากการศึกษาพบว่า การอบรมบริการ ตรวจสอบสุขภาพ สวมเสื้อคลุมระหว่างการจัดการอาหาร และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหารในระดับที่ดีโดยผู้จัดการอาหาร

EL-Nemr (2019) ศึกษาการประเมินความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหาร การปฏิบัติที่รายงานด้วยตนเอง และระดับสุขอนามัยมือทางจุลชีววิทยาของผู้ชนถ่ายสินค้าในกาตาร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหารและการปฏิบัติด้านสุขอนามัย โดยการศึกษานี้มีเจ้าหน้าที่ดูแลผลผลิตจำนวน 120 คน เข้าร่วมในการกรอกแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหารและการปฏิบัติด้านสุขอนามัย นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบมือของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์เชื้อจุลินทรีย์บนมือ ผลการสำรวจพบว่าไม่มีเชื้อจุลินทรีย์บนมือ ซึ่งบ่งบอกว่า ผู้ชนถ่ายผลิตผล มีความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหารหรือได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการจัดการผลิตผลอย่างปลอดภัย โดยกลุ่มอายุของผู้กรอกแบบสอบถามอยู่ที่ประมาณอายุ 31 ถึง 40 ปี และมากกว่า 57% มีการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องความปลอดภัยของอาหารแนวทางปฏิบัติที่แสดงโดยผู้จัดการผลิตผลไม่ได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างตามข้อมูลประชากร (เช่น อายุ ปี ประสบการณ์) ยกเว้นระดับการศึกษา (77% ของผู้ดำเนินการผลิตอ้างว่าล้างมือสี่ครั้งต่อวัน) อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่ได้อ้างอิงไม่ได้สะท้อนให้เห็นในการประเมินจุลินทรีย์ของมือผู้ดำเนินการผลิตผล ซึ่งผลการตรวจเชื้อจุลินทรีย์บนมือ มียอรวม aerobic และ coliform counts $2 \log \text{CFU/cm}^2$ $2 \log \text{CFU/cm}^2$, *Bacillus circulans* (40%), *Staphylococcus sciuri* (25%), และ *Klebsiella pneumoniae* (17%) ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ส่วนใหญ่ที่พบบนมือของผู้สัมผัสอาหาร การศึกษานี้สามารถช่วยหน่วยงานสาธารณสุขด้านสุขภาพในกาตาร์ได้ โดยนำมากำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการฝึกอบรมภาคบังคับให้กับผู้ดำเนินการผลิต เพื่อปรับปรุงและพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยในการผลิตการจัดการด้านอาหาร

Fujisaki (2019) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนในกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น การศึกษาเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยด้านอาหารในโรงเรียนของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน 32 คน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน 1) บุคคล 2) องค์กร 3) สิ่งแวดล้อม 4) การจัดการ และ 5) รูปแบบการบริหาร มีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยด้านอาหารของผู้สัมผัสอาหารของโรงเรียน

Boutros and Roberts (2020) ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยด้านอาหารในร้านอาหารจีนและเม็กซิกันในแคนซัส มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการทำนายพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของอาหารที่รายงานโดยตนเองหรือไม่ ผ่านการตรวจสอบความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารจีนและเม็กซิกัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ผู้สัมผัสอาหาร 250 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ จากการศึกษาพบว่า การควบคุมตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในรูปแบบของอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของอาหารในเชิงบวกผ่านความตั้งใจเชิงพฤติกรรม

Khebenyane (2020) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของสัมผัสอาหารในบ้านพักรับรองพระตุงค์ตอนกลางของแอฟริกาใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้จัดการอาหาร วิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสอาหารในบ้านพักพระตุงค์ 100 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และโคสแควร์จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมมีความแตกต่างระหว่างผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารที่ไม่ผ่านการอบรมด้านความรู้ด้านความปลอดภัย

Hemati (2020) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในหมู่นักขายอาหารในร้านอาหารของชาห์เรคอร์ด ประเทศอิหร่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติ ความรู้ และการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารเกี่ยวกับสุขอนามัยอาหารในร้านอาหารของ Shahrekord ประเทศอิหร่าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ คนงานด้านอาหาร 141 คน จากการศึกษาพบว่า แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการปรับปรุงความปลอดภัยของอาหาร

ในหมู้คนงานด้านอาหาร ได้แก่ การล้างมือ การแยกอาหารดิบและอาหารปรุงสุก และการใช้หมวก หน้ากาก และผ้ากันเปื้อน

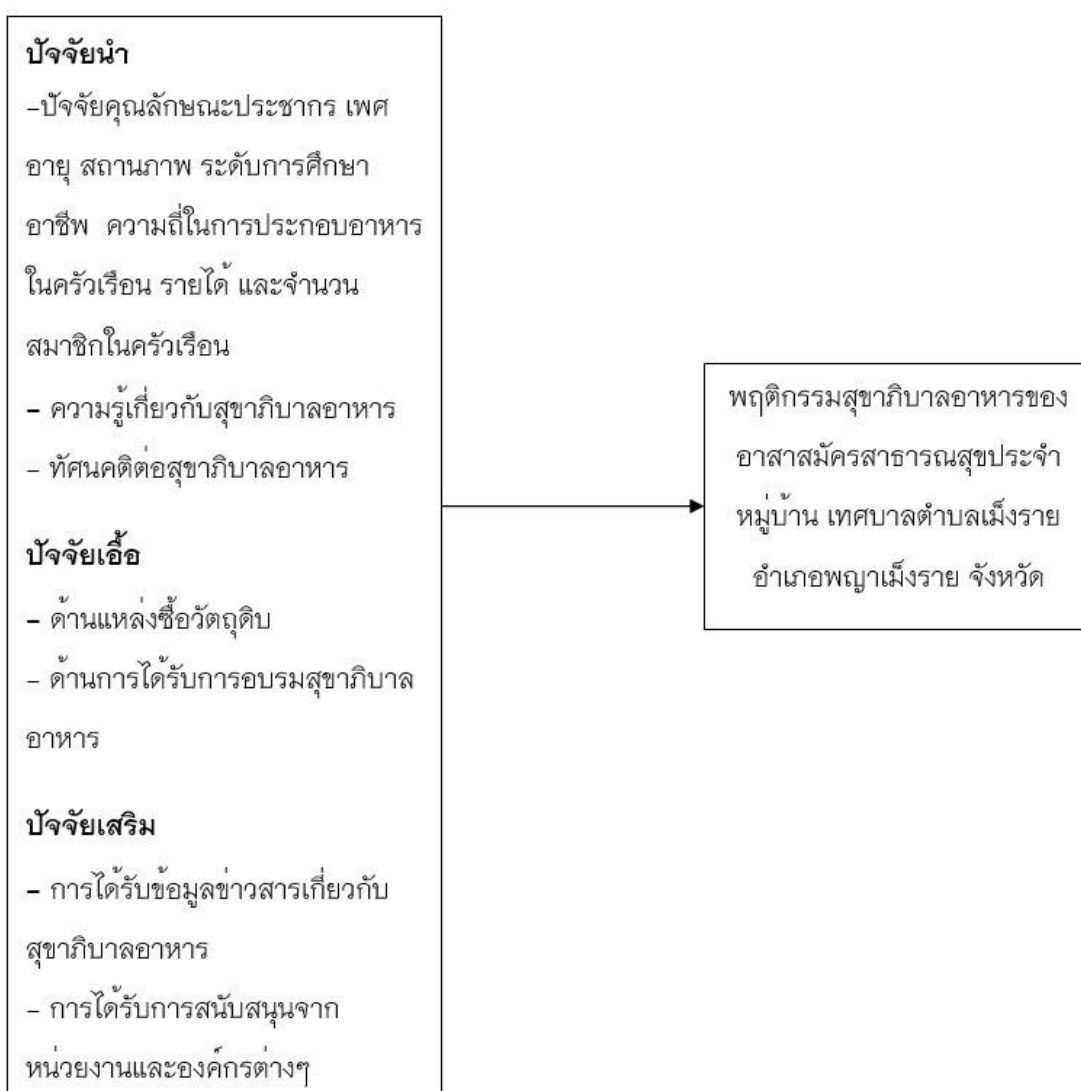
Teffo and Tabit (2020) ศึกษาการประเมินความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยของอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติด้านความปลอดภัยของอาหาร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สัมผัสอาหาร 9 โรงพยาบาล จำนวน 210 คน จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติด้านความปลอดภัยของอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหาร

Mohammadi-Nasrabadi (2021) ศึกษาผลกระทบของการฝึกอบรมด้านสุขภาพและความปลอดภัยของอาหารต่อผู้จัดการอาหารในร้านอาหารในช่วงการระบาดของ COVID-19 วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัยด้านอาหาร ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) วิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลร้านอาหาร 159 ราย ในกรุงเทพมหานคร ประเทศอิหร่าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Fisher's exact test, paired t test, and ANOVA จากการศึกษาพบว่า การฝึกอบรม อายุและการศึกษามีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มของคะแนนความรู้และทัศนคติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ในการกำหนดกรอบในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเมืองราย ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 14 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 231 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)
2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของแดเนียล (Daniel, 1999) ในกรณีที่ทราบประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังสูตร

$$n = \frac{NZ^2P(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

Z = ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 (1.96)

$$n = \frac{(231)(1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}{(0.05)^2[(231-1)]+(1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}$$

$$n = \frac{221.8524}{1.5354}$$

$$n = 144.4916 \approx 145 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (กัญชรีย์ พัฒนา, 2561) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จำนวน 24 คน ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 169 คน

2.1 วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 169 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Proportional-stratified random sampling) โดยใช้หมู่บ้านเป็นตัวแบ่งชั้น จำนวน 12 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านสันสลี หมู่ 3 บ้านสันป่าสัก หมู่ 4 บ้านเหล่า หมู่ 5 บ้านป่าซาง หมู่ 6 บ้านหนองเสา หมู่ 7 บ้านหนองบัวคำ หมู่ 8 บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 บ้านศรีสะอาด หมู่ 10 บ้านเม็กราย หมู่ 12 บ้านเวียงสัก หมู่ 13 บ้านป่าซางพัฒนา และหมู่ 14 บ้านสมบูรณดี

1) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) อสม. ในพื้นที่ตำบลเม็กราย 169 คน ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน อสม. ทั้งหมด (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
หมู่ 1 บ้านสันสลี	21	19
หมู่ 3 บ้านสันป่าสัก	16	14
หมู่ 4 บ้านเหล่า	13	12
หมู่ 5 บ้านป่าซาง	15	14
หมู่ 6 บ้านหนองเสา	11	10
หมู่ 7 บ้านหนองบัวคำ	20	18
หมู่ 8 บ้านเวียงหวาย	18	16
หมู่ 9 บ้านศรีสะอาด	16	14
หมู่ 10 บ้านเม็กราย	26	23
หมู่ 12 บ้านเวียงสัก	7	6

ตาราง 2 (ต่อ)

หมู่บ้าน	จำนวน อสม. ทั้งหมด (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ 13 บ้านป่าซางพัฒนา	11	10
หมู่ 14 บ้านสมบุญรัตน์ดี	14	13
รวม	188	169

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยการนำชื่อ อสม. ในหมู่บ้านนั้นที่ถูกสุ่มครั้งแรก มาทำเป็นฉลากกระดาษ 1 ชื่อ ต่อ 1 แผ่น แล้วทำการจับฉลาก ชื่อ อสม. ตามสัดส่วนที่คำนวณ จนครบจำนวน 169 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

2.2. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองรายมากกว่า 1 ปี

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ข้อมูลต้องเป็นบุคคลสามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้หรือสามารถให้ข้อมูลได้

3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความยินดีในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล

2) มีความผิดปกติทางการฟัง พูด อ่าน เขียน

2.3 เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจออกจากกรวิจัยด้วยตนเอง

2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามแบบสอบถามที่กำหนด

3) กลุ่มตัวอย่างได้รับฟังคำชี้แจงแล้วไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย

2.4 เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการเข้าร่วมการวิจัย คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ว่าจะร่างกายหรือจิตใจจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้รวมถึงมีประชากรขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยมากกว่าร้อยละ 20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงและพัฒนา โดยอ้างอิงจาก กรมอนามัย (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2564) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติม และได้พัฒนา มาเป็นแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ให้สอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้ และจำนวนสมาชิก ในครัวเรือน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) หรือเติมคำในช่องว่าง (Open-ended) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิดเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวโดยมีให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ร้อยละ 0-59

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามเป็นคำถาม เชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน 5 คะแนน

การแปลผลใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ในการแบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งพิจารณาแบ่งระดับ ดังนี้

$$\text{ค่าความต่างระดับ} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ดังนั้น จึงสามารถจัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารได้ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์
ทัศนคติระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33
ทัศนคติระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67
ทัศนคติระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ด้านแหล่งซื้อวัตถุดิบ จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบสะดวกและไม่สะดวกและด้านการได้รับการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบได้รับและไม่ได้รับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ

ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	ร้อยละ 0-59
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับสูง	หมายถึง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ จำนวน 10 ข้อ โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีมาตราวัด 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริงเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
จริงที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
จริง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่จริง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่จริงเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ในด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งพิจารณาแบ่งระดับดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงสามารถจัดระดับในด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ได้ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67
ปัจจัยเสริมระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีมาตราวัด 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1977) ในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งพิจารณาแบ่งระดับดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงสามารถจัดระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67
ปัจจัยเสริมระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

2.1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือ คือ แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะประชากร แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอาหาร แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขภาพอาหาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านแหล่งข้อมูลที่ดีและด้านการได้รับการอบรมสุขภาพอาหาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ เพื่อตรวจสอบแก้ไข เนื้อหาภาษาที่ใช้ความถูกต้องและความสมบูรณ์

2.1.2 นำเครื่องมือทั้งหมดไปปรึกษาและตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพอาหาร โดยมีเกณฑ์พิจารณา ให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

- ให้+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้อง

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(IOC) จากสูตรของ Rovinelli, R.J., and Hambleton, R. K. (1997) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum RN}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยค่า IOC ที่ยอมรับว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา กำหนดมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถ้าต่ำกว่า 0.50 ตัดออก คำนวณค่า IOC ได้ 0.67-1 แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย พิจารณาอีกครั้งแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะประชากร แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านแหล่งซื้อวัตถุดิบและด้านการได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ไปทดลองใช้กับตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งการวิเคราะห์ห่อออกเป็น 2 ประเภท

1) แบบทดสอบที่ให้คะแนน 0, 1 ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder and Richardson, 1937) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ $r = 0.79$ ปัจจัยนำ (ความรู้) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ $r = 0.79$ (ปัจจัยเชื้อ)

2) แบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และมีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละตัวแปร ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
1. ปัจจัยนำ (ทัศนคติ)	0.72
2. ปัจจัยเสริม	0.73
3. พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร	0.79

การพิจารณาด้านการวิจัยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขโครงการ UP-HEC 1.2/050/64 ได้รับอนุมัติวันที่ 29 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2564 โดยผู้เข้าร่วมในการศึกษา จะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียด

และขั้นตอนการเข้าร่วม ผู้เข้าร่วมศึกษามีสิทธิ์ออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ตามที่เห็นสมควรว่ากระทบสิทธิ์หรือคุกคามต่อสิทธิส่วนบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่เกี่ยวข้องและจัดทำโครงร่างวิจัย
- 1.2 ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยพะเยา
- 1.3 เตรียมเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
- 1.4 ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยพะเยา พร้อมทั้งนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอ พญาเม็งราย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยแจ้งชื่อโครงการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
- 1.5 ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแนบไว้ด้านหน้าของแบบสอบถามการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับการพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่างและเอกสารลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล

- 2.1 ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบนิรนามข้อมูลทุกอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิ์อื่น ๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว
- 2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ทำแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระโดยลำพัง
- 2.3 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยและคืนแบบสอบถามให้ผู้วิจัยจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยวิธีการใด เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

2. ใช้สถิติ

2.1 สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2.1.1 อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.1.2 อธิบายคะแนนของความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ทักษะติดต่อสุขาภิบาลอาหาร ตำแหน่งที่ซื้อวัตถุดิบและด้านการได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยพิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอ้างอิง (Inferential statistic)

2.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตัวแปรต้นที่มีมาตรวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ทักษะติดต่อสุขาภิบาลอาหาร ตำแหน่งที่ซื้อวัตถุดิบและด้านการได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ส่วนตัวแปรตามมีมาตรวัดแบบอัตราส่วน (Ratio scale) คือ พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation), การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะใช้สัญลักษณ์ r แทนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ใช้วัดขนาดของความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร มี 2 ลักษณะคือ $-1 \leq r \leq 1$ และ $0 \leq r \leq 1$ ซึ่งการบอกระดับของความสัมพันธ์จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงแต่หากมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยหรือไม่มีเลยและเครื่องหมาย $+$, $-$ หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะบอกถึง

ทิศทางของความสัมพันธ์สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยทั่วไปอาจใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Hinkle D.E., 1998)

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
0.90–1.00 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.70–0.90 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.50–0.70 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.30–0.50 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.00–0.30 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

2.2.2 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายในแต่ละปัจจัยระหว่างพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย กับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอาหาร ทัศนคติต่อสุขภาพอาหาร ด้านแหล่งซื้อวัตถุดิบและด้านการได้รับการอบรมสุขภาพอาหาร ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอย (Regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทางแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลเมืองราย จำนวน 169 คน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเมืองราย จำนวน 231 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) และสมการทำนายพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพ โดยใช้สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

\bar{X} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean)

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

SS แทน ผลบวกกำลังสองของข้อมูล (Sum of square)

MS แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองของข้อมูล (Mean square)

df แทน ระดับขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

Y แทน ค่าของตัวแปรตาม

X แทน ค่าของตัวแปรอิสระ

α แทน ค่าคงที่

- b แทน ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระ X
 £ แทน ค่าความคลาดเคลื่อน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอาหาร

1. ปัจจัยนำเข้า

1.1 คุณลักษณะประชากร

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	79	46.70
	หญิง	90	53.30
2. อายุ			
	ต่ำกว่า 20 ปี	0	0
	20-40 ปี	73	43.20
	41-60ปี	45	26.60
	60ปีขึ้นไป	51	30.20
3. สถานภาพ			
	โสด	11	6.50
	สมรส/คู่	136	80.50
	หย่า/แยก	22	13.02
4. ระดับการศึกษา			
	ไม่ศึกษา	0	0
	ประถมศึกษา	65	38.50
	มัธยมศึกษาตอนต้น	57	33.70
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45	26.60
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.20

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
เกษตรกรรม	128	75.70
รับจ้างทั่วไป	28	16.60
กิจการส่วนตัว / ค้าขาย	10	5.90
อื่นๆ	3	1.80
6. ความถี่ในการประกอบอาหาร		
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	31	18.30
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	24	14.20
ทุกวัน	114	67.50
7. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	119	70.40
5,000-9,999 บาท	34	20.10
10,000 บาทขึ้นไป	16	9.50
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
ต่ำกว่า 3 คน	32	18.90
3-5 คน	109	64.50
มากกว่า 5 คน	28	16.60

จากตารางที่ 3 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 169 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.30 อายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.20 สถานภาพสมรส/คู่ มากที่สุดร้อยละ 80.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 38.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุดร้อยละ 78.70 มีความถี่ในการประกอบอาหารทุกวันมากที่สุดร้อยละ 67.50 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 70.40 สมาชิกในครัวเรือน จำนวน 3-5 คน มากที่สุดร้อยละ 64.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามถูกและระดับของความรู้สุขาภิบาลอาหาร ดังนี้

ข้อความ	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับ
1. การควบคุมป้องกันให้อาหารสะอาดปลอดภัย จากเชื้อโรค พยาธิและสารเคมีต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค คือ ความหมายของการสุขาภิบาลอาหาร	154	91.10	สูง
2. ภาชนะใส่อาหารที่ผลิตจากเมลามีนไม่ควรใช้บรรจุของที่เย็นจัดหรือน้ำแข็งเป็นเวลานาน	117	69.20	ปานกลาง
3. ภาชนะที่ใส่อาหารและช้อนที่ตักอาหารต้องทำด้วยกระเบื้อง แก้ว หรือสแตนเลส และไม่ใช้วัสดุที่ตกแตงสี	153	90.50	สูง
4. ใช้เชียงและมีดแยกชุดกันระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผักสดผลไม้	137	81.10	สูง
5. หั่นผักที่ล้างสะอาดแล้วบนพื้นโต๊ะ โดยไม่ต้องใช้เชียง	24	14.20	ต่ำ
6. การล้างภาชนะที่ถูกสุขลักษณะ คือ ต้มล้างด้วยน้ำยาล้างจาน จากนั้นล้างด้วยน้ำสะอาดอีก 1 ครั้ง	109	64.50	ปานกลาง
7. การเลือกซื้อ ผักสดสำหรับนำมาประกอบอาหาร ควรซื้อมาครั้งละมาก ๆ เพราะจะได้ราคาถูก	13	7.70	ต่ำ
8. พื้นห้องครัวไม่ควรเป็นพื้นคอนกรีตปูกระเบื้อง เพราะจะทำให้ทำความสะอาดยาก	44	26.00	ต่ำ
9. ผู้สัมผัสอาหารควรรักษาความสะอาดของร่างกาย และตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	141	83.40	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับ
10. การล้างผักสด ไม่ควรใช้วิธีให้น้ำไหลผ่าน เพราะจะทำให้ผักซึบ และเปลืองน้ำ	44	26.00	ต่ำ
11. ผลไม้ที่ต้องปอกเปลือกไม่จำเป็น ต้องล้างก่อน เพราะเราปอกเปลือกที่ปนเปื้อนทิ้งไปแล้ว	18	10.70	ต่ำ
12. เชียงที่ใช้หั่นเนื้อสัตว์ดิบแล้ว ต้องแช่ก่อน เอามาหั่นอาหารสุก	82	48.50	ต่ำ
13. ประยกรวมมิตรบนโต๊ะสูง 60 เซนติเมตร	126	74.60	ปานกลาง
14. อหิวาตกโรค วัณโรค คางทูม เป็นโรคที่สามารถติดต่อจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภคได้	140	82.80	สูง
15. อาหารปรุงสำเร็จควรใช้ความร้อนอุ่นเป็นระยะ (2 ชั่วโมงต่อครั้ง) เพื่อทำลายเชื้อโรคในอาหาร	88	52.1	สูง

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาคำถามเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ข้อที่ 1 “การควบคุมป้องกันให้อาหารสะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรค พยาธิและสารเคมีต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค คือ ความหมายของการสุขาภิบาลอาหาร” (ตอบถูก จำนวน 154 คน ร้อยละ 91.10) รองลงมาคือ ข้อที่ 2 “ภาชนะใส่อาหารที่ผลิตจากเมลานีน ไม่ควรใช้บรรจุของที่เย็นจัดหรือน้ำแข็งเป็นเวลานาน” (ตอบถูกจำนวน 117 คน ร้อยละ 69.20) และข้อที่ 9 “ผู้สัมผัสอาหารควรรักษาความสะอาดของร่างกาย และตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง” (ตอบถูกจำนวน 141 คน ร้อยละ 83.40) ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ข้อที่ 7 “การเลือกซื้อ ผักสดสำหรับนำมาประกอบอาหาร ควรซื้อมาครั้งละมาก ๆ เพราะจะได้ ราคาถูก” (ตอบถูกจำนวน 13 คน ร้อยละ 7.70) รองลงมา ข้อที่ 11 “ผลไม้ที่ต้องปอกเปลือก ไม่จำเป็น ต้องล้างก่อนเพราะเราปอกเปลือกที่ปนเปื้อนทิ้งไปแล้ว” (ตอบถูกจำนวน 18 คน ร้อยละ 10.70) และข้อที่ 5 “หั่นผักที่ล้างสะอาดแล้วบนพื้นโต๊ะโดยไม่ต้องใช้เชียง” (ตอบถูกจำนวน 24 คน ร้อยละ 14.20)

1.3 ทักษะคิดต่อสุขภาพอาหาร

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทักษะคิดต่อสุขภาพอาหาร ดังนี้

ข้อความ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. การล้างมือก่อนการปรุง ประกอบอาหารทุกครั้ง เป็นเรื่องยุ่งยาก และไม่จำเป็น	4.05	1.46	สูง
2. การปิดกวางด ทำความสะอาดห้องครัว ควรจะกระทำ เมื่อมีเวลาว่างเท่านั้น	3.75	1.24	สูง
3. ความสะอาดของร่างกายของผู้ประกอบอาหาร เป็นสิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของอาหาร	4.23	1.05	สูง
4. ผู้ที่ผ่านและไม่ผ่านการอบรมเรื่องสุขภาพอาหาร มีการปฏิบัติในการประกอบอาหารที่ไม่แตกต่างกัน	3.08	1.22	ปานกลาง
5. ผู้ประกอบอาหารจะต้องล้างมือให้สะอาด หลังจากเข้าห้องน้ำและก่อนประกอบอาหาร	4.54	0.91	สูง
6. ในการประกอบอาหารคำนึงถึงรสชาติอาหาร เพียงเท่านั้น	3.66	1.09	ปานกลาง
7. รับประทานอาหารกับคนในครอบครัว ไม่จำเป็นต้อง ใช้ช้อนกลาง	4.08	1.00	สูง
8. หลังการประกอบอาหารต้องล้างภาชนะ อุปกรณ์ทันที	4.24	0.87	สูง
9. การวางช้อน ส้อม ตะเกียบ ไม่จำเป็นต้องวางเอา ตามขึ้นก็ได้	3.67	1.14	ปานกลาง
10. การเลือกซื้อเครื่องปรุงอาหาร ควรคำนึงถึงราคา มากกว่าประโยชน์	4.03	1.00	สูง
ภาพรวม	3.93	1.10	สูง

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.93$ S.D. = 1.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5 “ผู้ประกอบอาหารจะต้องล้างมือให้สะอาดหลังจากเข้าห้องน้ำและก่อนประกอบอาหาร” ($\bar{x} = 4.54$ S.D. = 0.91) รองลงมาคือ ข้อที่ 8 “หลังการประกอบอาหารต้องล้างภาชนะ อุปกรณ์ทันที” ($\bar{x} = 4.24$ S.D. = 0.87) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 4 “ผู้ที่ผ่านและไม่ผ่านการอบรมเรื่องสุขาภิบาลอาหาร มีการปฏิบัติในการประกอบอาหารที่ไม่แตกต่างกัน” ($\bar{x} = 3.08$ S.D. = 1.22)

1.2 ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร

ตาราง 6 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามถูกและระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อสุขาภิบาลอาหาร ดังนี้

ข้อความ	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับ
1. แหล่งซื้อวัตถุดิบมีความสะอาดหรือไม่	145	85.80	สูง
2. ผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารหรือไม่	129	76.30	ปานกลาง
3. มีวัสดุอุปกรณ์ที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหารหรือไม่	147	87.00	สูง
4. มีนโยบายการควบคุมดูแลด้านสุขาภิบาลอาหารในชุมชนหรือไม่	133	78.70	ปานกลาง
5. มีการตรวจ แนะนำการสุขาภิบาลอาหารในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือไม่	129	76.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ข้อที่ 3 “มีวัสดุอุปกรณ์ที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหารหรือไม่” (ตอบถูกจำนวน 147 คน ร้อยละ 87) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 “แหล่งซื้อวัตถุดิบมีความสะอาดหรือไม่” (ตอบถูกจำนวน 145 คน ร้อยละ 85.80) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 2 “ผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารหรือไม่” (ตอบถูกจำนวน 129 คน ร้อยละ 76.30) และ ข้อที่ 5 “มีการตรวจ แนะนำการสุขาภิบาลอาหารในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือไม่” (ตอบถูกจำนวน 129 คน ร้อยละ 76.30)

1.3 ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพอาหาร

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสุขภาพอาหาร ดังนี้

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอาหารจากแผ่นพับของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ	3.47	0.93	ปานกลาง
2. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอาหารจากหนังสือพิมพ์	2.72	0.97	ปานกลาง
3. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอาหารจากวิทยุ	3.04	1.04	ปานกลาง
4. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอาหารจากบุคคลในครอบครัว	3.76	0.91	สูง
5. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยแนะนำท่านเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย	3.94	0.80	สูง
6. ท่านทราบเรื่องอาหารปลอดภัยผ่านสื่อวิทยุชุมชน	3.13	1.05	ปานกลาง
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาหารที่ต้องปลอดภัย	3.95	0.93	สูง
8. ท่านสามารถปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตามที่ท่านต้องการ	3.85	0.93	สูง
9. ท่านได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาหารจากเพื่อน อสม.	3.60	1.02	ปานกลาง
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะจากเพื่อน อสม. ได้ตามที่ท่านต้องการ	3.51	0.96	ปานกลาง
ภาพรวม	3.50	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.95) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7 “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาหารที่ถูกต้องปลอดภัย” ($\bar{x} = 3.95$, S.D. = 0.93) รองลงมาคือ ข้อที่ 5 “สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยแนะนำท่านเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย” ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.80) ข้อที่ 8 “ท่านสามารถปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตามที่ท่านต้องการ” ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 0.93) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 2 “ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากหนังสือพิมพ์” ($\bar{x} = 2.72$, S.D. = 0.97) รองลงมาคือ ข้อ 3 “ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากวิทยุ” ($\bar{x} = 3.04$, S.D. = 1.04) และข้อที่ 6 “ท่านทราบเรื่องอาหารปลอดภัยผ่านสื่อวิทยุชุมชน” ($\bar{x} = 3.13$, S.D. = 1.05)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ดังนี้

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ท่านเลือกซื้ออาหารสดใหม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนในครอบครัว	4.33	0.73	สูง
2. ท่านซื้อเนื้อสัตว์จากตลาดสดหรือร้านค้าที่มีการตรวจสอบปนเปื้อน	3.82	0.92	สูง
3. เนื้อหมู เนื้อวัว ที่ท่านเลือกซื้อจะดูจากเนื้อแดงสดตามธรรมชาติ	4.00	0.83	สูง
4. ถั่วลิสง พริกป่น ที่ท่านเลือกซื้อจับดูไม่อัปชื้นและดมแล้วไม่มี กลิ่นเหม็น	4.34	0.76	สูง
5. ท่านเลือกซื้ออาหารกระป๋องที่มีการรับรองจาก อ.ย และกระป๋องมีสภาพดี ไม่บุบหรือบวม	4.37	0.75	สูง
6. ท่านล้างผักเพื่อลดสารเคมีและสิ่งสกปรกที่ปนเปื้อนโดยการตัดรากทิ้ง แกะผักออกเป็นใบ ๆ แช่น้ำส้มสายชูนาน 15 นาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด	4.05	0.89	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
7. กอนนำผักสดมาปรุง ประกอบอาหารท่านจะคลี่ใบ ออกเป็นใบ ๆ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดเสมอ	4.35	0.77	สูง
8. อาหารแห้งที่จะนำมาปรุงอาหารจะต้องล้างก่อนทุกครั้ง	2.88	1.37	ปานกลาง
9. ท่านเตรียมอาหารบนโต๊ะที่อยู่สูงกว่าพื้น 60 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคจากพื้น	4.07	0.85	สูง
10. ท่านปรุงอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อวัวให้สุก เฉพาะภายนอก เพื่อให้เนื้อนุ่มมารับประทาน	3.15	1.60	ปานกลาง
11. ท่านเก็บอาหารทุกอย่างไว้ที่เดียวกันเพื่อสะดวกต่อการนำมาประกอบอาหาร	3.07	1.45	ปานกลาง
12. ท่านทำความสะอาดบริเวณที่ปรุงอาหารหรือพื้น ครว ทุกครั้งที่ปรุงเสร็จ	4.15	0.83	สูง
13. ท่านทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ โดย 1. ล้างน้ำ ผสมน้ำยาล้างจาน 2. ล้างน้ำสะอาด 3. ล้างน้ำสะอาด	3.19	1.51	ปานกลาง
14. ท่านเก็บแก้วน้ำโดยคว่ำแก้วน้ำบนพื้นโต๊ะสูงจากพื้น 60 เซนติเมตร	3.88	1.10	สูง
15. ท่านเก็บช้อน ส้อม ตะเกียบ โดยวางในแนวตั้ง เอาด้ามขึ้น หรือวางแนวนอนเป็นระเบียบในภาชนะที่มีการปกปิด	3.83	1.13	สูง
ภาพรวม	3.83	1.03	สูง

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร พบว่าพฤติกรรม สุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 1.03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5 “ท่านเลือกซื้ออาหารกระป๋องที่มีการรับรองจาก อ.ย และ กระป๋องมีสภาพดี ไม่บวมหรือบวม” ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = 0.75) รองลงมาคือ ข้อที่ 7 “กอนนำผัก สดมาปรุง ประกอบอาหารท่านจะคลี่ใบออกเป็นใบ ๆ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดเสมอ” ($\bar{x} = 4.35$, S.D. = 0.77) และข้อที่ 4 “ถั่วลิสง พริกป่น ที่ท่านเลือกซื้อจับคู่ไม่อัปชั้นและดมแล้ว ไม่มีกลิ่นเหม็น” ($\bar{x} = 4.34$, S.D. = 0.76) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ 8 “อาหารแห้งที่จะ นำมาปรุงอาหารจะต้องล้างก่อนทุกครั้ง” ($\bar{x} = 2.88$, S.D. = 1.37) รองลงมา คือ ข้อ 11 “ท่าน เก็บอาหารทุกอย่างไว้ที่เดียวกันเพื่อสะดวกต่อการนำมาประกอบอาหาร” ($\bar{x} = 3.07$, S.D. = 1.45)

และข้อที่ 10 “ทานปรุงอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อวัวให้สุกเฉพาะภายนอก เพื่อให้เนื้อนุ่ม น่ารับประทาน” ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 1.60)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมการ
สุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (คุณลักษณะประชากร) กับพฤติกรรมการ
สุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้ Chi-squared test

ตาราง 9 แสดงปัจจัยนำ (คุณลักษณะประชากร) ที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการสุขภาพ
อาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169)
โดยใช้ Chi-squared test

ตัวแปร	พฤติกรรมการสุขภาพอาหาร		χ^2	d f	p- value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
1. เพศ					
ชาย	22 (13.00)	57 (33.70)	1.49	1	0.22
หญิง	33 (19.50)	57 (33.70)			
2. อายุ					
ต่ำกว่า 20 ปี			0.62	2	0.73
20-40 ปี	26 (15.40)	47 (27.80)			
41-60ปี	13 (7.70)	32 (18.90)			
60ปีขึ้นไป	16 (9.50)	35 (20.70)			
3. สถานภาพ					
โสด	4 (2.40)	7 (4.10)	4.94	-	0.15*
สมรส/คู่	42 (24.90)	94 (55.60)			
หย่า/แยก	9 (5.33)	13 (7.69)			

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ		χ^2	df	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา			3.38	3	0.38*
ประถมศึกษา	18 (10.70)	47 (27.80)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	17 (10.10)	40 (23.70)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19 (11.20)	26 (15.40)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1 (0.60)	1 (0.60)			
5. อาชีพ					
เกษตรกรรม	41 (24.30)	87 (51.50)	0.61	3	0.97*
รับจ้างทั่วไป	9 (5.30)	19 (11.20)			
กิจการส่วนตัว / ค้าขาย	4 (2.40)	6 (3.60)			
อื่นๆ	1 (0.60)	2 (1.20)			
6. ความถี่ในการประกอบอาหาร					
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	7 (4.10)	24 (14.20)	2.13	2	0.34
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	7 (4.10)	17 (10.10)			
ทุกวัน	41 (24.30)	73 (43.20)			
7. รายได้ต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	42 (24.90)	77 (45.60)	1.68	2	0.43
5,000-9,999 บาท	8 (4.70)	26 (15.40)			
10,000 บาทขึ้นไป	5 (3.00)	11 (6.50)			
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน					
ต่ำกว่า 3 คน	13 (7.70)	19 (11.20)	1.69	2	0.43
3-5 คน	35 (20.70)	74 (43.80)			
มากกว่า 5 คน	7 (4.10)	21 (12.40)			

หมายเหตุ: *วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test

จากตารางที่ 9 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหาร รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน

และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยใช้ Chi-squared test ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำ (ความรู้) ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation)

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำ (ความรู้) ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
ปัจจัยนำ (ความรู้)	0.47	0.06
ปัจจัยนำ (ทัศนคติ)	0.08	-0.13
ปัจจัยเอื้อ	0.83	-0.02
ปัจจัยเสริม	0.31	<0.01

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำ (ความรู้) ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation) พบว่า ปัจจัยนำ (ความรู้) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหาร ($r = 0.47$) ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหาร ($r = 0.08$) ปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหาร ($r = 0.83$) และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพิบาลอาหารอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเป็นค่าความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.31

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหาร โดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) และสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหาร

ตัวแปรต้นที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยเสริม โดยมีตัวแปรตาม คือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพอาหาร จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปร ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำเข้าสู่สมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเม็ງราย ผลการศึกษา เป็นไปตามตาราง 11

ตาราง 11 แสดงความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหาร โดยการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t-value	p-value
ปัจจัยเสริม	0.26	0.31	4.17	<0.001

หมายเหตุ: Constant (a) = 1.765, R = 0.31, R Square = 0.094, Adjusted R Square = 0.09, F = 17.42 p<0.001

พบว่าตัวแปร ปัจจัยเสริม ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเม็ງราย ได้ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ ปัจจัยเสริม โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.4 (R Square = 0.094) โดยเมื่อคะแนนปัจจัยเสริม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.26 คะแนน (b = 0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์กับการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 \text{ เมื่อ}$$

Y = พฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

a = ค่าคงที่

b1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ถดถอยปัจจัยเสริม

x1 = ปัจจัยเสริม

$$\begin{aligned} & \text{พฤติกรรมการสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน} \\ & = 1.765 + 0.260 (\text{ปัจจัยเสริม}) \end{aligned}$$



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติอ้างอิง ได้แก่ สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ได้แก่ สถิติถดถอย (Regression analysis)

คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 169 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.2 สถานภาพสมรส/คู่มากที่สุดร้อยละ 80.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 38.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุดร้อยละ 78.7 มีความถี่ในการประกอบอาหารทุกวัน มากที่สุดร้อยละ 67.5 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 70.4 สมาชิกในครัวเรือน จำนวน 3-5 คน มากที่สุดร้อยละ 64.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 0.75$, S.D. = 0.39) ทักษะคิดเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 1.10) ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 0.81$, S.D. = 0.39), ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.95) และพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 1.03)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำ (ความรู้) พบว่า ปัจจัยนำ (ความรู้) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ ($r = 0.47$) ตัวแปรปัจจัยนำ (ทัศนคติ) พบว่า ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ ($r = 0.80$) ตัวแปรปัจจัยเอื้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการ

($r = 0.80$) และตัวแปรปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและด้านการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ พบว่า มีเพียงปัจจัยเสริมเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขาภิบาล ($r = 0.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารตัวแปร ปัจจัยเสริม ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเม็ญราย ได้ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ ปัจจัยเสริม โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 9.4 ($R\text{ Square} = 0.094$) โดยเมื่อคะแนนปัจจัยเสริมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.26 คะแนน ($b = 0.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์กับการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร} = 1.765 + 0.260 (\text{ปัจจัยเสริม})$$

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านสุขภาพมาแล้วระดับหนึ่ง ซึ่งความรู้นี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีแล้วส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนฉาย โชคอนันต์ (2564) ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร อาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยมีความรู้ อยู่ ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 21.27$, $S.D. = 2.98$) ทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, $S.D. = 0.41$) การได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.43$, $S.D. = 0.40$) และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 92.39$, $S.D. = 14.15$)

ปัจจัยนำ ด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหาร รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน อาชีพหลักของท่าน รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาล ทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษานันธิดา แดงขาว (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

การสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรม เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร โมลา อีสระสงคราม (2561) ทำการศึกษา ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้และทัศนคติต่อเรื่องการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร วายูรี ลำโป (2561) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยใน สตรี ตั้ง ครรภ์ Ncube (2017) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติ ด้านความปลอดภัยของอาหารของสถาบันจัดการอาหารในกานา พบว่า ความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญระหว่าง ความรู้และทัศนคติ ผลลัพธ์ของการศึกษานี้ คือ แนะนำว่าจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานและขั้นสูงที่จำเป็นให้แก่พนักงานที่ยังไม่ได้อบรม เพื่อปรับปรุงความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารให้ดีขึ้น Fujisaki (2019) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน ในกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น พบว่า ปัจจัยด้าน 1) บุคคล 2) องค์กร 3) สิ่งแวดล้อม 4) การจัดการ และ 5) รูปแบบการบริหาร มีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยด้านอาหารของผู้สัมผัสอาหารของโรงเรียน Teffo and Tabit (2020) ศึกษาการประเมินความรู้และทัศนคติ ด้านความปลอดภัยของอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล พบว่า ทัศนคติ ด้านความปลอดภัยของอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านความปลอดภัยของอาหาร และ Adane (2018) ศึกษามาตรการสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในร้านขายอาหารริมทางและร้านอาหารในเมืองเดสซี ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า การอบรมบริการ ตรวจสอบสุขภาพ สวมเสื้อคลุมระหว่างการจัดการอาหารและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหารในระดับที่ดี โดยผู้จัดการอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากช่วงนี้อยู่ระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ทางกระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สะอาด ประชาชนจึงมีความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมมากขึ้น

ปัจจัยเสริมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถทำนายได้ร้อยละ 9.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนฉาย โชคอนันต์ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 12.60 ($R^2 = 0.126$, $p = 0.004$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการฟื้นฟูองค์ความรู้ให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน มีการติดตามเป็นระยะ เพื่อยกระดับการให้บริการสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นักวิชาการสาธารณสุข ควรจัดมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอาหารเพิ่มขึ้น

1.2 การนำปัจจัยนำเข้าในการวางแผน การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการจัดหาคนเข้ามาเป็นแกนนำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการรณรงค์ กระตุ้นโดยการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อให้ อสม. มีการรับรู้จากสื่อมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาการจัดรูปแบบการวิจัยแบบเชิงกึ่งทดลองหรือนวัตกรรมมาพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีศักยภาพ

2.3 ควรมีการศึกษาการสร้างรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพอาหารให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย

2.4 ควรมีการขยายขอบเขตในการศึกษาเพิ่มขึ้น เช่น ศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อศึกษาว่ามีระดับพฤติกรรมสุขภาพอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันหรือไม่



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2561**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แคนนา กราฟพิก.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2562**. กรุงเทพมหานคร: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2564). **ระบบสารสนเทศงานสุขภาพด้านประชาชน**. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000BBE.php>
- กัญชรีย์ พัฒนา และคณะ. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจังหวัดระนอง. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 32(1), 123.
- ค้วน ขาวหนู. (2564). **การสุขาภิบาลอาหาร**. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.healthcarethai.com/>
- จิราภรณ์ หลาบคำ และคณะ. (2560). การสุขาภิบาลอาหาร ในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**, 19(3), 108-118.
- เดือนฉาย โชคอนันต์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตอำเภอดอนเจียง จังหวัดสงขลา. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 4(2), 138-149.
- นันธิดา แดงขาว และคณะ. (2565). พฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของ ผู้สัมผัสอาหารในครัวโรงแรม 5 ดาว เขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษานักศึกษา ฝึกงาน. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา**, 14(1), 130-146.
- นิรมล ตีริมินตรี. (2561). การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยมข.**, 18(4), 125-133.
- ประยูทธ แสงสุรินทร์. (2554). **คู่มือ อสม.ยุคใหม่**. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2564, จาก http://phcs.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-08-24-12-21-3711613.pdf

- ไมลา อิศสระสงครามและคณะ. (2561). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. **วารวิจัยมข.**, 6(3), 29–37.
- วายุรี ลำโป, เกสรา ศรีพิชญากการ และยุพิน เพ็ชรมงคล. (2561). ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์. **วารสารพยาบาล**, 45(2), 112–123.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่**. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564, จาก https://foodsafety.anamai.moph.go.th/web-upload/13x34cba8a8c311038000343e8ab441d5ff/m_magazine/32630/910/file_download/3ad66a5b2d5f5730f427ff3ddb7eb2d4.pdf
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **วารสารออนไลน์กรมอนามัย**. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564, จาก <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/handbook>
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **เอกสารการจัดอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร (สสจ./อปท.)**. สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564, จาก <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/food-sanitation/>
- สุกัญญา อินทชัยและคณะ. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัย เชียงใหม่. **วารสารวิจัยมข.**, 20(1), 19–30.
- สุกฤษฎี ใจจำนงค์และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและผลิตภัณฑ์กำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรคในชุมชนตลาดจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์**, 15(3), 63–72.
- สุดาวดี ยะสะกะ, คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และพันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขาภิบาลของผู้สัมผัสอาหาร ในร้านอาหารทั้งภายในและรอบ ๆ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารควบคุมโรค**, 44(2), 173–184.

- อิสยาภรณ์ สุวรรณศิลป์. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขอนามัยบุคลากรอาหารที่จำหน่ายริมบาทวิถีเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. **รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร** (125–131). กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
- Adane, M., Teka, B., Gismu, Y., Halefom, G. and Ademe, M. (2018). Food hygiene and safety measures among food handlers in street food shops and food establishments of Dessie town, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. **PloS one**, 13(5), e0196919.r.
- Best, J. W. (1977). **Research in Education**. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S. (1975). **Taxonomy of Education**. New York: David McKay Company.
- Boutros, B. and Roberts, K. (2020). Self-Reported Food Safety Behaviors in Independent Chinese and Mexican Restaurants in Kansas. **Food Protection Trends**, 40(5), 296–313.
- Cronbach, L. J. (1990). **Essentials of psychological testing**. 5th ed. New York: Harper Collins.
- Daniel, W. W. (1999). **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. (7th ed). New York: John Wiley & Sons.
- El-Nemr, I., Mushtaha, M., Asim, H., and Goktepe, I. (2018, March). A survey on self reported handling practices and food safety knowledge of workers at the major produce market in Qatar. In **Qatar Foundation Annual Research Conference Proceedings: Hamad bin Khalifa University Press (HBKU Press)**. (561–569). Qatar: Khalifa University
- Fujisaki, K., Shimpo, M., and Akamatsu, R. (2019). Factors related to food safety culture among school food handlers in Tokyo, Japan: a qualitative study. **Journal of Foodservice Business Research**, 22(1), 66–80.
- Hemati, S. and Fadaei, A. (2020). Knowledge, Attitude, and Practice among Food Workers in Restaurants of Shahrekord, Iran. **Annals Food Science and Technology**, 21(1), 243–248.
- Hinkle, D. E., William, W. and Stephen G. J., (1998). **Applied Statistics for the Behavior Sciences** (4th ed). New York: Houghton Mifflin.

- Kuder, G. F. and Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. **Psychometrika**, 2(3), 151–160.
- Mohammadi-Nasrabadi, F., Salmani, Y. and Esfarjani, F. (2021). A quasi-experimental study on the effect of health and food safety training intervention on restaurant food handlers during the COVID-19 pandemic. **Food science & nutrition**, 9(7), 3655–3663.
- Ncube, F., Kanda, A., Chijokwe, M., Mabaya, G. and Nyamugure, T. (2020). Food safety knowledge, attitudes and practices of restaurant food handlers in a lower-middle-income country. **Food science & nutrition**, 8(3), 1677–1687.
- Nkhebenyane, J. S. and Lues, R. (2020). The knowledge, attitude, and practices of food handlers in central South African hospices. **Food science & nutrition**, 8(6), 2598–2607.
- Pagotto, H. Z., Espindula, L. G., da Vitoria, A. G., Machado, M. C. D. M. M. and de Sao Jose, J. F. B. (2018). Knowledge, attitudes and practices of food handlers in food services/Nível de conhecimento, atitudes e praticas dos manipuladores de alimentos em servicos de alimentacao. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, 13(1), 293–306.
- Rovinelli, R. J. and Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. **Dutch Journal of Educational Research**, 2, 49–60.
- Teffo, L. A. and Tabit, F. T. (2020). An assessment of the food safety knowledge and attitudes of food handlers in hospitals. **BMC Public Health**, 20(1), 1–12.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยพะเยา

UNIVERSITY OF PHAYAO

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ได้ดัดแปลงมาจากของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย
มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลเมืองราย หลักสูตรสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม
แต่อย่างใด ผลการศึกษาที่ได้จะใช้ประโยชน์ทางการศึกษาและจะเสนอผลการศึกษาใน
ภาพรวมเท่านั้น

2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 หน้า มีส่วนประกอบดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ
ความถี่ในการประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ

โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
และขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ หากท่านตัดสินใจ
ตอบแบบสอบถามจะมีขั้นตอนโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30
นาที ขณะตอบแบบสอบถาม ท่านอาจรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะ
ไม่ตอบคำถามเหล่านั้นจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่ประการใด

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะรายบุคคล การ
นำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามครั้งนี้จะนำไปวางแผน
เพื่อแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลจุน
อำเภอจุน จังหวัดพะเยา เพื่อนำงานวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน นำไปสู่การวางแผนการพัฒนา
และดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ รวมถึงนำข้อมูลที่ได้ไปเผยแพร่และรณรงค์ส่งเสริม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ท่านสามารถติดต่อกับผู้รับผิดชอบโครงการฯ
งานวิจัย นางสาวนัฐติกาญจน์ สามสี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ปฏิบัติการราชการที่
เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โทรศัพท์ 088 – 2944530 E-mail
nattikarn52@gmail.com



นางสาวนัฐติกาญจน์ สามสี

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากร

	สำหรับ ผู้วิจัย
1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	Sex ()
2. อายุ.....ปี	Age ()
3. สถานภาพ () 1. โสด () 2. สมรส/คู่ () 3. หย่า / แยก () 4. หม้าย	Status ()
4. ระดับการศึกษา () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 4.ปริญญาตรี () 5. สูงกว่าปริญญาตรี	Edu ()
5. อาชีพ () 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้างทั่วไป () 3. กิจการส่วนตัว / ค้าขาย () 4. อื่นๆ.....	Occ ()
6. ความถี่ในการประกอบอาหารในครัวเรือน () 1. 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ () 2. 4-6ครั้ง/สัปดาห์ () 3. ทุกวัน	Fre ()
7. รายได้ต่อเดือน บาท	Inc ()
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนคน	Fam ()

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 15 ข้อ

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	
1	การควบคุมป้องกันให้อาหารสะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรค พยาธิและสารเคมีต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคคือความหมายของการสุขาภิบาลอาหาร			K1 ()
2	ภาชนะใส่อาหารที่ผลิตจากเมลานินไม่ควรใช้บรรจุของที่เย็นจัดหรือน้ำแข็งเป็นเวลานาน			K2 ()
3	ภาชนะที่ใส่อาหารและช้อนที่ตักอาหารต้องทำด้วยกระเบื้องแก้ว หรือสแตนเลส และไม่ใช้วัสดุที่ตกแดงสี			K3 ()
4	ใช้เชียงและมีดแยกชุดกันระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผักสดผลไม้			K4 ()
5	หั่นผักที่ล้างสะอาดแล้วบนพื้นโต๊ะโดยไมต้องใช้เชียง			K5 ()
6	การล้างภาชนะที่ถูกสุขลักษณะ คือต้องล้างด้วยน้ำยาฆ่า จาน จากนั้นล้างด้วยน้ำสะอาดอีก 1 ครั้ง			K6 ()
7	การเลือกซื้อ ผักสดสำหรับนำมาประกอบอาหาร ควรซื้อมา ครั้งละหลายๆ เพราะจะได้ราคาถูก			K7 ()
8	พื้นห้องครัวไม่ควรเป็นพื้นคอนกรีตปูกระเบื้องเพราะจะทำให้ ทำความสะอาดยาก			K8 ()
9	ผู้สัมผัสอาหารควรรักษาความสะอาดของร่างกาย และ ตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง			K9 ()
10	การล้างผักสด ไม่ควรใช้วิธีให้น้ำไหลผ่านเพราะจะทำให้ผัก ซ้ำ และเปลืองน้ำ			K10 ()
11	ผลไม้ที่ต้องปอกเปลือกไม่จำเป็น ต้องล้างก่อนเพราะเรา ปอกเปลือกที่ปนเปื้อนทิ้งไปแล้ว			K11 ()
12	เชียงที่ใช้หั่นเนื้อสัตว์ดิบแล้ว ต้องเช็ดก่อนเอามาหั่นอาหาร สุก			K12 ()
13	ปรุงยารวมมิตรบนโต๊ะสูง 60 เซนติเมตร			K13 ()
14	อหิวาตกโรค วัณโรค คางทูม เป็นโรคที่สามารถติดต่อจากผู้ สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภคได้			K14 ()
15	อาหารปรุงสำเร็จควรใช้ความร้อนอุ่นเป็นระยะ (2 ชั่วโมงต่อ ครั้ง) เพื่อทำลายเชื้อโรคในอาหาร			K15 ()

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น เป็น กลาง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	การล้างมือก่อนการปรุงประกอบอาหารทุกครั้ง เป็นเรื่องยุ่งยาก และไม่จำเป็น						A1 ()
2	การปิดกวางทำความสะอาดห้องครัวควรจะทำเมื่อมีเวลาว่างเท่านั้น						A2 ()
3	ความสะอาดของร่างกายของผู้ประกอบอาหารเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของอาหาร						A3 ()
4	ผู้ที่ผ่านและไม่ผ่านการอบรมเรื่องสุขาภิบาลอาหาร มีการปฏิบัติในการประกอบอาหารที่ไม่แตกต่างกัน						A4 ()
5	ผู้ประกอบอาหารจะต้องล้างมือให้สะอาดหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนประกอบอาหาร						A5 ()
6	ในการประกอบอาหารคำนึงถึงรสชาติอาหารเพียงเท่านั้น						A6 ()
7	รับประทานอาหารกับคนในครอบครัวไม่จำเป็นต้องใช้ช้อนกลาง						A7 ()
8	หลังการประกอบอาหารต้องล้างภาชนะ อุปกรณ์ทันที						A8 ()
9	การวางช้อน ส้อม ตะเกียบไม่จำเป็นต้องวางเอาตามชั้นก็ได้						A9 ()
10	การเลือกซื้อเครื่องปรุงอาหารควรคำนึงถึงราคามากกว่าประโยชน์						A10 ()

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	
1	แหล่งซื้อวัตถุดิบมีความสะดวกหรือไม่			PF1 ()
2	ผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารหรือไม่			PF2 ()
3	มีวัสดุอุปกรณ์ที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหารหรือไม่			PF3 ()
4	มีนโยบายการควบคุมดูแลด้านสุขาภิบาลอาหารในชุมชนหรือไม่			PF4 ()
5	มีการตรวจ แนะนำการสุขาภิบาลอาหารในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือไม่			PF5 ()

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม จำนวน 10 ข้อ

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ					สำหรับ ผู้วิจัย
		จริง ที่สุด	จริง	ปาน กลาง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย	
1	ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากแผ่นพับของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ						RF1 ()
2	ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากหนังสือพิมพ์						RF2 ()
3	ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากวิทยุ						RF3 ()
4	ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารจากบุคคลในครอบครัว						RF4 ()
5	สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยแนะนำท่านเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย						RF5 ()
6	ท่านทราบเรื่องอาหารปลอดภัยผ่านสื่อวิทยุชุมชน						RF6 ()
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาหารที่ถูกต้องปลอดภัย						RF7 ()
8	ท่านสามารถปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตามที่ท่านต้องการ						RF8 ()
9	ท่านได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาหารจากเพื่อน อสม.						RF9 ()
10	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะจากเพื่อน อสม. ได้ตามที่ท่านต้องการ						RF10 ()

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเมืองราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 15 ข้อ

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ	
1	ท่านเลือกซื้ออาหารสดใหม่เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนในครอบครัว						P1 ()
2	ท่านซื้อเนื้อสัตว์จากตลาดสดหรือร้านค้าที่มีการตรวจสอบปนเปื้อน						P2 ()
3	เนื้อหมู เนื้อวัว ที่ท่านเลือกซื้อจะดูจากเนื้อแดงสดตามธรรมชาติ						P3 ()
4	ถั่วงอก พริกป่น ที่ท่านเลือกซื้อจับดูไม่อับชื้นและดมแล้วไม่มี กลิ่นเหม็น						P4 ()
5	ท่านเลือกซื้ออาหารกระป๋องที่มีการรับรองจาก อ.ย และกระป๋องมีสภาพดี ไม่บุบหรือบวม						P5 ()
6	ท่านล้างผักเพื่อลดสารเคมีและสิ่งสกปรกที่ปนเปื้อน โดยการตัดรากทิ้ง แกะผักออกเป็นใบ ๆ แช่น้ำส้มสายชู นาน 15 นาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด						P6 ()
7	ก่อนนำผักสดมาปรุง ประกอบอาหารท่านจะคลี่ใบออกเป็นใบๆ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดเสมอ						P7 ()
8	อาหารแห้งที่จะนำมาปรุงอาหารจะต้องล้างก่อนทุกครั้ง						P8 ()

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ	
9	ทานเตรียมอาหารบนโต๊ะที่อยู่สูงกว่า พื้น 60 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการ ปนเปื้อนเชื้อโรคจากพื้น						P9 ()
10	ทานปรุงอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อ วัวให้สุกเฉพาะภายนอก เพื่อให้ เนื้อนุ่มรับประทาน						P10 ()
11	ทานเก็บอาหารทุกอย่างไว้ที่เดียวกัน เพื่อสะดวกต่อการนำมาประกอบ อาหาร						P11 ()
12	ทานทำความสะอาดบริเวณที่ปรุง อาหารหรือพื้นครัว ทุกครั้งที่ปรุง เสร็จ						P12 ()
13	ทานทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ โดย 1. ล้างน้ำผสมน้ำยาล้างจาน 2. ล้างน้ำสะอาด 3. ล้างน้ำสะอาด						P13 ()
14	ทานเก็บแก้วน้ำโดยคว่ำแก้วน้ำบน พื้นโต๊ะสูงจากพื้น 60 เซนติเมตร						P14 ()
15	ทานเก็บช้อน ส้อม ตะเกียบ โดยวาง ในแนวตั้งเอาตามขึ้น หรือวาง แนวนอนเป็นระเบียบในภาชนะที่มี การปกปิด						P15 ()

ภาคผนวก ข แผนการดำเนินงานวิจัย

กิจกรรม	ก.พ. .64	มี.ค. .64	เม.ย. .64	พ.ค. .64	มิ.ย. .64	ก.ค. .64	ส.ค. .64	ก.ย. .64	ต.ค. .64	พ.ย. .64	ธ.ค. .64	ม.ค. .65	ก.พ. .65	มี.ค. .65	เม.ย. .65	พ.ค. .65
บทบาทบรรณาธิการ	✓															
ศึกษาข้อมูลประชากรที่ต้องการศึกษา	✓															
เขียนโครงร่างการวิจัย		✓	✓	✓		✓										
นำเสนอโครงร่างงานวิจัย							✓									
สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย							✓	✓								
ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแนะนำแนวทางการแก้ไข								✓	✓	✓						
ดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัย								✓	✓	✓						
ทำการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง										✓						
พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย										✓						
ดำเนินการกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล										✓	✓	✓	✓			
วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล												✓	✓			
เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์													✓	✓		
นำเสนองานวิจัย																✓



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นัฐติกาญจน์ สามลี
วัน เดือน ปี เกิด	25 พฤศจิกายน 2536
สถานที่เกิด	เชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2557 ปวส.สศ.(ทันตสาธารณสุข), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2559 วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	111 บ้านสักสันติราษฎร์ ม.15 ต.จ้าว อ.เทิง จ.เชียงใหม่
ผลงานตีพิมพ์	นัฐติกาญจน์ สามลี (ผู้บรรยาย). (16 มีนาคม 2565). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงใหม่. ใน ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2. (หน้า151). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.

