

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
Food sanitation literacy of the food entrepreneurs club in Health Region 5

วีระศักดิ์ โจนาศรีรัตน์*

Veerasak Rojanasrirat*

*ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

*Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Corresponding author: Veerasak Rojanasrirat; Email: veecfgt.04@gmail.com

Received: October 6, 2025; Revised: December 9, 2025; Accepted: December 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ เพื่อศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร และศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 382 คน ในจังหวัดราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.39 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.52 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 69.37 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.31 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$) และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$) การเปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .779$, $p < .001$)

คำสำคัญ: ความรู้, สุขาภิบาลอาหาร, ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร, เขตสุขภาพที่ 5

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the level of food sanitation literacy and food sanitation practices of the food entrepreneurs club in Health Region 5. Compare the differences in food sanitation practices of the food entrepreneurs club classified by gender, age, marital status and education level, and study the relationship between food sanitation literacy and food sanitation practices of the food entrepreneurs club. The sample group was 382 club members, restaurants, and food stalls in Ratchaburi, Suphan Buri and Phetchaburi provinces. The data was collected between September and November 2024. The research tools consisted of personal factors, food sanitation knowledge and food sanitation practices. The content validity was approved by three experts. The content validity index was between .67-1.00 and the reliability was .72. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, One-way ANOVA and Pearson correlation coefficient.

The results of the study showed that most participants were female (75.39%). The majority were married (61.52%), aged 40–59 years (69.37%), and had completed primary education (51.31%). The participants' food sanitation literacy was at a moderate level ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$), and their food sanitation practices were also at a moderate level ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$). A comparison of food sanitation practices by educational level revealed that participants with education above the primary level had significantly higher mean scores than those with only primary education ($p = .001$). Food sanitation literacy was strongly and positively correlated with food sanitation practices ($r = .779$, $p < .001$).

Keywords: literacy, food sanitation, food entrepreneurs club, health region 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของประชาชน เป็นประเด็นที่ถูกยกขึ้นมาพูดถึงเป็นครั้งแรกในปี 1970 โดยแนวคิดเริ่มแรกเป็นความรู้ด้านสุขภาพทางการแพทย์ (medical health literacy) และได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาธารณสุขนานาชาติตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ¹ หากมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย อัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ฯลฯ

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)² ในประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดี มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยแผนแม่บทดังกล่าวมีแผนย่อยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งและมีการมีสุขภาพดี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และกำหนดให้การขับเคลื่อนด้านความรู้ให้กับประชาชนเป็นหนึ่งในภารกิจหลัก มีหน้าที่ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างทั่วถึง ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริม

สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)³ ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้และทักษะในการพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดช่วงชีวิต และสังคม ชุมชน องค์กร มีขีดความสามารถในการจัดระบบให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัยได้พัฒนากรอบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย⁴ เพื่อดำเนินการควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพ ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจและบอกต่อในทุกช่วงวัยของประชาชน มีการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน การสื่อสารความเสี่ยงเป็นรูปแบบการดำเนินงานอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการดำเนินการตามหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้สื่อสารจะต้องปรับระดับและรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับและความต้องการของผู้รับสาร⁵ จึงจำเป็นต้องพัฒนาข้อมูล และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน โดยเน้นการผลิตข้อมูลที่มีความเข้าใจง่าย น่าสนใจ ถูกต้อง ประกอบกับต้องนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบและช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถที่จะเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ถูกต้อง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร⁶ เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารมารวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาธุรกิจของตนเองให้สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานตามหลักวิชาการด้านสุขาภิบาลอาหาร ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารจึงเป็นกลุ่มพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาสถานประกอบการให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายสาธารณสุขบัญญัติไว้ ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จนั้นมาจากปัจจัยภายใน ได้แก่ คณะกรรมการชมรม ทักษะการบริหารจัดการชมรม ความสัมพันธ์ของสมาชิกชมรม และการจัดองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อชมรม ได้แก่ หน่วยงานที่สนับสนุนชมรม ภาคีเครือข่ายที่ช่วยงานชมรม นโยบาย หรือความชัดเจนในการจัดตั้งชมรม และการยอมรับของสังคมต่อชมรม ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้จะเป็นตัวเสริมให้การขับเคลื่อนงานของชมรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นองค์กรหลักของเขตสุขภาพที่ 5 ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ปัจจุบันมีการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารในรูปแบบของชมรมผู้ประกอบการอาหารมีส่วนร่วม แต่จากผลการดำเนินงานพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหาร ข้อมูลจากระบบสุขาภิบาลอาหาร⁷ พบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารได้มาตรฐานเพียงร้อยละ 27.45 แสดงให้เห็นถึงปัญหาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการอาหาร และการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ประกอบกับปัจจุบันกับการนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานพบว่าชมรมผู้ประกอบการอาหารมีปัญหาด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารเนื่องจากข้อจำกัดทางการเรียนรู้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชมรมผู้ประกอบการอาหาร เปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สมาชิกชมรมสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นทั้งต่อตนเองและต่อกลุ่ม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้าน

สุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจากการประสานกับภาคีเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยไปใช้ในเขตสุขภาพที่ 5 และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตการวิจัย

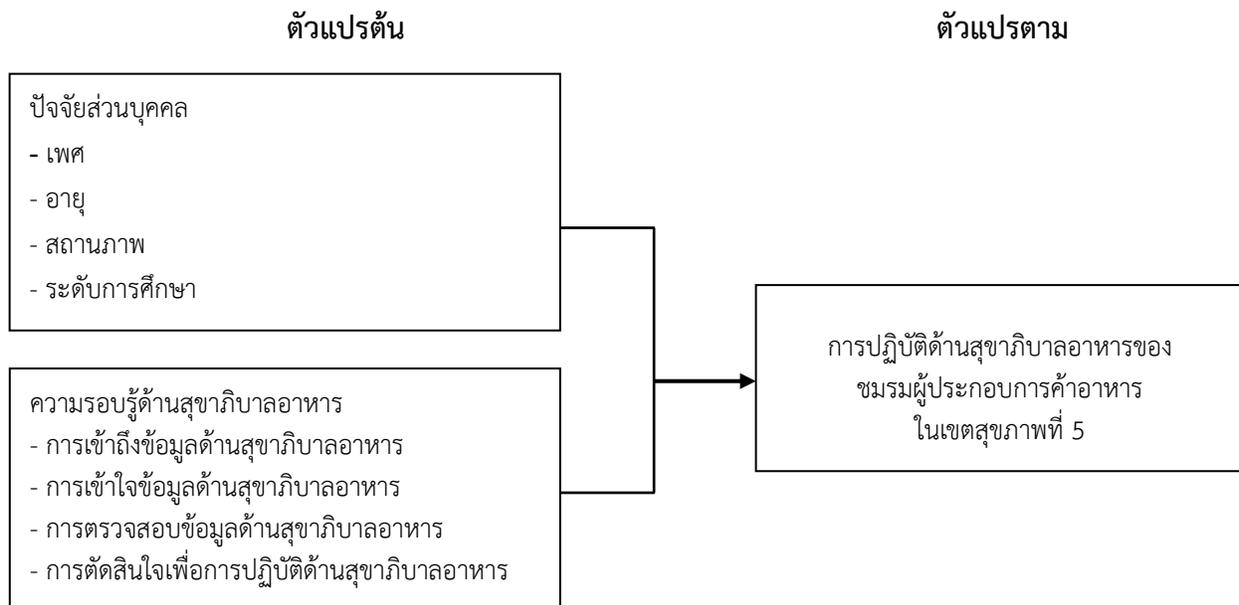
ขอบเขตด้านประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 (8 จังหวัด) จำนวน 3,479 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2567 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคำถามความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร^๑ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 3,479 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 382 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel)⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 347 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 3 จังหวัด จาก 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี 2) สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) ดังนี้

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

3) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับสลากทะเบียนรายชื่อสมาชิกชมรมผู้ประกอบการแบบไม่คืนที่ ตามสัดส่วนของสมาชิกชมรมแต่ละจังหวัดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นสมาชิกชมรมที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีใบอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
3. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁶ จำนวน 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูล จำนวน 7 ข้อ และ 4) การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ระดับน้อย (<ร้อยละ 60 หรือ < 84 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 85-111 คะแนน) และระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 112-140 คะแนน)¹⁰

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁷ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และ 2) การปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ การปฏิบัติระดับน้อย (< ร้อยละ 60 หรือ < 60 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79 หรือ 61-79 คะแนน) และระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 80-100 คะแนน)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน ตรวจสอบข้อคำถาม ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษา และนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย เลขที่ 27/2567 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2567 ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ความสำคัญ รวมถึงประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เป็นอิสระและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งผู้บริหารก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2567 รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา โดยใช้สถิติการทดสอบที่ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-way ANOVA
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = .150$)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 75.39 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 69.37 มีอายุเฉลี่ย 51.10 ปี (SD = 11.66) อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.52 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา (n = 382)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	24.61
หญิง	288	75.39
อายุ (ปี)		
20-39	23	6.02
40-59	265	69.37
≥60	94	24.61
$\bar{x} = 51.10$ ปี, SD = 11.66, min = 20 ปี, max = 80 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	55	14.40
สมรส	235	61.52
หม้าย/หย่า/แยก	92	24.08
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	196	51.31
สูงกว่าประถมศึกษา	186	48.69

2. การศึกษาความรอบรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการเข้าถึงข้อมูล (ร้อยละ 40.05) ด้านการเข้าใจข้อมูล (ร้อยละ 44.76) ด้านการตรวจสอบข้อมูล (ร้อยละ 41.88) และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 41.10) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารภาพรวม		
ระดับมาก	86	22.51
ระดับปานกลาง	173	45.29
ระดับน้อย	123	32.20
$\bar{x} = 95.59$ คะแนน, $SD = 19.59$, $min = 35$ คะแนน, $max = 140$ คะแนน		
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การเข้าถึงข้อมูล		
ระดับมาก	80	20.94
ระดับปานกลาง	153	40.05
ระดับน้อย	149	39.01
2. การเข้าใจข้อมูล		
ระดับมาก	55	14.40
ระดับปานกลาง	171	44.76
ระดับน้อย	156	40.84
3. การตรวจสอบข้อมูล		
ระดับมาก	78	20.42
ระดับปานกลาง	160	41.88
ระดับน้อย	144	37.70
4. การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ		
ระดับมาก	81	21.20
ระดับปานกลาง	157	41.10
ระดับน้อย	144	37.70

2.2 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่า การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.17 และด้านการปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารภาพรวม		
ระดับมาก	120	31.41
ระดับปานกลาง	158	41.36
ระดับน้อย	104	27.23
$\bar{x} = 71.70$ คะแนน, SD = 15.09, min = 21 คะแนน, max = 100 คะแนน		
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล		
ระดับมาก	94	24.61
ระดับปานกลาง	184	48.17
ระดับน้อย	104	27.22
2. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม		
ระดับมาก	105	27.49
ระดับปานกลาง	163	42.67
ระดับน้อย	114	29.84

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) สำหรับเพศ อายุ และสถานภาพสมรส พบว่าการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

ตัวแปร	การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร		t / F	p - value
	\bar{x}	SD		
เพศ			-1.299**	.195
- ชาย	70.78	17.02		
- หญิง	72.02	15.33		
อายุ			1.212***	.298
- 20 – 39 ปี	71.65	14.84		
- 40 – 59 ปี	72.52	13.46		
- 60 ปีขึ้นไป	70.78	17.02		
สถานภาพ			1.114***	.329
- โสด	74.21	12.49		
- สมรส	71.83	15.12		
- หม้าย/หย่า/แยก	70.90	15.57		
ระดับการศึกษา			-3.425**	.001*
- ประถมศึกษา	69.23	14.77		
- สูงกว่าประถมศึกษา	74.46	14.81		

* $p < .05$, ** independent t-test, *** One-way ANOVA

9/13

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .779, p < .001$) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .650$) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .807$) การตรวจสอบข้อมูล ($r = .679$) และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .710$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	การปฏิบัติกับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p -value
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.650	<.001*
การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.807	<.001*
การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.679	<.001*
การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	.710	<.001*
ภาพรวมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	.779	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. **ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร**
ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59, SD = 19.59$) และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70, SD = 15.09$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหารรวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. เป็นต้น หน่วยงานสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล เป็นต้น และผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น สื่อสังคม (social media) รวมถึงการประชุมชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระบบสุขาภิบาลอาหาร (food handler) แต่ยังคงพบว่าคุณสมบัติของสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม จึงควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารโดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดีมาก¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการดูแลสุขภาพในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี มีทัศนคติอยู่ในระดับดีและปานกลาง และมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี¹²

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร พบว่าระดับการศึกษาที่ทำให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .001$

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยอาจจะมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารน้อย ส่งผลให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารน้อยตามไปด้วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญกับการศึกษาและค้นคว้าข้อมูล เมื่อเกิดความสงสัยในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนก็อาจจะมีการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารได้ดีกว่า

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะคิด ลักษณะการจ้างงาน หน้าที่หลักในสถานประกอบการ¹³ และสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศตุรกี พบว่าระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้น¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่¹⁵ พบว่าระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้นเช่นกัน

สำหรับเพศ อายุ และสถานภาพพบพบว่าแตกต่างในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร การสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล และการประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพศใด อายุเท่าใด หรือมีสถานภาพแบบใด ต่างได้รับความรู้และแนวปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นแม้จะมีความต่างด้านช่วงอายุ และเพศ แต่เมื่อได้รับข้อมูลแบบเดียวกัน ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุขพบว่าการศึกษาที่ผู้สัมผัสอาหารได้รับการอบรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของแต่ละกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่าเพศ และอายุไม่ใช่ปัจจัยกำหนดการปฏิบัติ¹¹

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร พบว่าความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร หรือความรู้สูงสัมพันธ์กับการปฏิบัติสูง ($r = .779, p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เข้าใจข้อมูลและมีทักษะด้านการตัดสินใจระดับสูง จะส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นด้วย สะท้อนถึงมีการนำข้อมูลสุขาภิบาลอาหารไปใช้จริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าการเข้าใจข้อมูลและการประเมินข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม ดังนั้น หากกลุ่มตัวอย่างสามารถแปลความหมายของหลักสุขาภิบาลอาหารได้ถูกต้อง เช่น อุณหภูมิ ความสะอาด การแยกอาหารดิบ-สุก ก็จะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร การติดตามจากหน่วยงานสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสารจากสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นระบบสนับสนุนความรู้ (health literacy support system)

ทำให้ระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งย่อมสะท้อนเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นเมื่อความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตาม⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการในทุกชมรมเป็นประจำเพื่อให้มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนด้านสุขอนามัยและสุขภาพอาหาร ลดความเสี่ยงของผู้บริโภคจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดปลอดภัย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพโภชนาการ อาทิ ปัจจัยที่ทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัย การป้องกันโดยวิธีการทางสุขภาพโภชนาการ โดยเฉพาะสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการที่ถูกต้อง
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมอยู่เสมอ โดยการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และการจัดอบรมให้ความรู้หลักสุขภาพโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเนื้อหาที่ทันสมัยและปฏิบัติได้จริง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารให้มีความรอบรู้อย่างเท่าเทียม หรือใกล้เคียงกัน
4. ข้อมูลระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร สามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการให้แก่ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 หรือการประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่น
5. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารและเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการและการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้สัมผัสอาหารผ่านระบบออนไลน์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการจัดการอบรมให้กับสมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง เป็นการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ การทดสอบความรู้ผ่านการอบรม การรับรองด้วยใบประกาศนียบัตรและหรือบัตรผู้สัมผัสอาหารสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การอบรม
2. ควรวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการที่เหมาะสมกับประชาชนช่วงวัยต่าง ๆ อาทิ วัยเรียน วัยทำงาน วัยสูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ควรวิจัยโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพโภชนาการสำหรับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร
4. การวิจัยพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการปฏิบัติตามหลักสุขภาพโภชนาการสำหรับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2562.
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2565.
4. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
5. van Ruler B. Communication theory: an underrated pillar on which strategic communication rests. *Int J Strateg Commun.* 2018;12:367-81. doi:10.1080/1553118X.2018.1452240
6. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. ถอดบทเรียนชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ประจำปี 2558 “กระบวนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร”. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2559. <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/food-sanitation/download/?did=204382&id=71991>
7. กรมอนามัย. ระบบสุขาภิบาลอาหาร. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2566. <https://foodhandler.anamai.moph.go.th>
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
9. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in health sciences.* 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill; 1971.
11. จุฑามาศ ทองคำ, ธนภพ โสทรโยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารพัฒนาเทคนิคศึกษา* 2566;36(128):94-104. doi:10.14416/j.ted.2023.12.010
12. ธนชีพ พิระธรณิศร์, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศิราณี ศรีใส. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการสุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2558;45(3):230-43.
13. ลลนา ทองแท้. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community-based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci.* 2017;10(1):100-9.
15. Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomed Res.* 2017;28(15):6803-7.