

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้ม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์

นิตยา แสงประจักษ์¹, นิตยา เคหะบาล², ธีรพันธ์ ชันติ³, มัลลิกา นาจันทร์ทอง⁴, กรรณิกา ภูนาพรณ์⁵

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

² สาขาวิชานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

³ สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

⁴ สาขาวิชาการท่องเที่ยว คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

⁵ สาขาวิชานวัตกรรมการออกแบบและสถาปัตยกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้ม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกร อายุ 15-79 ปี ในอำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอห้วยผึ้ง และอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์, odds ratio และ 95%CI ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 50.47 ปี ส่วนใหญ่ทำนาเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 76.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลัก การเคยตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 1 ปี ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้งการทำเกษตรอินทรีย์ การบริโภคตามหลักโภชนาการและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง และสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจง่าย

คำสำคัญ: ปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย; ความยั่งยืนด้านอาหารและการเกษตร; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; อ้ม ออม สร้างสุข

วันรับ: 3 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 17 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 23 พ.ค. 2569

บทนำ

ความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจครัวเรือน และความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม ในทางตรงกันข้าม การผลิตอาหารที่ไม่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การได้รับสารเคมีตกค้าง และการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยรายงานกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 7.5, 5.1, 2.2 และ 0.5 ตามลำดับ⁽¹⁾ ขณะที่ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า อัตราป่วยรวมของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 8.82 เป็น 9.31 และ 9.81 ตามลำดับ⁽²⁾ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพไทย

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นพื้นที่เกษตรกรรมสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการขับเคลื่อนนโยบายอาหารปลอดภัยทั้งด้านการผลิตและการบริโภค เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านความรู้ในการผลิตอาหารปลอดภัย และยังพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง รายงานสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างปีพ.ศ. 2561-2564 พบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นยังคงเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสำคัญของประชาชน⁽³⁾ นอกจากนี้ ช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 ยังพบอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 4.27, 12.63 และ 3.77 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁴⁾ และในปี พ.ศ. 2568 พบอัตราป่วยจากโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารและน้ำ

ไม่ถูกสุขลักษณะสูงถึง 1,930.18 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการจัดการระบบอาหารปลอดภัยและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยังคงเป็นโจทย์สำคัญของพื้นที่ จึงมีการพัฒนาขับเคลื่อนโครงการ “ยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์: อิ่ม ออม สร้างสุข” ซึ่งมุ่งสร้างสุขภาวะผ่าน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ “อิ่ม” คือ การมีอาหารเพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ “ออม” คือ การลดรายจ่ายครัวเรือนผ่านการผลิตอาหารเพื่อบริโภคเอง ลดต้นทุนการผลิต และเพิ่มการพึ่งพาตนเองด้านอาหาร และ “สร้างสุข” คือ การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁽⁶⁾

กลไกสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถผลิตและบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยครอบคลุมทั้งทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร และการจัดการสุขภาพตนเอง⁽⁷⁾ มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหาร และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง รวมถึงการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร^(8,9)

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกฤษฎนท สุวรรณพันธ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ⁽¹⁰⁾ ขณะที่ Praserttai และคณะ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมันสำปะหลังอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยเดิมชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร แต่ยังคงขาดการศึกษาเชิงบูรณาการที่อธิบายบทบาทของพฤติกรรมการบริโภค สิ่งแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย

รวมถึงยังไม่พบการประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิดสุขภาพชุมชนภายใต้โครงการ “อิม ออม สร้างสุข” อย่างเป็นองค์รวม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิด “อิม ออม สร้างสุข” เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพการออกแบบนวัตกรรมเชิงพื้นที่ และการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ของ Green และ Kreuter เพื่ออธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพิจารณา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) คือ สภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน⁽¹²⁻¹⁴⁾

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 แบบสอบถามงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพหลัก อาชีพเสริม โรคประจำตัว ระดับการศึกษา รายได้ รายจ่าย หนี้สินครัวเรือน แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับวัตถุประสงค์ในการใช้สารเคมีทางการเกษตร และการตรวจสุขภาพ ได้แก่ การตรวจระดับสารเคมีทางการเกษตรระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และการประเมินสมรรถภาพร่างกาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยนำ

จากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (interval scale) โดยให้เลือกตอบทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ทำ แบ่งเกณฑ์แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best⁽¹⁵⁾ ดังนี้

การแปลผล

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจหรือภูมิรู้ ภูมิปัญญาของชุมชนเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจากใช่-ไม่ใช่-ไม่ทราบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อ ได้ตอบคำถามเพื่อความเข้าใจ การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการสื่อสารบอกต่อข้อมูลอาหารปลอดภัย จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือกตอบ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ทำ การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน นำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ⁽¹⁶⁾ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากพอและมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

คะแนนร้อยละ 70-79 ระดับดี หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้อง

คะแนนร้อยละ 60-69 ระดับพอใช้ หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับไม่ดี หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย

2.2 การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.5 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15-79 ปีขึ้นไป อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามด้านปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเท่ากับ 0.766, 0.761 และ 0.883 ตามลำดับ

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เกษตรกรอายุ 15-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 666,367 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกษตรกรอายุ 15-79 ปี ที่เป็นสมาชิกเครือข่ายธรรมเกษตรอินทรีย์ภายใต้โครงการ “อ้อม ออม สร้างสุข” ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดประชากร⁽¹⁷⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z=1.96$) ใช้ค่าสัดส่วนอ้างอิงจากการศึกษาของกฤษฎกนทร สุวรรณพันธุ์ และเสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.60 ($p=0.486$) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ($e=0.05$) แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{666,367 \times 1.96^2 \times 0.486(1-0.486)}{0.05^2(666,367-1) + 1.96^2 \times 0.486(1-0.486)}$$

$$n = 384$$

ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวน 400 คน

3.3 การสุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อำเภอที่มีสมาชิกเครือข่ายธรรมเกษตรอินทรีย์และดำเนินโครงการ “อ้อม ออม สร้างสุข” อย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 อำเภอ คือ อำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอห้วยผึ้ง และอำเภอเขาวง
2. ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจากรายชื่อเกษตรกรในแต่ละพื้นที่โดยจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ได้แก่ อำเภอสมเด็จ 89 คน อำเภอนามน 100 คน อำเภอห้วยผึ้ง 111 คน และอำเภอเขาวง 100 คน

3.4 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

เป็นเกษตรกรอายุ 15-79 ปี เป็นสมาชิกเครือข่าย-ธรรมเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่ศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

4. สถิติในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้ในการวิเคราะห์ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยเสี่ยง และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ Chi-square, Odds ratio, 95%CI และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ HS-KSU 001/2566 ลงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 50.47 ± 13.64 ปี การประกอบอาชีพหลักส่วนใหญ่คือ ทำนา ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 9.8 และค้าขาย ร้อยละ 7.3 การประกอบอาชีพเสริมส่วนใหญ่คือ เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 24.8 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 23.5 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.5 และมีโรคประจำตัวจำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 โดยพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 47 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.8 ด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.2 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาและ ปวช. และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 33.0 และ 5.8 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

9,964 บาท และมีรายจ่ายต่อเดือน 5,228 บาท มีหนี้สิน-ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน 19,031 บาท แหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่ รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ วิทยุและโทรทัศน์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.3 และ 60.5 ตามลำดับ การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ ใช้ในการเร่งการเจริญเติบโต กำจัดวัชพืช และกำจัดแมลง ร้อยละ 22.8, 14.0 และ 11.8 ตามลำดับ การตรวจสุขภาพ ประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจสารเคมีในเลือดเกษตรกร หรือเอนไซม์โคสโมสเอสเตอเรส ร้อยละ 40.0 เคยตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 61.2 เคยตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 58.2 เคยตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 65.2 เคยตรวจดัชนีมวลกาย ร้อยละ 48.5 และการประเมิน สมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 36.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	174	43.5
หญิง	226	56.5
2. อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	50.47±13.64	
อายุน้อยสุด-สูงสุด (ปี)	16-92	
3. อาชีพหลัก		
ทำนา	306	76.5
การเกษตรอื่นๆ (เลี้ยงสัตว์ ค้าขาย ทำสวน รับจ้างทั่วไป และอื่นๆ)	94	23.5
4. อาชีพเสริม		
ทำนา	37	9.2
เลี้ยงสัตว์	99	24.8
ค้าขาย	94	23.5
ทำสวน	81	20.3
รับจ้างทั่วไป	89	22.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6. โรคประจำตัว		
มี	82	20.5
ไม่มี	318	79.5
6. จบการศึกษาระดับ		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	245	61.2
มัธยมศึกษาและ ปวช. ขึ้นไป	132	33.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	5.8
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	9,964±26,325	
รายได้ต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-500,000	
8. รายจ่ายต่อเดือน (บาท)	5,228±5,051	
รายจ่ายต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-40,000	
9. หนี้สินครัวเรือน เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	19,031±69,739	
หนี้สินต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-1,000,000	
10. แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคที่ได้รับ		
1. กลุ่มสมาชิกในชุมชนและสมาชิกในบ้าน	345	86.3
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	242	60.5
3. สถานศึกษาในชุมชน	59	14.8
4. วิทยุและโทรทัศน์	277	69.3
5. สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ และอื่นๆ)	195	48.8
11. วัตถุประสงค์การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม		
1. กำจัดแมลง	47	11.8
2. กำจัดวัชพืช	56	14.0
3. เร่งการเจริญเติบโต	91	22.8
4. ไม่ได้ใช้	141	35.2
5. สารกำจัดเชื้อรา	9	2.2
6. อื่นๆ	56	14.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
12. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
12.1 ระดับสารเคมีทางการเกษตรในเลือด		
เคย	160	40.0
ไม่เคย	240	60.0
12.2 ระดับน้ำตาลในเลือด		
เคย	245	61.2
ไม่เคย	155	38.8
12.3 ไขมันในเลือด		
เคย	233	58.2
ไม่เคย	167	41.8
12.4 ความดันโลหิต		
เคย	261	65.2
ไม่เคย	139	34.8
12.5 ดัชนีมวลกาย		
เคย	194	48.5
ไม่เคย	206	51.5
12.6 การประเมินสมรรถภาพร่างกายในรอบ 1 ปี		
เคย	145	36.2
ไม่เคย	255	63.8

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย

ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัยของเกษตรกรจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.38 ± 0.72) ส่วนใหญ่มีปัจจัยนำอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 193 คน (ร้อยละ 48.3) ด้านปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.58 ± 0.48) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อ

อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 250 คน (ร้อยละ 62.5) ด้านปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.52 ± 0.57) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง 238 คน (ร้อยละ 59.5) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย

1. ด้านความรู้ความเข้าใจหรือภูมิรู้ของชุมชนเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และการบริโภคอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัยของประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (n=400)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค		
สูง (3.68-5.00)	18	4.5
ปานกลาง (2.34-3.67)	193	48.3
ต่ำ (1.00-2.33)	189	47.3
(ค่าเฉลี่ย 2.38±0.72 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.00-4.57)		
2. ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม		
สูง (3.68-5.00)	10	2.5
ปานกลาง (2.34-3.67)	250	62.5
ต่ำ (1.00-2.33)	140	35.0
(ค่าเฉลี่ย 2.58±0.48 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.29-4.14)		
3. ปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน		
สูง (3.68-5.00)	11	2.8
ปานกลาง (2.34-3.67)	238	59.5
ต่ำ (1.00-2.33)	151	37.8
(ค่าเฉลี่ย 2.52±0.57 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.25-4.38)		

ถูกต้องบ้าง (ค่าเฉลี่ย 17.93±3.80) ซึ่งหมายความว่าชุมชนมีความรู้และเข้าใจเรื่องการเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัยที่ถูกต้องบ้าง แต่ยังไม่ชัดเจนในบางประเด็น

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 24.68±5.77) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจอย่างถูกต้องแม่นยำได้

3. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 22.36±2.31) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถรับข้อมูลจากสื่อได้และมักจะวิเคราะห์หรือสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง

4. ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 29.08±4.35) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีและให้ความสำคัญกับผลดีต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 25.12±5.36) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวและจัดการกับเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ดี

6. ด้านการสื่อสารบอกต่อข้อมูลอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 20.25±6.20) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยได้ แต่ยังไม่สามารถทำได้อย่างเชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 139.41±19.79) แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและจะมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้องบ้าง แต่ยังต้องปรับปรุงทั้งในด้านความรู้และการนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจและการปฏิบัติจริง เมื่อวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี 145 คน

(ร้อยละ 36.2) รองลงมาระดับพอใช้ 135 คน (ร้อยละ 33.8) ระดับดีมาก 63 คน (ร้อยละ 15.8) และระดับไม่ดี 57 คน (ร้อยละ 14.2)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข”

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข” ได้แก่ อาชีพหลัก (OR=1.74, 95%CI: 1.09-2.77, p=0.02) การเคยตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 1 ปี (OR=2.60, 95%CI: 1.54-4.37, p<0.001) ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากบริโภค (OR=0.55,

95%CI: 0.37-0.82, p=0.003) ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม (OR=0.60, 95%CI: 0.40-0.92, p=0.019) และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน (OR=1.86, 95%CI: 1.23-2.80, p=0.003) โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ส่วนเพศอายุโรคประจำตัวระดับการศึกษาแหล่งข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข”

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Odds Ratio	95%CI	p-value
	ดี	ปรับปรุง			
1. อาชีพหลัก ทำนา การเกษตรอื่นๆ	169 39	137 55	1.74	1.09-2.77	0.02
2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยตรวจคัดกรองสุขภาพ เคย ไม่เคย	182 26	140 52	2.60	1.54-4.37	<0.001
3. ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค มาก น้อย	95 113	116 76	0.55	0.37-0.82	0.003
4. ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม มาก น้อย	124 84	136 56	0.60	0.40-0.92	0.019
5. ปัจจัยเสริมจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน มาก น้อย	144 64	105 87	1.86	1.23-2.80	0.003

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค สภาพแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยของเกษตรกรจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Model ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย^(9,12)

เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” พบว่า ผลการศึกษาสะท้อนความเชื่อมโยงของทั้ง 3 มิติอย่างชัดเจน ได้แก่ “อ้อม” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและปลอดภัย “ออม” ซึ่งเชื่อมโยงกับการลดรายจ่ายและการพึ่งพาตนเองด้านอาหาร และ “สร้างสุข” ซึ่งมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับรายงานโครงการยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เน้นการบูรณาการมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชนร่วมกัน⁽⁶⁾

สำหรับปัจจัยนำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่ายังคงมีพฤติกรรมบางประการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารทอดซ้ำหรืออาหารดิบ จะพบในระดับต่ำ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุค่อนข้างสูงที่มักให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมบริโภคถือเป็นปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE Model และสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(1,2) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงบุคคลที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และ

ประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดี จะมีการรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) และสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁷⁾ ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีทั้งองค์ประกอบที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการมีพื้นที่ออกกำลังกาย การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ และการลดการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็นปัจจัยเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย เอกสันติ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกด้าน ขณะที่ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น ซึ่งให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเพียงด้านเดียว ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบอื่นร่วมด้วย ขณะที่วัฒนธรรมการบริโภคในครัวเรือน เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ผลการศึกษานี้สะท้อนบทบาทของปัจจัยเอื้อซึ่งกำหนดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen และคณะ⁽⁸⁾ ที่เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากทั้งศักยภาพของบุคคลและระบบสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Praserttai และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า เกษตรกรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่า

สำหรับปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนบทบาทของทุนทางสังคม (social capital) ต่อการสร้างการเรียนรู้สุขภาพในระดับชุมชน โดยครอบครัวมีบทบาทกับพฤติกรรมบริโภค ขณะที่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่สื่อสารข้อมูล

สุขภาพและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงสอดคล้องกับ Green และ Kreuter⁽¹²⁾ ที่เสนอว่า การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจำเป็นต้องอาศัย แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

แม้งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร แต่ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน เช่น การป้องกันการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร^(13, 18) ขณะที่ การศึกษาครั้งนี้ได้ขยายองค์ความรู้โดยอธิบายความสัมพันธ์ เชิงบูรณาการระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภค สภาพแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้กรอบ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” ซึ่งสะท้อนบริบท การสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่และระบบอาหารปลอดภัย ระดับชุมชนได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า โปรแกรมสุขภาพที่ใช้ PRECEDE-PROCEED Model และการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถ เพิ่มประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกร ในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยด้านอาชีพ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ปัจจัยเอื้อจาก สภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว ชุมชน และ ผู้นำชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด องค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ควรร่วมกัน กำหนดมาตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

เกษตรกรอย่างเป็นระบบ โดยพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรม เสริมสร้างทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ เลือกลดอาหารปลอดภัย และการบริโภคตามหลักโภชนาการ ที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนการใช้กลไกชุมชน เช่น อาสา-สมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ตลอดจนพัฒนา เครือข่ายอาหารปลอดภัยระดับชุมชน เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ตามแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” ให้เกิดความยั่งยืนทั้งด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัย แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งสามารถ อธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุ และผล (causality) ได้โดยตรง นอกจากนี้ การศึกษา ครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) หรือการศึกษารูปแบบกึ่งทดลอง เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ เชิงเหตุผลและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการยกระดับ กลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์: อ้อมอ้อม สร้างสุข ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจาก การสำรวจทุกท่าน ทีมวิจัยโครงการ สมาชิกกลุ่มธรรมเกษตร-อินทรีย์ ที่ปรึกษาโครงการ พระครูโพธิธยาธิการ เจ้าอาวาส วัดโพธิ์ชัยวนาราม และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมเกษตร-อินทรีย์ และ นายสุพจน์ สเบงบาล สาธารณสุขอำเภอนามน และภาคีเครือข่ายเกษตรอินทรีย์จากพื้นที่อำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอยางสีสุราช และอำเภอเขาวง และขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2568. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2569.
2. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC): รายงานมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/MZ1yOMFDMQZdaGXIJ?subcatalogId=491672679818600345dc1833920051b2>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานสุขภาพประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561-2564. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. Health Data Center (HDC): รายงานสถานการณ์พิษสารกำจัดศัตรูพืช จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566-2568 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/46914a29aebb9e55230cc408f59f2d39?subcatalogId=f16421e617aed29602f9f09d951cce68>
5. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC): รายงานโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารและน้ำไม่ถูกสุขลักษณะ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/MZ1yOMFDMQZdaGXIJ?subcatalogId=491672679818600345dc1833920051b2>
6. กรรณิกา ฤณพวรรณ์. โครงการยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์: อิม ออม สร้างสุข [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2566.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
8. Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, Okan O, Brasil VV, Nutbeam D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. Health Promot Int 2021;36 Suppl 1.
9. Steinke EM, Hucke B, Rohmann M, Tietz F, Lewejohann JC, Nuernberger M. The relationship between health literacy, food literacy, and dietary choices: a systematic review. Front Public Health 2026;14:1769299.
10. กฤษณการ สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(1):150-57.
11. Praserttai C, Tanthanapanyakorn P, Khantikulanon N, Mungkhunthod S, Maoon K. Health literacy and associated factors influencing pesticide protective behaviors among cassava farmers in an eastern Thailand province: a cross-sectional study. Pac Rim Int J Nurs Res 2025;29(4):892-907.
12. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. Porter CM. Revisiting PRECEDE-PROCEED: a leading model for ecological and ethical health promotion. Health Educ J 2022;81(4):399-414.
14. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาล-สภาวิชาชีพไทย 2562;12(1):38-48.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
16. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กลยุทธ์การสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
17. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2558.
18. รัชชัย เอกสันติ, นิยามหารัชพงศ์, ยุติ รอดจากภัย, อนุมาศ เทศกติกะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565;28(2):1-15.
19. สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, ภาณุจิรา เจริญเผ่า, ฐานิตา คุณารักษ์, ดวงพร ไชยวิญญู, มณฑล หวานวาจา. ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(3):14-25.
20. Kim J, Lee EH, Kim Y. Effectiveness of PRECEDE-PROCEED model-based interventions on health behavior outcomes: a systematic review. Syst Rev 2022;11:218.

Factors Associated with Health Literacy in Production and Consumption of Food Safety Using “Good Food, Smart Saving and Well-being Model” Among Farmers in Kalasin Province

Nittaya Saengprajak¹, Nittaya Kehaban², Theeranan Khantee³, Mullika Najanthong⁴,
Kannika Tunapan⁵

¹ Department of Public Health, Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University, Kalasin Province

² Department of Innovation for Local Development, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

³ Department of Communication Arts, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

⁴ Department of Tourism, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

⁵ Department of Design Innovation and Architecture, Faculty of Engineering and Industrial Technology, Kalasin University, Kalasin Province

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study aimed at examining the factors associated with health literacy regarding production and the consumption of food safety based on the principles of “Good food, Smart saving, and Well-being” among the farmers aged 15-79 in Somdet, Namon, Huay Phueng and Khao Wong districts, Kalasin province, totaling 400 individuals. Data were collected using questionnaires and analyzed using chi-square statistics, odds ratio, and 95% confidence intervals. The results showed that the majority of the samples were women (56.5%), with an average age of 50.47 years. Most participants were primarily farmers (76.5%). The majority had moderate risk behaviors related to food consumption (48.3%), moderate environmental factors (62.5%), and moderate support from family, neighbors, and community leaders (59.5%). Most participants had good health literacy regarding organic farming and safe food consumption (36.2%). Factors associated with health literacy include occupation, having undergone a health screening in the past year, risky food consumption behaviors, environmental factors, and support from family, neighbors, and community leaders, all of which were statistically significant ($p < 0.05$). Therefore, it is recommended to promote health literacy in organic farming, proper nutrition, and safe food consumption, along with clear and easy-to-understand communication of information.

Keywords: nutrition and food safety; food and agricultural sustainability; health literacy; fullness-saving-happiness