

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ระดับความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชน ในตำบลตะกอบ อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พูนศักดิ์ บุญยัง ประ.ด.

คันธรส สุขกุล ส.ด.

ปัทมา สมศิลป์ Ph.D.

นิภาพร นบนอบ ส.ด.

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ติดต่อผู้เขียน: นิภาพร นบนอบ Email: nipaporn.nob@sru.ac.th

วันรับ:	21 ก.ย. 2568
วันแก้ไข:	2 พ.ย. 2569
วันตอบรับ:	21 ธ.ค. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในตำบลตะกอบ อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 407 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 407 คน มีอายุ 20-60 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.24) และมีการบริโภคผักเป็นประจำ โดเรียนละ 44.23 รับประทานผัก 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 44.23 รับประทานผัก 4 - 5 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคผักเฉลี่ย 4.30 ท็อปต่อวัน ซึ่งสูงกว่าการบริโภคผักดิบที่มีค่าเฉลี่ย 3.52 ท็อปต่อวัน จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรม ($p < 0.05$) รองลงมา คือ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย ($p < 0.05$) และแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ในระดับปานกลาง ($R^2 = 0.38$) ข้อค้นพบจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคผักปลอดภัย การสื่อสารสุขภาพ และการพัฒนานโยบายด้านอาหารปลอดภัยที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการบริโภค; ผักปลอดภัย; การส่งเสริมสุขภาพ

บทนำ

ผักเป็นแหล่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็น

แหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ และสารต้านอนุมูลอิสระที่จำเป็นต่อร่างกาย อย่างไรก็ตาม การบริโภคผักที่ปนเปื้อนสารเคมีหรือสารพิษต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่อาจ

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยซึ่งยังคงมีแนวโน้มการใช้สารเคมีในการเกษตรสูง จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾ ระบุว่า การได้รับสารตกค้างจากผักเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่นๆ

ในบริบทของตำบลตะกรบ อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผักจากแหล่งท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นเรื่องความปลอดภัยในการบริโภคจึงมีความสำคัญเป็นพิเศษ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลือกซื้อ การล้าง และการบริโภคผักปลอดภัย จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง และปลอดภัยในระดับครัวเรือน ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจสารสนเทศ การตัดสินใจ การประเมิน การปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมบริโภคที่ปลอดภัยและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรี สงวนสัตย์⁽²⁾ ที่ระบุว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคผักปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การรู้เท่าทันสื่อ และการประเมินข้อมูลถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย⁽³⁾

งานวิจัยในระดับนานาชาติ ของ Diviani และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมองค์ประกอบด้านการประเมิน การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อที่เป็นจุดอ่อนในหลายชุมชนในประเทศกำลังพัฒนา ในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาของอภิชาติ อ่อนสรวง⁽⁵⁾ ชี้ให้เห็นว่าการอบรมและส่งเสริมทักษะสุขภาพเชิงปฏิบัติการ สามารถเพิ่มการเลือกบริโภคผักปลอดภัยในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภคในบริบทท้องถิ่นมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อ

การกำหนดนโยบายและแผนงานเชิงสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างแพร่หลาย ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ โดยเฉพาะงานของ Nutbeam⁽⁶⁾ และ Sørensen และคณะ⁽⁷⁾ ที่เสนอกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ รวมถึงงานวิจัยของ Diviani และคณะ⁽⁴⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการศึกษาในภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพ หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่าการเจาะลึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในบริบทของชุมชนท้องถิ่น

ในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและอาหารปลอดภัยอยู่บ้าง เช่น งานของพัชรี สงวนสัตย์⁽²⁾ และอภิชาติ อ่อนสรวง⁽⁵⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย แต่การศึกษาล้วนให้ความสำคัญเน้นการวัดระดับความรู้หรือพฤติกรรมเพียงบางมิติ และยังขาดการบูรณาการกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในองค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในยุคที่ประชาชนได้รับข้อมูลด้านอาหารและสุขภาพจากสื่อหลากหลายช่องทาง

นอกจากนี้ งานวิจัยจำนวนมากยังดำเนินการในเขตเมืองหรือพื้นที่กึ่งเมือง^(8,9) ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในชุมชนชนบทหรือชุมชนเกษตรกรรม ซึ่งมีบริบทการเข้าถึงอาหาร แหล่งผลิต และรูปแบบการสื่อสารด้านสุขภาพที่แตกต่างจากพื้นที่เมืองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะชุมชนที่มีการบริโภคผักจากแหล่งท้องถิ่นหรือการปลูกผักบริโภคเองเป็นหลัก เช่น พื้นที่ตำบลตะกรบ อำเภอไชยา จังหวัด

สุราษฎร์ธานี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในตำบลตะกรบ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการสื่อสารความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁽⁶⁾ และ Sørensen และคณะ⁽⁷⁾ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการบริโภคผักปลอดภัยในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (2) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (3) การสื่อสารข้อมูลด้านการบริโภคผักปลอดภัย (4) การจัดการตนเองในการบริโภคผักปลอดภัย (5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านการบริโภคผักปลอดภัย และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมในการบริโภคผักปลอดภัย ทั้งนี้ กรอบองค์ประกอบดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ผล และการอภิปรายผลการศึกษา เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชิงแนวคิดตลอดทั้งงานวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในตำบลตะกรบ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในตำบล

ตะกรบ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลตะกรบ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20–60 ปี จำนวน 2,826 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane⁽¹⁰⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 351 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 และเก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 407 คน

กลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ในทั้ง 5 หมู่บ้านของตำบลตะกรบ โดยมีการกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนโครงสร้างประชากรของพื้นที่ศึกษาอย่างเหมาะสม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ตำบลตะกรบออกเป็น 5 หมู่บ้าน จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากร และใช้การสุ่มอย่างง่ายในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลตะกรบ มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
- 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา
- 5) สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง หรือมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร
- 2) ผู้ที่มีข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือมีความคลาดเคลื่อนอย่างมีนัยสำคัญ

3) ผู้ที่ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนักและส่วนสูง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะที่อยู่อาศัย เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย

ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ รวม 30 ข้อคำถาม ได้แก่

2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) คะแนนเต็ม 5 คะแนน (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน)

2.2 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ยากมาก, 2 = ยาก, 3 = ง่าย, 4 = ง่ายมาก) คะแนนเต็ม 20 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน)

2.3 การสื่อสารข้อมูลด้านการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ยากมาก, 2 = ยาก, 3 = ง่าย, 4 = ง่ายมาก) คะแนนเต็ม 20 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน)

2.4 การจัดการตนเองในการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ยากมาก, 2 = ยาก, 3 = ง่าย, 4 = ง่ายมาก) คะแนนเต็ม 20 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน)

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ยากมาก, 2 = ยาก, 3 = ง่าย, 4 = ง่ายมาก) คะแนนเต็ม 20 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน)

2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมในการ-

บริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) คะแนนเต็ม 5 คะแนน (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ: คะแนนรวมเต็ม 90 คะแนน ระดับต่ำ: คะแนน 0-30 คะแนน (ร้อยละ 0-33.33) ระดับปานกลาง: คะแนน 31-60 คะแนน (ร้อยละ 33.34-66.66) ระดับสูง: คะแนน 61-90 คะแนน (ร้อยละ 66.67-100)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่

3.1 พฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย (5 ข้อ) มาตราส่วนความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) 1-2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) 3 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) 4-5 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) 6-7 วัน/สัปดาห์ (5 คะแนน) คะแนนเต็ม 25 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน) ประกอบด้วย พฤติกรรม: การรับประทานผัก การเลือกซื้อผักจากร้านค้าที่ระบุว่าเป็นผักปลอดสารพิษ การล้างผักด้วยวิธีการที่เหมาะสม (เช่น ต้มกับน้ำเกลือ เบกกิ้งโซดา) การรับประทานผักที่ปลูกไว้เอง การลวกหรือต้มผักเพื่อการบริโภค

3.2 ปริมาณการบริโภคผัก (2 ข้อ) ประกอบด้วย ปริมาณการบริโภคผักสุกเฉลี่ยต่อวัน (ทัพพี) และปริมาณการบริโภคผักดิบเฉลี่ยต่อวัน (ทัพพี) บันทึกเป็นตัวเลข (จำนวนทัพพี)

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย คือ คะแนนรวมเต็ม 25 คะแนน ระดับต่ำ: คะแนน 5-11 คะแนน (ร้อยละ 20-44) ระดับปานกลาง: คะแนน 12-18 คะแนน (ร้อยละ 45-72) ระดับสูง: คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ 73-100)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และได้มีการปรับแก้ไขในบางข้อคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิได้

แนะนำ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยได้รับความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถามล่วงหน้าและดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่เอกสาร SRU-EC 2025/060 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกตรวจสอบความครบถ้วน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกัน (enter multiple regression) เพื่อหาตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชาชนในตำบลตะกอบ อำเภอลำดวน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 407 คน โดยมีลักษณะทั่วไปดังนี้

ด้านเพศและอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5 และเพศชายจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20-60 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 55-60 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 51-55 ปี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.11 กลุ่มอายุ 46-50 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 20.64 กลุ่มอายุ 41-45 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 8.85 กลุ่มอายุ 31-35 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.65 และกลุ่มอายุ

36-40 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.95 ตามลำดับด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 57.49 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 36.86 ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.95 และระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสุขภาพ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36.92 รองลงมา คือ กลุ่มน้ำหนักปกติและกลุ่มน้ำหนักเกิน มีจำนวนเท่ากัน คือ 108 คน คิดเป็นร้อยละ 27.69 กลุ่มอ้วนระดับ 2 จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.15 และกลุ่มที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 ตามลำดับ

ด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 41.28 รองลงมา คือ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.01 รายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 17.69 รายได้ 15,001-20,000 บาท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 รายได้ 20,001-25,000 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.95 รายได้ 25,001-30,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และรายได้มากกว่า 30,001 บาท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.47 ตามลำดับ

ด้านที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในบ้านของตนเอง จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 รองลงมา คือ อาศัยในบ้านเช่า จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.42 และอาศัยญาติอยู่ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.18 ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความ-

รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.81) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (3.63) ขณะที่ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.02) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผักเป็นประจำ โดยมีความถี่ในการรับประทานผัก 6–7 วันต่อสัปดาห์ และ 4–5 วัน ต่อ สัปดาห์ ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 44.23 รองลงมา คือ การรับประทานผัก 3 วันต่อสัปดาห์ และ 1–2 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคผักสุกเฉลี่ย 4.30 ท็อปพีต่อวัน ซึ่งสูงกว่าการบริโภคผักดิบที่มีค่าเฉลี่ย 3.52 ท็อปพีต่อวัน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า องค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยมากที่สุด (Beta = 0.960, $p < 0.05$) รองลงมา คือ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย (Beta = 0.321, $p < 0.05$) โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยได้ในระดับปานกลาง ($R^2 = 0.38$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ด้านความรอบรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน- มาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ	3.48	1.14	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูล	3.63	0.98	สูง
การสื่อสาร	2.02	0.34	ต่ำ
การจัดการตนเอง	3.34	1.24	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	3.81	0.73	สูง
การตัดสินใจ	3.14	1.36	ปานกลาง
รวม	3.24	0.97	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ความถี่ในการรับประทานผักต่อสัปดาห์

ความถี่ (วัน/สัปดาห์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6–7	180	44.23
4–5	180	44.23
3	30	7.37
1–2	17	4.14

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนในตำบลตะกรบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย

ความรอบรู้	Beta	Standard error	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย	0.321	0.109	2.925	0.004*
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย	0.125	0.089	1.404	0.161
การสื่อสารข้อมูลด้านการบริโภคผักปลอดภัย	0.043	0.065	0.662	0.508
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย	0.960	0.148	6.480	<0.001*
การจัดการตนเองในการบริโภคผักปลอดภัย	0.098	0.082	1.195	0.233
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย	0.156	0.075	2.080	0.038

หมายเหตุ: * $p < 0.05$; $R^2 = 0.38$

ระดับสูง ขณะที่ด้านการสื่อสารและการตัดสินใจยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคผักปลอดภัยได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการประเมิน วิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁶⁾ และ Sørensen และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งอธิบายว่าความรอบรู้เชิงวิพากษ์และการตัดสินใจเป็นทักษะขั้นสูงที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรีย์ สวงนัสสัย⁽²⁾ ที่พบว่า ประชาชนในชุมชนชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลมีระดับสูงกว่าด้านการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นรูปแบบเดียวกันกับที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประชาชนในชุมชนชนบทมีช่องทางรับข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้นในปัจจุบัน ทั้งจากสื่อออนไลน์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะการคิดวิเคราะห์และประเมินข้อมูลอย่างเป็นระบบ อันเป็นทักษะที่ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างต่อเนื่องตามที่ Nutbeam⁽⁶⁾ อธิบายไว้ ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ อภิชาติ อ่อนสลุง⁽⁵⁾ พบว่า หลังจากได้รับการอบรมและฝึกทักษะสุขภาพเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากผลของการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ด้านการตัดสินใจยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ความแตกต่างดังกล่าวน่าจะเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ อภิชาติ ได้รับการพัฒนาทักษะผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างเป็นระบบ ในขณะที่ประชาชนในตำบลตะกอบยังไม่ได้รับการส่งเสริมในลักษณะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จึงชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับทักษะขั้นสูงต้องอาศัยการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมที่มีเป้าหมายชัดเจนและมีกระบวนการฝึกฝนอย่างเป็นขั้นตอน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยเฉพาะด้านความถี่ในการรับประทานผัก การล้างผักก่อนบริโภค และการเลือกซื้อผักจากแหล่งที่เชื่อถือได้ รูปแบบการบริโภคผักสุกมากกว่าผักดิบสะท้อนถึงความเชื่อและบริบททางวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของอาหารในชุมชนชนบท ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chinn⁽¹¹⁾ พัชรีย์ สวงนัสสัย⁽²⁾ และอภิชาติ อ่อนสลุง⁽⁵⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคผักของประชาชนในชุมชนชนบทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี แต่ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ และการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารปลอดภัยในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Chinn⁽¹¹⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชุมชนชนบทมักถูกกำหนดโดยบริบทวัฒนธรรมและประสบการณ์สะสมของบุคคลมากกว่าความรู้จากภายนอก ซึ่งอธิบายได้ว่า เหตุใดแม้อำเภอตัวอย่างจะมีการเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง แต่พฤติกรรมบางด้านยังคงได้รับอิทธิพลจากความเชื่อและวิถีปฏิบัติดั้งเดิมในชุมชนเป็นหลัก

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณชี้ให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยมากที่สุด รองลงมา คือ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผักปลอดภัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความสามารถในการคัดกรอง ประเมิน และตัดสินใจจากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ishikawa และคณะ⁽¹²⁾ และ Paasche-Orlow และ Wolf⁽¹³⁾ ที่ชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติการรู้เท่าทันสื่อ เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กล่าวคือ Ishikawa และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารและการคิดวิเคราะห์ในระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มีเพียงความรอบรู้เชิงหน้าที่ เนื่องจากทักษะดังกล่าวช่วยให้สามารถประเมินข้อมูลและนำไปปรับใช้ในชีวิตจริงได้

อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Paasche-Orlow และ Wolf⁽¹³⁾ ที่เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านเส้นทางเชิงสาเหตุที่ซับซ้อน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการจัดการตนเอง ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องอาศัยทักษะการรู้เท่าทันสื่อเป็นพื้นฐาน ผลดังกล่าวช่วยอธิบายได้ว่า เหตุใดในการศึกษาครั้งนี้ มิติการรู้เท่าทันสื่อจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัย เนื่องจากเป็นทักษะที่ช่วยให้ประชาชนสามารถกลั่นกรองและนำข้อมูลด้านอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากช่องทางต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของศิริพร ใจดี และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าประชาชนในชุมชนชนบทภาคใต้มีการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารปลอดภัยจากสื่อชุมชนและสื่อออนไลน์ในระดับสูง แต่ยังขาดทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยจำกัดต่อการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ผลการศึกษาทั้งสองพบรูปแบบเดียวกัน คือ การเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูงแต่ทักษะการประเมินข้อมูลยังอ่อน ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการที่ประชาชนในชุมชนชนบทภาคใต้โดยทั่วไปไม่มีการรับข้อมูลจากสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ยังขาดทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงวิพากษ์อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม มีประเด็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของศิริพร ใจดี และคณะ⁽¹⁴⁾ มุ่งเน้นการศึกษาในบริบทของชุมชนเมือง กิ่งชนบทที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารที่ดีกว่า ในขณะที่การศึกษานี้ดำเนินการในชุมชนเกษตรกรรมที่ประชาชนพึ่งพาแหล่งผลิตผักในท้องถิ่นเป็นหลัก ความแตกต่างของบริบทดังกล่าวน่าจะเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการรู้เท่าทันสื่อในฐานะตัวทำนายพฤติกรรมที่มีน้ำหนักสูงกว่า เนื่องจากประชาชนในชุมชนเกษตรกรรมต้องอาศัยการตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับผ่านสื่อมากกว่าการสังเกตโดยตรงจากแหล่งผลิต

การศึกษานี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยในบริบทของชุมชนชนบทและชุมชนเกษตรกรรม ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มักมุ่งเน้นเพียงระดับความรู้หรือทัศนคติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยไม่ควรเน้นการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ควรมุ่งพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระดับชุมชน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำผลไปใช้ ประการแรก การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างถูกจำกัดเฉพาะประชาชนในตำบลตะกรบ อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นชุมชนเกษตรกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงสำหรับชุมชนในบริบทอื่น เช่น ชุมชนเมืองหรือชุมชนในภาคอื่น ควรกระทำด้วยความระมัดระวัง ประการที่สาม ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักได้จากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีความเอนเอียงจากการรายงานเกินจริง และประการสุดท้าย แม้แบบสอบถามจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว แต่การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถาม อาจไม่สามารถสะท้อนทักษะการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาแผนงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการบริโภคผักปลอดภัยในระดับชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถประเมินข้อมูลข่าวสาร เลือกตัดสินใจ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมถึงควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อ

สนับสนุนการเข้าถึงผักปลอดภัยและการพัฒนาทักษะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริม-วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) โดยสำนักงาน-คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกว.) ประเภททุนสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund: FF) ปีงบประมาณ 2568

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือส่งเสริม-ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับชุมชน. นนทบุรี: สำนักงาน-คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
2. พัชรี สงวนสัตย์. พฤติกรรมการบริโภคผักของคนไทย. วารสารโภชนาการ 2561;52(1):20-7.
3. Velardo S. The nuances of health literacy, nutrition literacy, and food literacy. J Nutr Educ Behav 2015;47(4): 385-9.
4. Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert JCM. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. J Med Internet Res 2015;17(5):e112.
5. อภิชาติ อ่อนสูง. การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผัก-ปลอดภัยในชุมชนชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดลำพูน. วารสาร-สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2562;4(1):53-63.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
7. 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.
8. ณัฐวุฒิ แสงประจักษ์, อินทรา นุภักดิ์, สลิลทิพย์ วิชัยดิษฐ์. พฤติกรรมการบริโภคผักปลอดภัยของประชาชนในชุมชนชนบท. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2562;10(2):45-58.
9. สุพัตรา จันทร์เสาร์, อวิศา เครือจันทร์, ณัฐริกา สาชะญาณ. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของประชาชนในพื้นที่ชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุข-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13(3):112-25.
10. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
11. Chinn D. Critical health literacy: a review and critical analysis. Soc Sci Med 2011;73(1):60-7.
12. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care 2008;31(5):4-9.
13. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav 2007;31(Suppl 1):S19-26.
14. ศิริพร ใจดี, สมพร แก้วคำ, อรทัย พุ่มจันทร์. ความรู้ด้านอาหารปลอดภัยของประชาชนในชุมชนชนบทภาคใต้. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2563;6(2):45-58.

**Health Literacy Levels and Safe Vegetable Consumption Behaviors among People
in Takrob Subdistrict, Chaiya District, Surat Thani Province**

Poonsak Boonyoung, Ph.D.; Kantarote Sookkul, Dr.P.H.; Pattama Somsil, Ph.D.; Nipaporn Nobnor, Dr.P.H.

*Department of Community Public Health, Faculty of Science and Technology, Suratthani Rajabhat
University, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(4):597-606.

Corresponding author: Nipaporn Nobnor, Email: nipaporn.nob@sru.ac.th

Abstract: This study aimed to investigate the level of health literacy and safe vegetable consumption behaviors among residents in Takrob Subdistrict, Chaiya District, Surat Thani Province. A survey research design was employed, involving a multi-stage random sample of 407 participants aged between 20 and 60 years. Data were collected using a structured questionnaire covering six dimensions of health literacy and behaviors related to the consumption of safe vegetables. Data analysis included descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression analysis. The findings revealed that the participants had a moderate level of health literacy with overall (mean = 3.24); and consumed vegetables regularly, with 44.23% consuming 6 – 7 days per week and 44.23% consumed 4 – 5 days per week. The mean daily consumption of cooked vegetables (4.3 tablespoons) was higher than that of raw vegetables (3.53 tablespoons). Multiple regression analysis indicated that the variable ‘media and information literacy’ was the most influential predictor of behavior ($p < 0.05$), followed by ‘access to information on safe vegetable consumption’ ($p < 0.05$). The model accounted for a moderate proportion of variance in behavior ($R^2 = 0.38$). The results of this study can serve as a basis for developing targeted health promotion programs, community-based communication strategies, and food safety policies that are tailored to the local context, thereby contributing to the long-term improvement of public health.

Keywords: health literacy; consumption behaviors; safe vegetables; health promotion