



การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์*

ปวิณตรา มานาดี พย.ม.**

เกสรา ศรีพิชญากุล PhD***

ยุพิน เพ็ชรมงคล DN***

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากขณะตั้งครรภ์การรับประทานอาหารที่ของภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ลดลง มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกตามมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 194 ราย เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อในสตรีตั้งครรภ์ ($r=0.81$) แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ ($r=0.81$) และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ ($r=0.78$)

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง ($\bar{X}=30.14$, S.D.=4.23 คะแนนเต็ม 48 คะแนน) การรับรู้อุปสรรค ($\bar{X}=23.40$, S.D.=5.58, คะแนนเต็ม 51 คะแนน) และพฤติกรรมการบริโภค ($\bar{X}=66.15$, S.D.=8.24 คะแนนเต็ม 102 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และสูงตามลำดับ พฤติกรรมการเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง จากสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์มันน์ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง ($r=.17$, $p<.05$) และการรับรู้อุปสรรค ($r=-.35$, $p<.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากคะแนนยังไม่ถึงระดับสูงมาก โดยการประเมินพฤติกรรม การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรค ตลอดจนมีการให้สุศึกษาให้ครอบคลุมทั้งหมวดการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่อย่างปลอดภัย หมวดการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยทั่วไป และหมวดการเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัย โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับหมวดสุดท้าย

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย สตรีตั้งครรภ์

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Perceived Risks, Perceived Barriers, and Safe Food Consuming Behavior among Pregnant Women*

Pawintra Manadee M.N.S.**

Kasara Sripichyakan PhD***

Yupin Phianmongkhol DN***

Abstract

Pregnant women are at a high risk for foodborne illness, the function of the immune cell type decreases, which can possibly lead to birth defects. This study was conducted to examine the relationships between perceived risks and perceived barriers with safe food consuming behavior in pregnant women. The sample included 194 pregnant women in Chiang Mai. The main research instruments included a perceived risks of foodborne illness scale ($r=0.81$), a perceived barriers of safe food consuming scale ($r=0.81$), and a safe food consuming behavior scale ($r=0.78$). The relationships were analyzed using Pearson product correlation coefficient.

The results showed that perceived risks ($\bar{X}=30.14$, S.D.=4.23, Total score=48), perceived barriers ($\bar{X}=23.40$, S.D.=5.58, Total score=51), and safe food consuming behavior ($\bar{X}=66.15$, S.D.=8.24, Total score=102) were found to be at a high, a moderate, and a high level, respectively. The behavior of selecting food shops and cooking utensils which are safe for consumers was at a moderate level. Through Pearson product correlation coefficient, safe food consuming behavior was associated with perceived risks ($r = .17$, $p < .05$) and perceived barriers ($r = -.35$, $p < .01$).

The results indicated that safe food consuming behavior among pregnant women should be promoted, through assessing their behavior, perceived risks, and perceived barriers. In addition, health education should be provided, covering all aspects: consuming safe food based on 5 principles of food, consuming safe food in general, and selecting food shops and cooking utensils which are safe for consumers, especially focusing on the last aspects.

Keywords: perceived risks, perceived barriers, safe food consuming behavior, pregnant women

*A part of Master of Nursing Science, Midwifery. Chiang Mai University.

**Student of Master of Nursing Science, Midwifery. Chiang Mai University.

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.



บทนำ

การเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ (foodborne illness) หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีสารพิษหรือเชื้อโรคเข้าไป พบประมาณปีละ 600 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 420,000 รายต่อปี¹ การเสียชีวิตของทารกแรกคลอดทั่วโลกเกิดจากการติดเชื้อรุนแรงมากถึงร้อยละ 26 ทั้งนี้เกิดจากอุจจาระร่วงร้อยละ 3 ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับเชื้อมาจากมารดาในระยะตั้งครรภ์และคลอด² ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากอาหารเป็นพิษจำนวน 129,638 ราย³ สตรีตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อคล้ายคลึงกับกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ⁴ จากการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ (n=200) ร้อยละ 39.50 มีอาการในระบบทางเดินอาหารขณะตั้งครรภ์ โดยมีอาการท้องเดินร้อยละ 40.56⁵

ความปลอดภัยทางอาหาร (food safety) หมายถึง การบริโภคและ/หรือการเตรียมอาหารอย่างถูกต้องและปลอดภัย⁶ อาหารปลอดภัย (safe food) หมายถึง อาหารที่มีความสะอาด ปราศจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ และสารเคมีต่างๆ ที่เป็นอันตราย ในการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัย (safe food consuming behavior) หมายถึง การบริโภคอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมีในอาหารและภาชนะ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และ/หรือทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ 20 เท่า เนื่องจากขณะตั้งครรภ์การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ต่ำลง อันตรายที่พบได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำแบบเฉียบพลัน แท้งบุตร และทารกเสียชีวิต⁷ สารตกค้างและปรอทเป็นโลหะหนักที่สะสมในร่างกายนานและเป็นพิษต่อร่างกายสามารถผ่านรกและทำลายสมองทารกได้⁸

พฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 หมวดใหญ่ ๆ คือ การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่อย่างปลอดภัย การบริโภคอาหารปลอดภัยโดยทั่วไป และการเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัย อาหารหมักที่สำคัญคือเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ โดยป้องกันการรับเชื้อจุลินทรีย์ด้วยการบริโภคเนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ปรุงสุกจนทั่วทั้งชิ้น นมสดต้องผ่านการฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธี หลีกเลี่ยงการรับประทานปลาทะเลน้ำลึกที่มีขนาดใหญ่ สำหรับขนาดปานกลางรับประทานได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง⁹ หมูผัดและหมูผัดไม่ ควรรับประทานผัดที่ผ่านการปรุงสุก งดรับประทาน

ผักสดทุกชนิด ควรแช่ผักผลไม้ก่อนนำมาปรุงอาหารหรือรับประทานด้วยน้ำผสมผงฟูหรือน้ำยาล้างผักผลไม้⁷

พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยทั่วไป ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่สะอาดและมั่นใจว่าปรุงสุกจนทั่วที่อุณหภูมิอย่างน้อย 70 องศาเซลเซียส¹⁰ รับประทานอาหารขณะยังร้อน หากทิ้งไว้นานเกิน 2 ชั่วโมงต้องอุ่นที่อุณหภูมิอย่างน้อย 70 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไม่รับประทานอาหารที่เก็บในตู้เย็นเกิน 4 วัน ถ้าเก็บในช่องแช่แข็งไม่ควรเกิน 1 เดือน ไม่รับประทานอาหารสุกที่วางไว้ติดกับอาหารดิบโดยไม่มีการใช้ความร้อนฆ่าเชื้อก่อน¹¹ เลือกอาหารที่ได้รับการรับรองว่าปลอดสารพิษ โดยสังเกตป้ายสัญลักษณ์รับรองมาตรฐานความปลอดภัย

พฤติกรรมด้านสุดท้ายมีดังนี้ เลือกร้านอาหารที่ใส่ใจเรื่องความสะอาด อาหารต้องสะอาดเก็บในภาชนะที่ปิดมิดชิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร¹² ไม่ควรซื้ออาหารจากร้านเดิมติดต่อกัน อุปกรณ์เครื่องครัวและภาชนะใส่อาหารทั้งในครัวเรือนของสตรีตั้งครรภ์และจากร้านอาหารต้องได้คุณภาพปลอดสารตกค้าง ไม่ใช่ภาชนะอลูมิเนียมหรือภาชนะจำพวก เซรามิกเคลือบสีกับอาหารร้อน¹³

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker และ Maiman¹⁴ พฤติกรรมป้องกันโรคเกิดจากบุคคลมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเขา เชื่อว่าการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมีผลดีและลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ รวมทั้งเชื่อว่าตนเองไม่มีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความเสี่ยงมีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมกกว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเมื่อตรวจพบโรคแล้ว การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยทำนายเดียวที่มีอำนาจทำนายสูงสุด¹⁵ ในการวิจัยครั้งนี้เลือกสำรวจปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค เนื่องจากมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมได้สูงและเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ (perceived risks of foodborne illness) เป็นการรับรู้ว่าอาหารไม่ปลอดภัยเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในสตรีตั้งครรภ์การรับรู้ความเสี่ยงเป็นความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์ว่ามีโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี นอกจากส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์แล้วยังสามารถติดต่อไปถึงทารกใน



กรรมเกิดเป็นอันตรายได้¹⁶ ความเสี่ยงเหล่านี้ขาดการเผยแพร่แก่สตรีตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่เฉพาะเจาะจงต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายต่อทารกในครรภ์จึงเป็นสิ่งจำเป็น สตรีตั้งครรภ์ยังรับรู้ถึงความเสี่ยงไม่ครอบคลุมทุกเรื่องและนำไปสู่พฤติกรรมเหมาะสมไม่ครอบคลุมทุกด้าน

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัย (perceived barriers of safe food consuming) ส่วนใหญ่เกิดจากขาดข้อมูลโดยเฉพาะจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ต้องค้นหาเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อย¹⁸ โดยเฉพาะข้อมูลที่เจาะจงกับสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ต้องการหลักฐานที่ชัดเจนว่าทำไมจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีอุปสรรคเรื่องความสะดวก และความชอบส่วนตัว รวมทั้งยังขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ และแรงกดดัน คำแนะนำจากครอบครัวที่ไม่เข้าใจเรื่องอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์¹⁹ ถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถจัดอุปสรรคดังกล่าวได้ จะทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยเหมาะสม แต่ยังคงขาดข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์ในไทยว่ามีอุปสรรคมากน้อยเพียงใด

การปฏิบัติที่หน่วยฝากครรภ์เน้นเรื่องอาหารมีประโยชน์ ส่วนเรื่องอาหารปลอดภัยที่เผยแพร่แก่สตรีตั้งครรภ์มีน้อยและไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ข้อมูลที่ให้คือหลักเลี่ยงชา กาแฟ แอลกอฮอล์ อาหารหมักดอง อาหารดิบ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์รับรู้ดีแล้ว รวมทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลเรื่องอาหารปลอดภัยสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะยังขาดองค์ความรู้เรื่องอาหารปลอดภัยที่เฉพาะเจาะจงกับสตรีตั้งครรภ์ในบริบทของไทย รวมทั้งขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้และการปรับปรุงคุณภาพการผดุงครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์
- 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์
- 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive design) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเข้ารับบริการฝากครรภ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันกำแพง และโรงพยาบาลสันป่าตอง ซึ่งอยู่ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ จำนวน 194 ราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงในการเกิดการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ลดต่ำลงในระยะตั้งครรภ์ทำให้เพิ่มความไวต่อการติดเชื้อได้ง่าย⁷ รวมทั้งมีโอกาสได้รับสารเคมีปนเปื้อนในอาหารซึ่งเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ควรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย คือไม่มีการปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์และสารเคมีเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อที่จะเกิดกับตนเองและ/หรือทารกในครรภ์ พฤติกรรมการบริโภคนี้ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่อย่างปลอดภัย 2) การบริโภคอาหารปลอดภัยโดยทั่วไป และ 3) การเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัย จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค²⁷ กล่าวคือสตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อสูงน่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระดับสูง และสตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยสูง น่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระดับต่ำ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive design) ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์



ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันกำแพง และโรงพยาบาลสันป่าตอง ซึ่งอยู่ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และอาจจะมีการหรือไม่มีการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์เกณฑ์การคัดเลือก 1) มารับบริการฝากครรภ์แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในขณะเก็บข้อมูลที่มีอาจจะเป็นอันตราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ 0.8 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.2²⁰ ได้ 194 ราย แบ่งตามสัดส่วนจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง จำนวน 94 ราย 55 ราย 24 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อในสตรีตั้งครรภ์ ชุดที่ 3 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ และชุดที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทั้ง 3 ชุด จากนั้นทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดชุดที่ 4 โดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ได้เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบบังเอิญและนำตัวต่อสตรีตั้งครรภ์ในขณะรอตรวจให้อ่านคำชี้แจงอาสาสมัครและลงนามในเอกสารยินยอม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือจำนวน 4 ชุด ใช้เวลา 30 - 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่า

สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov Test)

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันกำแพง และโรงพยาบาลสันป่าตอง ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเข้าพบผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และไม่แสดงตนว่าเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล โดยแต่งกายชุดสุภาพ ไม่สวมเครื่องแบบพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์และมอบเอกสารคำชี้แจงให้อ่าน ให้คำอธิบายเพิ่มเติมและตอบข้อสงสัยให้อิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อสมัครใจ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยตระหนักถึงความไม่สบายใจอาจจะมีผลต่อการติดตามมา ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดพักเปลี่ยนอิริยาบถ 5-10 นาที ภายหลังจากตอบแบบวัดเสร็จเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย พบว่า อายุอยู่ในช่วง 20-42 ปี (=27.87, S.D.=5.43, Median=28.00) ร้อยละ 88.7 มีสถานภาพสมรสคู่หรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 31.4 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 39.7 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน ($\bar{X}$ =18,785, S.D.= 13,374) ร้อยละ 53.6 มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 43.3 ทำอาหารเองเป็นส่วนใหญ่

1.2 ประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย ร้อยละ 67.5 มีอาการแพ้ท้องในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 49.0 มีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร โดยร้อยละ 70.5 และร้อยละ 38.9 มีอาการท้องอืด อาการท้องเดินตามลำดับ ร้อยละ 49.5 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 49.5 อยู่ในช่วงไตรมาส 3 อายุครรภ์ 29-40 สัปดาห์ ร้อยละ 29.4 มี



ประวัติการแท้ง ร้อยละ 24.7 ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และร้อยละ 16.5 มีโรคประจำตัว

2. การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ มี

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ (n=194)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ	48	30.14	4.23	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัย	51	23.40	5.58	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย	102	66.15	8.24	สูง
หมวดที่ 1 การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่อย่างปลอดภัย	33	21.67	2.77	สูง
หมวดที่ 2 การบริโภคอาหารปลอดภัยโดยทั่วไป	36	25.40	3.18	สูง
หมวดที่ 3 การเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัย	33	19.08	4.26	ปานกลาง

3. การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ($r = .17, p < .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

คะแนนอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และสูงตามลำดับ พฤติกรรมหมวดที่ 3 มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

4. การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ($r = -.35, p < .01$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อและการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัย กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3
1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย	1.00	.17*	-.35**
2) การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ		1.00	-.19
3) การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัย			1.00

การอภิปรายผล

การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อในสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าในระยะตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยที่มีความเฉพาะเจาะจง ทำให้มีการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสอบถามจากบุคลากรด้านสุขภาพ สืบค้นในอินเทอร์เน็ต หนังสือ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 88.1) อายุเฉลี่ย 27.87 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสามารถในการรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุมารดาส่งผลต่อความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารก¹⁷ ทำให้มารดาแสวงหาข้อมูลอาหารปลอดภัยเองจากหนังสือ เว็บไซต์ และบุคคลรู้จักเพิ่มเติมด้วยตนเอง¹⁸ การศึกษาของวายุรี ลำโป⁵ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยจาก

อินเทอร์เน็ต จึงน่าจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า แม้ว่าจะรับรู้ของตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรค แต่การมีอุปสรรคมาขัดขวางการเกิดพฤติกรรมจะเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้¹⁴ อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยนั้นมีมากมาย ประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกตัวสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ร้อยละ 23.2 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน เนื่องจากภาระหน้าที่จากอาชีพหลัก ทำให้มีข้อจำกัดของเวลาในการจัดเตรียมหรือการเลือกบริโภคอาหาร ดังเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าเวลาเป็นอุปสรรคต่อการเลือกบริโภคอาหารปลอดภัยเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์คิดว่าระยะตั้งครรภ์



มีสิ่งอื่นอีกมากมายที่ต้องปฏิบัติ ทำให้การเลือกบริโภคอาหารปลอดภัยจึงมีความเป็นไปได้น้อย¹⁹ รายได้ครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารปลอดภัย ร้อยละ 39.7 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน คล้ายกับผลการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและมีรายได้น้อย เลือกบริโภคอาหารไขมันสูงหรือน้ำตาลสูงเนื่องจากราคาถูก หาซื้อได้สะดวกและรสชาติดี²¹ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.5 มีอายุครรภ์ 29-40 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะไม่สบาย ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการจัดเตรียมอาหาร การเลือกซื้อ และความพึงพอใจในความปลอดภัยของอาหาร มีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น คลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้การบริโภคอาหารในระยะตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ไม่อาจปรุงอาหารด้วยตนเองเนื่องจากยุ่งยากและใช้เวลานาน¹⁸

พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์โดยทั่วไปมีการดูแลสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ เป็นต้น ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยด้วย คล้ายกับการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในประเทศสโลวีเนียมีการเลือกซื้ออาหารโดยคำนึงถึงความปลอดภัยมากกว่าสตรีทั่วไป²² กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 88.1) อายุเฉลี่ย 27.87 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสามารถในการรับรู้ ใฝ่รู้ และจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดี ดังเห็นได้จากการสำรวจที่พบว่าผู้บริโภคที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันด้วย²³ การศึกษาของวายุรี ลำโป⁵ ในสตรีตั้งครรภ์อายุเฉลี่ย 28.88 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการเตรียมอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับสูง โดยร้อยละ 44.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรีขึ้นไป อธิบายว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยสูงด้วยเนื่องจากการมีระดับการศึกษาที่สูงช่วยให้ความสามารถในการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติสิ่งต่างๆ ได้ถูกต้อง และมีแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย

การรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากอาหารมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ดี

ด้วย เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ความเสี่ยงหรือผลกระทบสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตัวเองได้ เมื่อได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง¹⁴ สนับสนุนผลการการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน²⁴

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารปลอดภัยในระดับสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระดับต่ำ เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองไม่ควรมียุอุปสรรคมาขัดขวาง¹⁴ คล้ายคลึงกับผลการการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ²⁴

ข้อเสนอแนะ

การบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญและควรแสดงพฤติกรรมเป็นประจำอยู่เสมอตลอดการตั้งครรภ์ เนื่องจากคะแนนยังไม่ถึงระดับสูงมาก จึงควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นโดยการประเมินพฤติกรรมการบริโภคให้ครอบคลุมทั้ง 3 หมวด ให้ความสำคัญกับหมวดการเลือกร้าน อุปกรณ์ และภาชนะอย่างปลอดภัย เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมีคะแนนต่ำกว่าหมวดอื่นๆ นอกจากพฤติกรรมแล้วควรมีการประเมินปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค ถ้าไม่เหมาะสมควรให้สุศึกษาเพื่อเพิ่มพูนการรับรู้ การให้สุศึกษาเรื่องอาหารปลอดภัยทำได้โดยการบูรณาการไปกับการให้สุศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารมีประโยชน์ที่เคยปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ยังมีน้อย ซึ่งนอกจากปัจจัยด้านการรับรู้แล้ว ปัจจัยอื่นๆ ที่ควรสำรวจ คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ความต้องการข้อมูลที่เหมาะสม



เจาะจงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์ สํารวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคการบริโภคอาหารปลอดภัย รวมถึงศึกษาผลการจัดโปรแกรมให้สุศึกษาเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านอาจารย์ทุกท่านและทูลสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

References

1. World Health Organization. Food safety [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/>
2. Oxford University. Practical mother and child health in developing countries book 1: Chapter 1 mother and child health: introduction [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 6]. Available from: http://www.oxford-journals.org/our_journals/tropej/online/chapter1.pdf
3. Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. Disease report in surveillance system 506 [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 1]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Food safety [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/foodsafety/>
5. Lumpo W. Food Safety Knowledge and Behavior Among Pregnant Women [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2016.
6. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Burden of foodborne diseases in the South-East Asia Region [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 1]. Available from: http://www.searo.who.int/about/administration_structure/cds/burden-of-foodborne-sear.pdf?ua=1
7. Ministry for Primary Industries New Zealand Government. Food safety in pregnancy [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 8]. Available from: <http://www.mpi.govt.nz/food-safety/>
8. March of Dimes. Mercury and pregnancy [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 20]. Available from: <http://www.marchofdimes.org/pregnancy/mercury.aspx>
9. American Pregnancy Association. Mercury levels in fish [Internet]. 2017 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://americanpregnancy.org/pregnancy-health/mercury-levels-in-fish/>
10. Food Sanitation, Health Department, Bangkok. Food safety guide to health [Internet]. 2017 [cited 2016 Dec 1]. Available from: http://www.foodsanitation.bangkok.go.th/foodsantiation/File/media_59/manual/3.pdf
11. World Health Organization. Five keys to safer aquaculture products to protect public health [Internet]. 2017 [cited 2016 Nov 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204618/1/9789241510318_eng.pdf?ua=1
12. Food and Water Sanitation, Ministry of Public Health. Guide Clean Food Good Taste [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 3]. Available from: http://foodsantianamai.moph.go.th/download/D_Media/Handbook
13. National Health Commission. Decrease the use of foam food containers [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 1]. Available from: <http://kbphpp.national-health.or.th/bitstream/handle/123456789/>
14. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care 1975; 13(1): 10-24.
15. Skinner CS, Tiro J, Champion VL. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. P 75-94.
16. The United States Department of Agriculture Food and Drug Administration. Foodborne illnesses: What you need to know [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 3]. Available from: <http://www.fda.gov/>



- food/resourcesforyou/consumers/ucm103263.htm
17. Kammeeon S, Rujiraprasert N. Relationship between Maternal Age, Gestational Age, Number of Pregnancies and Fears Associated with Pregnancy and Childbirth. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 2: 77-86.
 18. Taylor M, Kelly M, Noel M, Brisdon S, Berkowitz J, Gustafson L, Galanis E. Pregnant women's knowledge, practices, and needs related to food safety and listeriosis: A study in British Columbia. *Canadian Family Physician* 2012; 58(10): 1106-1112.
 19. Paterson H, Hay-Smith J, Treharne G, Herbison P, Howarth C. Validation of the intuitive eating scale in pregnancy. *Journal of Health Psychology* 2016; 23(5): 701-709
 20. Polit DF. *Statistics and data analysis for nursing research*. 2nded. New York: Humanalysis; 2010.
 21. Reyes NR, Klotz AA, Herring SJ. A qualitative study of motivators and barriers to healthy eating in pregnancy for low-income, overweight, African-American mothers. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2013; 113(9): 1175-1181.
 22. Jevsnik M, Hoyer S, Raspor P. Food safety knowledge and practices among pregnant and non-pregnant women in Slovenia. *Food Control* 2008; 19(5): 526-534.
 23. Chaingkuntod S. Knowledge, Attitude, consumers' behaviors and the media influence on consumers' behaviors of Phasicharoen Persons [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 3]. Available from: <http://rcfcd.com/wp-content/uploads/2014/03/9.pdf>
 24. Rachmee W. Health Beliefs Affecting Food Consumption Behavior to Control Blood Sugar Levels of Diabetes Patients in Muang District, Chonburi Province [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 1]. Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920531/title.pdf
 25. Phuritutkul J. Health beliefs and health behaviors among coronary artery disease patients with dyslipidemia [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004.