

Development of Food sanitation Canteen Model in Hospital

Veerasak Rojanasrirat B.SC. (Public Health)

Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Received: Oct 2, 2025

Revised: Nov 3, 2025

Accepted: Dec 1, 2025

Abstract

Background: Development of food sanitation canteen model in hospital to improve the quality of canteen to be clean, safe, meet standards and have an appropriate model.

Objective: To study of knowledge, attitude, practice and participation of food handlers in hospital canteen, and to development of a food sanitation canteen model.

Methods: This participatory action research on the development of a model for food sanitation canteen in 5 hospitals. The study consists of 4 phases: 1) Reviewed, analyzed, study of the knowledge attitude practice and participation of food handlers. 2) Workshop on applying participatory planning processes to develop standard canteen model. 3) Implementation of food sanitation canteen for developing a model and observation of practice results. 4) Evaluation of the results and reflection to stakeholders. Follow-up period was 6 months. Study limitations included small sample size ($n = 50$) and lack of control group. Data was collected using questionnaires, interview forms, interactive workshops and observation. Analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: After implementation, the level of knowledge, attitude and practice of food handlers were at a good level; the level of food handler participation was at its highest level. Food handlers' practices and participation were statistically significantly ($p < .01$) Model development process of food sanitation canteen: Analyze the problem, development need, operating context, Workshop for standard canteen development plan, Implementation of food sanitation canteen development, Observation of practice results, and Evaluate implementation and reflection: 1. Announcement of the policy of food safety hospital and food sanitation in the canteen. 2. The executive board gives importance and supports the operations. 3. Health check and training for food handler. 4. Use safe water and raw materials. 5. Safe food sanitation system. 6. Campaign for canteen cleaning. 7. There is a guideline for hygiene and food sanitation canteen. 8. Network for food sanitation management.

Conclusions: There is an appropriate hospital food sanitation standards canteen model.

Keywords: Hospital; Food sanitation Canteen Model; Model Development

การพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

วีระศักดิ์ โรจนาศรีรัตน์ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพ ความสะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และได้รูปแบบที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของ โรงพยาบาล และเพื่อพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา: เป็นวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ โรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การทบทวน วิเคราะห์ ศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหาร 2) การประชุมวางแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบ โรงอาหาร มาตรฐานแบบมีส่วนร่วม 3) การปฏิบัติการตามแผนและการสังเกตผลการปฏิบัติการ 4) การประเมินผลลัพธ์ของ การปฏิบัติการและการสะท้อนผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีระยะเวลาติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน ข้อจำกัดของ การศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($n = 50$) และขาดกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบ สัมภาษณ์ การประชุมและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: หลังดำเนินการพบว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับมากที่สุด การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารและการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหาร สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) วิธีการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ โรงพยาบาล ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการพัฒนาและบริบทการดำเนินงาน การประชุมวางแผน ปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติการตามแผนและการสังเกตผลการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. ประกาศขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัยและโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 2. คณะกรรมการบริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการ ดำเนินงาน 3. การตรวจสุขภาพและฝึกอบรมผู้สัมผัสอาหาร 4. ใช้น้ำและวัตถุดิบที่ปลอดภัย 5. ระบบสุขาภิบาล อาหารที่ปลอดภัย 6. การณรงค์ทำความสะอาดโรงอาหาร 7. มีแนวปฏิบัติด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหารใน โรงอาหาร 8. ภาควิชาเกี่ยวข้องร่วมการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร

สรุป: มีรูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โรงพยาบาล; รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร; การพัฒนารูปแบบ

บทนำ

อาหารมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรคและสารปนเปื้อนเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการคำนึงถึงรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการ ปัจจุบันการบริโภคอาหารของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่ทำอาหารเองมาเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน เช่น ร้านอาหาร โรงอาหาร เป็นต้น หากสถานที่จำหน่ายอาหารไม่ถูกสุขลักษณะอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนจากเชื้อโรคและสารปนเปื้อน และนำไปสู่โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ ในปี 2565 กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 662,450 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1001.72 ต่อประชากรแสนคน¹ มีการรายงานโรคสูงกว่าปีที่ผ่านมาอาจเนื่องมาจากการลดระดับของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้กลับมาเกิดการรวมตัวกันของประชาชนหลายกลุ่ม รวมถึงมีการปรับการเรียนการสอนในชั้นเรียนมากขึ้น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสามารถพบได้ในประชาชนทุกกลุ่มวัยแต่จะพบมากในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างนักเรียน และเกษตรกร พื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือภาคเหนือ เหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบริโภคน้ำดื่ม น้ำแข็งที่ปนเปื้อนเชื้อก่อโรค และการรับประทานอาหารที่มีการปรุงหรือเตรียมล่วงหน้าเป็นเวลานาน สิ่งทีคนส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกก่อนเลือกซื้ออาหารคือความชอบ มากที่สุด ร้อยละ 22.1 รองลงมาคือรสชาติ ความอยากทาน และความสะอาด ร้อยละ 18.5 18.2 และ 17.8 ตามลำดับ คุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 12.9 ความสะดวก รวดเร็วและราคา ร้อยละ 6.5 และ 4.0 ตามลำดับ ในส่วนของความสะอาด กลุ่มอายุ 25-59 ปี จะคำนึงถึงความสะอาดมากที่สุด ร้อยละ 19.4

รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.9 ในส่วนของคุณค่าทางโภชนาการ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจะคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการมากที่สุด ร้อยละ 19.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 13.0²

องค์การอนามัยโลก (WHO) ส่งเสริมการจัดการอาหารที่ปลอดภัยผ่านหลัก 5 ประการสู่อาหารปลอดภัย (Five Keys To Safer Food)³ ได้แก่ การรักษาความสะอาด การแยกอาหารที่ปรุงสุกแล้วออกจากอาหารสด การปรุงอาหารให้สุกทั่วถึง การเก็บอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสม การใช้น้ำและวัตถุดิบที่ปลอดภัยในการปรุงอาหาร

มาตรฐานแห่งชาติสำหรับอาหารและเครื่องดื่มในสถานพยาบาล (National standards for healthcare food and drink)⁴ ได้กำหนดมาตรฐานไว้ 8 ประการ ได้แก่ 1.องค์กรต่างๆ ต้องมีกรรมการบริหารที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านอาหาร (โภชนาการและความปลอดภัย) และรายงานการปฏิบัติตามมาตรฐานในวาระการประชุมคณะกรรมการ 2.องค์กรต้องมีกลยุทธ์ด้านอาหารและเครื่องดื่ม 3.องค์กรต่างๆ จะต้องพิจารณาถึงระดับของข้อมูลจากนักโภชนาการที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้แน่ใจว่าทางเลือกมีความเหมาะสม 4.องค์กรต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยด้านอาหารที่ได้รับการแต่งตั้ง 5.องค์กรต่างๆ จะต้องลงทุนกับพนักงานที่มีคุณภาพสูงและการปรับปรุงจำนวนพนักงานและตระหนักถึงความรู้และทักษะสำคัญที่จำเป็นสำหรับผู้ปรุงประกอบอาหารและทีมให้บริการอาหาร 6. องค์กรต่างๆ จะต้องแสดงให้เห็นว่ามีโครงการจัดการอบรม การเรียนรู้และการพัฒนาสำหรับพนักงานทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการบริการอาหารและเครื่องดื่มด้านการดูแลสุขภาพ 7. องค์กรต่างๆ จะต้องตรวจสอบการจัดการและลดขยะอาหารอย่างจริงจัง ทั้งขยะจากการผลิต ขยะจากจานอาหาร และอาหารที่ไม่ได้เสิร์ฟ 8.องค์กรจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม

สำหรับพนักงานทุกคนตลอดช่วงเวลาให้บริการ 24 ชั่วโมงทุกวัน

กรมอนามัย สหราชอาณาจักร นำเสนอชุดเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอาหารและเครื่องดื่มในโรงพยาบาล (A toolkit to support the development of a hospital food and drink strategy)⁵ ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการอาหารเพื่อสุขภาพในโรงพยาบาล บริการอาหารและจัดเลี้ยงอย่างยั่งยืน (การจัดซื้อ ลดขยะอาหาร สนับสนุนวัตถุดิบในท้องถิ่น ประหยัดพลังงาน)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร ใช้สำหรับตรวจประเมินโรงอาหารในโรงเรียน โรงงาน โรงพยาบาล หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน เป็นแนวทางในการจัดการและพัฒนาโรงอาหารให้ถูกสุขลักษณะ สะอาดปลอดภัย ได้มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของผู้ใช้บริการโรงอาหาร

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีโรงอาหารสำหรับให้บริการจึงเป็นศูนย์กลางของคนจำนวนมากที่มาใช้บริการ หากมีการดำเนินการที่ไม่ถูกสุขลักษณะอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ การให้บริการอาหารที่สะอาดปลอดภัยได้มาตรฐานจึงเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัย ได้แก่ ผู้สัมผัสอาหาร อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สถานที่ สัตว์และแมลงนำโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกวาดขันกับผู้ประกอบการ หากมีอาการเจ็บป่วยควรหยุดงานจนกว่าจะหาย เนื่องจากสามารถแพร่ระบาดไปยังผู้บริโภคได้

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เห็นความสำคัญของสุขภาพอนามัยของประชาชนจากความเสี่ยงโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ จึงได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาล

อาหารของโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาดังกล่าวในเขตสุขภาพที่ 5 จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และเพชรบุรี รวม 5 แห่ง โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 หรือเขตสุขภาพอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลก่อนและหลังดำเนินการ

3. เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลผลลัพธ์การใช้รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)⁶ โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เพื่อบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมในพื้นที่วิจัย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2567 ออกแบบการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

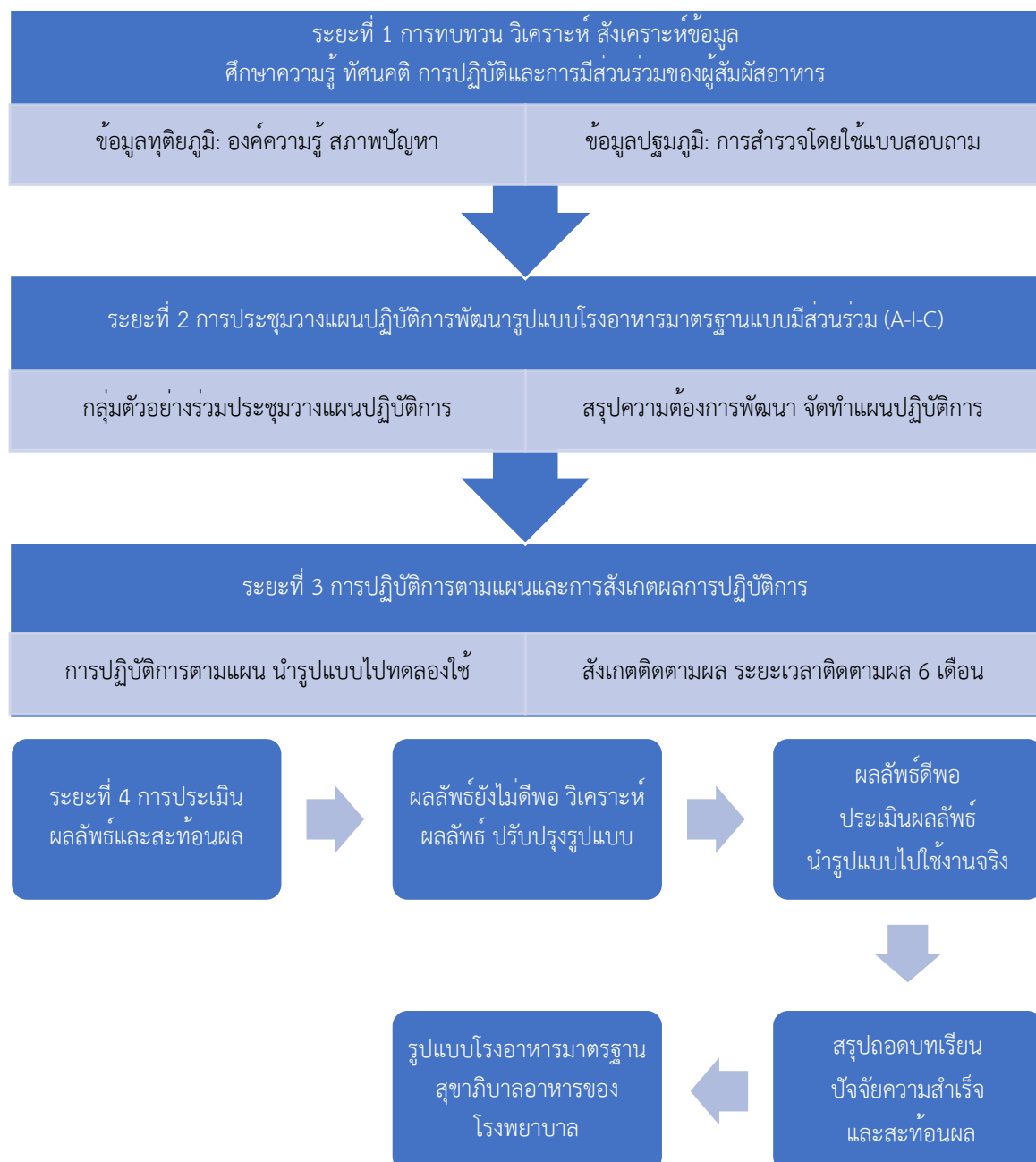
ระยะที่ 1 การทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล ศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล ใช้รูปแบบการวิจัยเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และใช้การศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2567

ระยะที่ 2 ประชุมวางแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2567

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล และการสังเกตผลการปฏิบัติ ระยะเวลาติดตามผลเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

สรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานของโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) (ศิริชัย กาญจนวาสิ, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุข, 2559)⁷

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 จากจำนวน 8 จังหวัด สุ่มมา 5 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และ เพชรบุรี

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด จังหวัดละ 1 โรงพยาบาล สุ่มมา 5 โรงพยาบาล

ขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่ายเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล แห่งละ 10 คน รวม 50 คน คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล แห่งละ 2 คน รวม 10 คน และผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แห่งละ 1 คน รวม 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล รวม 50 คน

2. สอบถามการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล รวม 50 คน

3. ทำการสัมภาษณ์แนวทางการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล รวม 10 คน และผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวม 5 คน มีการบันทึกข้อมูลและทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4. วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของแต่ละโรงพยาบาล ประชุมวางแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทางหรือวิธีการพัฒนารูปแบบโรงอาหารร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการและสะท้อนผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารก่อนและหลังดำเนินการใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย เลขที่ 28/2567 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

**1. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้าน
สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
ของโรงพยาบาล**

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า ก่อนดำเนินการความรู้ของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับดี ปานกลาง และต่ำ ร้อยละ

40, 40 และ 20 ตามลำดับ โดยความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัยมี 3 ปัจจัย ได้แก่ อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และสัตว์แมลง นำโรค ร้อยละ 54 (ที่ถูกคือ มี 5 ปัจจัย) ภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้กับอาหารวางสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 30 ซม. ร้อยละ 56 (ที่ถูกคือ ไม่น้อยกว่า 60 ซม.) และผู้สัมผัสอาหารสวมผ้ากันเปื้อนทับอย่างเดียว ไม่จำเป็นต้องสวมหมวกหรือเนทคลุมผมขณะปรุงประกอบอาหาร ร้อยละ 58 (ที่ถูกคือสวมผ้ากันเปื้อนและหมวก หรือเนทคลุมผม) ตามลำดับ ส่วนหลังดำเนินการความรู้ของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลัง (n = 50)

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	20	40	50	100
ระดับปานกลาง	20	40	0	0
ระดับต่ำ	10	20	0	0

ทัศนคติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า ก่อนดำเนินการทัศนคติด้านสุขาภิบาลอาหารที่มีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.75$) ได้แก่ ขั้นตอนการล้างภาชนะที่ดีที่สุด คือ การล้างด้วยน้ำยาล้างจาน และล้างด้วยน้ำสะอาดอีก 2 ครั้ง

(ที่ถูกคือขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรคด้วย) และสามารถใช้เชียงที่มีรอยแตกได้ (ที่ถูกคือไม่ควรใช้เชียงที่มีรอยแตก) เฉลี่ยร่วมทัศนคติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารทั้งก่อนและหลังดำเนินการอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง (n = 50)

ระดับทัศนคติ ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ค่าระดับ	$\bar{x}$	SD	ค่าระดับ
เฉลี่ยร่วมทัศนคติด้านสุขาภิบาลอาหาร	1.87	.065	ดี	2.00	.000	ดี

การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล พบว่า การปฏิบัติที่มีคะแนนมากที่สุด ($\bar{x} = 2.00$) ได้แก่ โต๊ะที่ใช้เตรียมปรุงประกอบและจำหน่ายอาหาร สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร, คัดเลือกอาหารสดอาหารแห้ง ที่มีคุณภาพดีเก็บเป็นสัดส่วนไม่วางบนพื้น, อาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคมีการปกปิด

ป้องกันการปนเปื้อนได้, น้ำแข็งสำหรับบริโภคเก็บในภาชนะบรรจุที่สะอาด มีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบหรือตักน้ำแข็งโดยเฉพาะ ไม่นำอาหารหรือสิ่งของอื่นไปแช่รวม เฉลี่ยร่วมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารทั้งก่อนและหลังดำเนินการอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง (n = 50)

ระดับการปฏิบัติ ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ค่าระดับ	$\bar{x}$	SD	ค่าระดับ
เฉลี่ยร่วมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	1.93	.047	ดี	2.00	.000	ดี

2. การมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหาร

ก่อนดำเนินการมีภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.91$) ส่วนการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารหลังดำเนินการมีภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.68$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง (n = 50)

ระดับการมีส่วนร่วม ของผู้สัมผัสอาหาร	ก่อน		แปลผล	หลัง		แปลผล
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
ร่วมวางแผน	3.00	.033	ปานกลาง	4.69	.104	มากที่สุด
ร่วมในการปฏิบัติงาน	3.00	.105	ปานกลาง	4.69	.233	มากที่สุด
ร่วมรับผลประโยชน์	2.82	.217	ปานกลาง	4.51	.232	มากที่สุด
ร่วมประเมินผล	2.82	.064	ปานกลาง	4.83	.143	มากที่สุด
ภาพรวมเฉลี่ย	2.91	.120	ปานกลาง	4.68	.147	มากที่สุด

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล

เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการ

พัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล พบว่า หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร และการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลก่อนและหลังดำเนินการ ($n = 50$)

ตัวแปร	n	mean	SD	t	p-value
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร					
ก่อนดำเนินการ	50	1.93	.047	-10.204	<.001*
หลังดำเนินการ	50	2.00	.000		
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงอาหาร					
ก่อนดำเนินการ	50	2.91	.120	-78.205	<.001*
หลังดำเนินการ	50	4.68	.147		

* $p < .01$

4. วิธีการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

4.1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า การอบรมสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ต่อเนื่องและ ผู้สัมผัสอาหารบางคนยังไม่ผ่านการอบรม การเผยแพร่ความรู้ด้านอาหารปลอดภัยและสุขาภิบาลอาหารผ่านสื่อสังคม (Social media) ยังมีไม่เพียงพอ มีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารแต่ยังไม่สม่ำเสมอ ส่วนการกำกับดูแลด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลังและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้ร่วมกันกำหนดความต้องการพัฒนาโรงอาหารของ

4.2 การจัดทำขั้นตอนการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

1) การวิเคราะห์บริบทการดำเนินงานของโรงพยาบาล มีการตรวจประเมินและเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และร่วมตรวจประเมินรับรองมาตรฐานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งมีหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้การสนับสนุนการตรวจสอบตามแผนด้วย

2) การประชุมวางแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแบบมีส่วนร่วม ร่วมกันคิดให้ข้อเสนอการดำเนินงานในส่วนที่ต้องการพัฒนา เสนอโครงการหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ แบ่งความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ เพื่อนำไปเป็นแผนการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 โครงการ กิจกรรม จากการประชุมวางแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโรงอาหารมาตรฐาน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/กิจกรรม	ผู้เสนอ
1	การประกาศขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ
2	การตรวจสุขภาพและอบรมสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
3	การเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยใช้ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ
4	กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความสะอาดโรงอาหารครั้งใหญ่ รายเดือน หรือตามความเหมาะสม	ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
5	จัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย สุขาภิบาลอาหาร และโภชนาการ และเผยแพร่ผ่าน social media	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ
6	การนำวัตถุดิบ ผักและผลไม้ ที่ปลอดภัย มาใช้เตรียมปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
7	การจัดการมูลฝอยตามหลัก 3 Rs โรงอาหารรักษัลโลก แยกเศษอาหารออกจากมูลฝอยประเภทอื่น และนำไปใช้ประโยชน์	ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
8	การกำกับดูแลด้านสุขอนามัย สุขาภิบาลอาหาร และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงอาหารของโรงพยาบาล	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ
9	การกำหนดราคาอาหารและมีป้ายแสดงราคา	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร
10	การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงอาหารของโรงพยาบาล	คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ ผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร

- 3) การปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการ
- 4) การสังเกตติดตามผลการปฏิบัติการ
- 5) การประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลการปฏิบัติการให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

5. รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

โรงอาหารของโรงพยาบาลสามารถรักษามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารได้อย่างต่อเนื่องและพัฒนาต่อยอดได้รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังนี้

1. ประกาศขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร หรือมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการสุขาภิบาลอาหาร คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม (ENV) ของโรงพยาบาล ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน

3. จัดทำโครงการตรวจสุขภาพ และฝึกอบรมสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. จัดทำโครงการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล และเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารอย่างสม่ำเสมอ

5. มีการคัดเลือกและใช้วัตถุดิบที่ปลอดภัย เช่น อาหารสด อาหารแห้ง ที่มีคุณภาพดี เครื่องปรุงรสที่ได้มาตรฐาน ใช้น้ำสะอาด ผักและผลไม้ ที่ปลอดภัย ในการเตรียมปรุงประกอบและ

จำหน่ายอาหารในโรงอาหาร สามารถทวนสอบย้อนกลับวัตถุดิบ (Material Traceability) ได้

6. มีระบบสุขาภิบาลอาหารที่ปลอดภัย ได้แก่ สุขลักษณะของสถานที่ รวมถึงห้องส้วมสะอาดเพียงพอ ปลอดภัย (HAS) และการจัดการมูลฝอยตามหลัก 3Rs สุขลักษณะของอาหาร ทั้งอาหารสดอาหารแห้ง อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อาหารปรุงสำเร็จ น้ำดื่ม น้ำใช้ และน้ำแข็ง สุขลักษณะของภาชนะอุปกรณ์ การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค และสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร

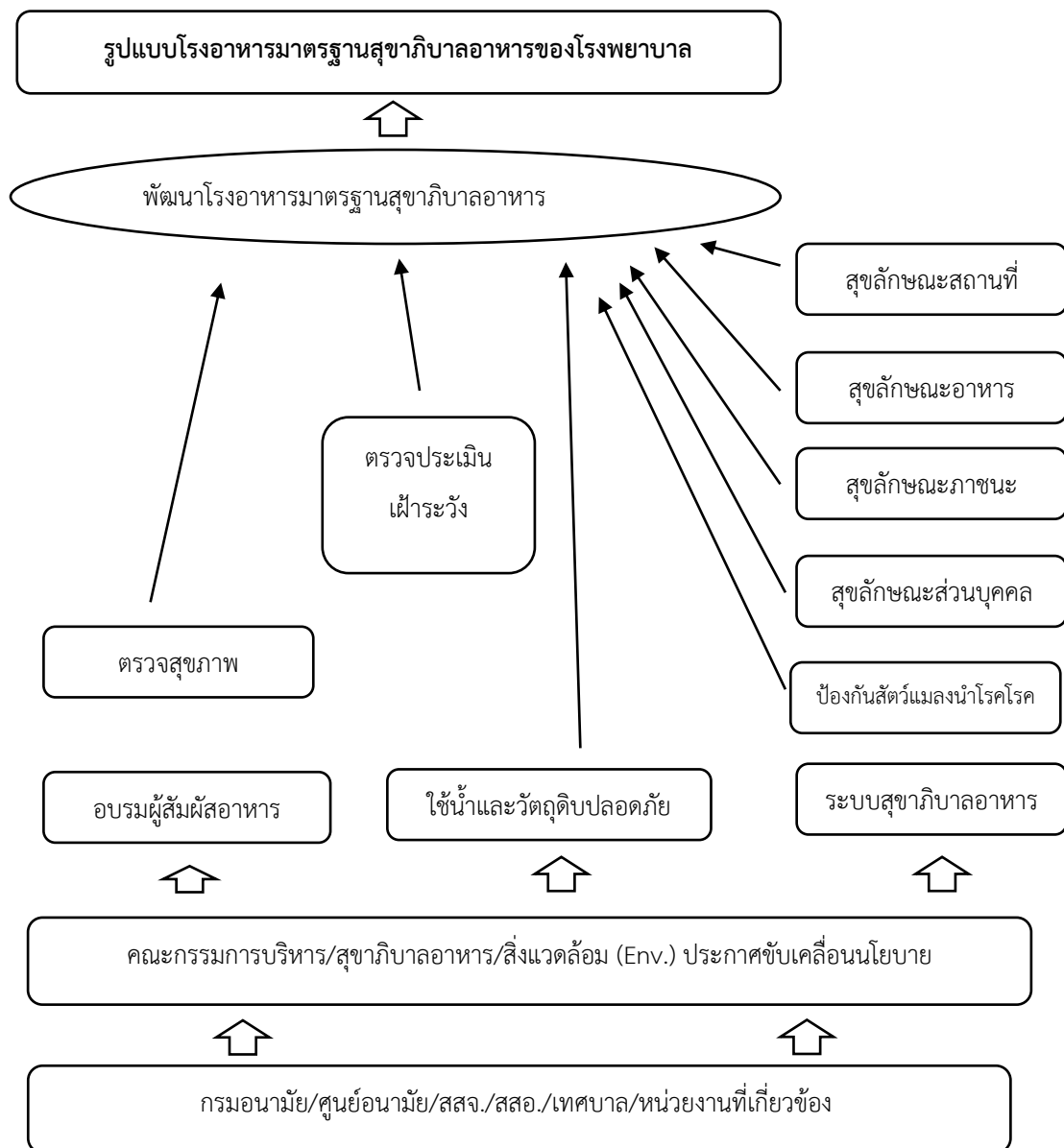
7. มีการจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย สุขาภิบาลอาหารและโภชนาการ และเผยแพร่ ผ่าน Social media เช่น Website, Facebook, LINE เป็นต้น

8. มีกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดโรงอาหารครั้งใหญ่ (Big Cleaning Day) รายเดือนหรือตามความเหมาะสม และจัดกิจกรรมเป็นประจำ

9. มีแนวปฏิบัติด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล รวมทั้งการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง

10. ภาศึเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นต้นมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

โดยเขียนรูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล

วิจารณ์

ผลการศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษกร รัตนมณี⁸ ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับดีมาก ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร

สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ทองคำ และธนภพ ไสตรโยม⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของธนชีวะ พิระธรณิศร์ และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการณ์สุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า

ผู้สัมผัสอาหารมากกว่าร้อยละ 90 มีความรู้อยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดีและปานกลาง มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของปัญจปัทมกร บุญพร้อม และคณะ¹¹ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีและบริการกรุงเทพฯ พบว่าผู้สัมผัสอาหารมีความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารและตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร หลังการฝึกอบรมผู้สัมผัสอาหารมีความรู้โดยรวมและแยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน อยู่ในระดับดี

วิธีการพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา บริบทการดำเนินงานและความต้องการพัฒนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ การประเมินผลการพัฒนาและการสะท้อนผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ ทองสีเหลือง¹² ที่ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วย ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนงานโครงการ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลของโรงพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลของโรงพยาบาลสามารถรักษามาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร มีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหาร และต่อยอดการพัฒนา

อย่างต่อเนื่องได้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ทองคำ และธนภพ โสทรโยม⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหาร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามประเภทร้านอาหารและปัจจัยเชิงจำแนกตามการจัดให้มีการอบรมผู้สัมผัสอาหาร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เสนอแนวทางแก้ไขปัญหามีการจัดอบรมสุขาภิบาลเชิงปฏิบัติการ การตรวจประเมินการปฏิบัติงานและสุ่มวิทยาส่วนบุคคล ประชาสัมพันธ์เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพิ่มเติมมาตรการในส่วนของผู้ใช้บริการและการรักษาความสะอาด และการสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันและทำความสะอาด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิ ช้างชัย และคณะ¹³ ที่ศึกษาสถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ มีข้อเสนอแนะให้มหาวิทยาลัยควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ประกอบอาหาร รวมทั้งพัฒนาสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เปิดให้บริการ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายอาหารให้มีการดำเนินงานอย่างเหมาะสมไม่ว่าจะเป็นสุขาภิบาลอาหาร สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารหรือสภาพแวดล้อม เพื่อให้นักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยมั่นใจว่าได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตา สมสัตย์ และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง¹⁴ ที่ศึกษาการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการสิ่งแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมยังไม่ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการกำกับดูแล

ควรให้ความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับปัญหาเหล่านี้ให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้บริโภคและผู้มาใช้บริการ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีสวิสชีส (Swiss Cheese Model)¹⁵ หรือทฤษฎีเนยแข็ง ว่าโรงอาหารของโรงพยาบาลมีการปิดจุดที่มีความเสี่ยงด้านสภาพหรือเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Condition) ด้วยมาตรการกำกับดูแลที่ปลอดภัย (Safe Supervision) และการกระทำที่ปลอดภัย (Safe Act) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdul Rais, A.R, Zakaria, N.S. and Jaafar, S.N.¹⁶ ที่ศึกษาโครงการโรงอาหารเพื่อสุขภาพในโรงพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผู้บริโภค (Hospital healthy cafeteria initiatives: a systematic review of consumer behaviour related studies)¹⁶ พบว่ามีการริเริ่มโครงการโรงอาหารเพื่อสุขภาพในการบริการอาหารของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการวิจัยพฤติกรรมผู้บริโภคเพิ่มเติม การฝึกอบรมพนักงานบริการอาหารอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมเชิงกลยุทธ์และโครงการเมนูเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการกิน และวิถีชีวิต สามารถนำไปใช้เพื่อให้โรงอาหารเพื่อสุขภาพของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ

การประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบโรงอาหาร มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล จากผลการวิจัยได้รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังนี้

1. ประกาศขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร
2. คณะกรรมการบริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน
3. การตรวจสุขภาพและฝึกอบรมผู้สัมผัสอาหาร
4. ใช้น้ำและวัตถุดิบที่ปลอดภัย
5. ระบบสุขาภิบาลอาหารที่ปลอดภัย
6. การรณรงค์ทำความสะอาดโรงอาหาร
7. มีแนวปฏิบัติด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหาร
8. ภาควิชาเกี่ยวข้องร่วมการดำเนินงาน

สุขาภิบาลอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ ทองสีเหลือง¹² ที่การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ ซึ่งได้ 6 โครงการ ในการแก้ไขปัญหาทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านบุคคลผู้สัมผัสอาหาร 2 โครงการ คือโครงการประกาศนโยบายอาหารปลอดภัย และโครงการจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องอาหารปลอดภัยแก่ผู้บริโภค ด้านอาหาร 1 โครงการ คือ โครงการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัย ด้านสถานที่ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหาร 2 โครงการ คือโครงการ BIG CLEANING DAY และโครงการปรับปรุงห้องน้ำในโรงอาหาร ด้านสัตว์และแมลงนำโรค 1 โครงการ คือ โครงการผลิตผักปลอดสารพิษในมหาวิทยาลัย และด้านภาชนะ อุปกรณ์ 1 โครงการ คือ โครงการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยที่ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา อินทชัย และคณะ¹⁷ ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พบว่า จากการประชุมกระบวนการ AIC ได้เกิดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ จำนวน 3 กิจกรรม รวมทั้งสอดคล้องกับหลัก 5 ประการสู่อาหารปลอดภัย ของ WHO และมาตรฐานแห่งชาติสำหรับอาหารและเครื่องดื่มในสถานพยาบาล ของ NHS England

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลเกิดจากคณะผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารได้รับการตรวจสุขภาพผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร และมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงอาหาร ผู้ใช้บริการโรงอาหารให้ความร่วมมือปฏิบัติตามระเบียบและร่วมประเมินความพึงพอใจโรงอาหาร โรงพยาบาลมีระบบสุขาภิบาล

อาหารที่ปลอดภัยและมีแนวปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นต้น มีส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของรัชตพล มีลาภ¹⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาการจัดการอาหารริมบาทวิถีโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามาตรการที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการอาหารมีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร 1. กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งนโยบายการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารให้แก่ผู้ประกอบการอาหาร การตรวจเยี่ยมติดตามโดยเจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการหรือชมรมหรือสมาคม การยกย่องเชิดชูเกียรติแก่พื้นที่จัดบริการอาหารริมบาทวิถี และแจ้งเจ้าหน้าที่อาหารที่มีการปฏิบัติตามแบบประเมินสุขาภิบาลอาหาร: SAN “การจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ” 2. การกำกับติดตามของเจ้าหน้าที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการหรือชมรมหรือสมาคมของพื้นที่จัดบริการอาหารริมบาทวิถีเป็นแกนหลัก และหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน 3. การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ 4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สรุป

สรุปผลการวิจัย หลังดำเนินการความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สัมผัสอาหารในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามวิธีการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาล

อาหารของโรงพยาบาล มีการประเมินผลการพัฒนาจนได้รูปแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลที่เหมาะสม

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) คัดลอกข้อมูลให้พื้นที่เพื่อนำไปวางแผนและพัฒนาแบบโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารให้กับโรงพยาบาลอื่นในเขตสุขภาพที่ 5 ต่อไป

2) ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหาร ส่งผลให้โรงอาหารสามารถรักษามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและมีการพัฒนาต่อยอดได้ หน่วยงานจัดการอบรม อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ควรจัดการอบรมสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้สัมผัสอาหารเป็นประจำ และมีการกำกับดูแลตามกฎหมายและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

3) ควรนำผลวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลหรือประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น ให้มีคุณภาพและการบริการที่เป็นมาตรฐานดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยและพัฒนาแบบโรงอาหารมาตรฐานในโรงเรียน โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นให้มากขึ้น

2) ควรมีการวิจัยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและสุขาภิบาลอาหารในชุมชนเพื่อสร้างสังคมรอบรู้สู่สุขภาพดี

3) ควรศึกษาด้านการตลาดสีเขียวซึ่งเป็นแนวคิดการตลาดที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและความยั่งยืน ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการในโรงอาหาร การวิจัยเกี่ยวกับโรงอาหารสีเขียวหรือโรงอาหารลดโลกร้อน เป็นต้น

4) ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเกี่ยวกับโรงอาหารสะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐานในหน่วยงานต่างๆ ทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัด เขตสุขภาพ หรือประเทศ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) เสนอให้กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำรูปแบบการพัฒนาโรงอาหารมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาลนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาโรงอาหารของโรงพยาบาลทั่วประเทศ และควรกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ

2) ควรพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่รองรับสังคมดิจิทัลและฐานวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ในการยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานโรงอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อมและการป้องกันโรค รวมถึงพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

3) ควรส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาโรงอาหารอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการอย่างเป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

บรรณานุกรม

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567]. สืบค้นจาก: <https://apps-ddc.moph.go.th/boeeng/annual.php>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจอนามัย สวัสดิการ และพฤติกรรมกรมการบริโภคของประชากรพ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

3. WHO. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment [internet]. Geneva Switzerland: WHO; 2021 [cited 2024 June 27]. Available from: <http://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health>
4. NHS England. National standards for healthcare food and drink [internet]. London: NHS England; 2022 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-standards-for-healthcare-food-and-drink/>
5. Department of Health. A toolkit to support the development of a hospital food and drink strategy [internet]. London: Gov.UK; 2016 [cited 2024 Feb 7]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a81756fed915d74e623260c/Toolkit_Feb_16.pdf
6. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon R. The action research planer. Doing critical participatory action research. Springer; 2014.
7. ศิริชัย กาญจนวาลี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ดิเรก ศรีสุขโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. 7. กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

8. กัสสร รัตนมณี. ความรู้และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
9. จุฑามาศ ทองคำ, ธนภพ โสตรโยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพัฒนาเทคนิคศึกษา. 2566;36(128):94.
10. ธนชีพ พิระธรณิศร์, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศิราณี ศรีใส. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการณ์สุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558;45(3):230-243.
11. ปัญจพัชรกร บุญพร้อม, อินจิรา นิยมธูร, บุญส่ง ไข่เกษ, (2017). การประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารกรณีศึกษาโรงอาหารวิทยาลัยเทคโนโลยีสุขภาพและบริการกรุงเทพฯ. วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2560;11(2):177-187.
12. วชิรินทร์ ทองสีเหลือง, มารศรี กลางประพันธ์, สมเกียรติ พลเจิดดี. การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2564.
13. ญัฐวิ ชั่งชัย, อัญรินทร์ พิธากดิ์สถิตย์, จิรสุดา สีนุศิริ, วรางคณา วิเศษมณีลี, เสาวลักษณ์ ลักขมีจรัลกุล, กรรณิการ์ แจ้งวิจารณ์. สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):91-94.
14. ลลิตา สมสัตย์, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. (2016). การสุขาภิบาลอาหารและการจัดการสิ่งแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. 2559;16(3):73-80.
15. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? BMC Health Services Research. 2005;5(71). doi:10.1186/1472-6963-5-71.
16. Abdul Rais, A.R., Zakaria, N.S. and Jaafar, S.N. Hospital healthy cafeteria initiatives: a systematic review of consumer behaviour related studies. Food Research. 2022; 6(5): 183 – 198. Doi: org/10.26656/fr.2017.6(5).535.
17. สุกัญญา อินทชัย, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, กรรณิการ์ ณ ลำปาง. กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารวิจัย มข. 2563;20(1):19-26.

18. รัชตพล มีลาภ. การพัฒนาการจัดการอาหารริม
บาทวิถีโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัด
สมุทรสาคร. วารสารวิชาการทางการแพทย์และ

สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมา.2567;4(1):232-233.