

ผลของกระบวนการชุมชนต่อความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและเจตคติต่อ  
สุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ตำบลอ่างศิลา  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี\*

The Effects of Community Process on Food Sanitation  
Knowledge and Food Sanitation Attitude among Food Shop  
Owners in Tambon Angsila, Maung, Chon Buri Province

สุธีญา บัวสุวรรณ\*\* สบ.  
Suteya Buasuwan, B.Sc (Public health)  
จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์\*\*\* พย.บ  
Chanthip Intawong, B.N.S.

นันท์มนัส บุญโล่ง\*\*\*\* พย.บ.  
Nanmanas Bunlong, B.N.S  
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ\*\*\*\*\* ส.ด.  
Suwanna Junprasert, Dr.P.H

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ก่อนและหลังการใช้กระบวนการชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านอาหาร จำนวน 50 คน ในตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน 2549 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ และเจตคติ ซึ่งมีความเชื่อมั่นในระดับสูง ( $\alpha = .8484$  และ  $= .7255$  ตามลำดับ) และกระบวนการชุมชนแบบมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในชุมชน ประกอบด้วย กระบวนการที่ชุมชนกำหนดขึ้นเอง การดำเนินงานที่นำไปสู่ความร่วมมือและมีส่วนร่วม ในการนำนโยบายสุขาภิบาลอาหารมากระตุ้นเพื่อสร้างมาตรการในการควบคุมกำกับ การ

ตรวจสอบดูแลสถานที่ประกอบและจำหน่ายอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขาภิบาลอาหาร ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร เจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการใช้กระบวนการชุมชนโดยการทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (dependent t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ของผู้ประกอบการร้านอาหาร ก่อนการใช้กระบวนการชุมชนผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารค่าเฉลี่ย 17.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90) (จากคะแนน 0-20) หลังการใช้กระบวนการชุมชนมีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 19.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.51) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลร้านอาหาร หลังการใช้กระบวนการชุมชนแตกต่างจากก่อนการใช้

\* ได้รับการสนับสนุนการวิจัยจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลอ่างศิลาและศูนย์สุขภาพชุมชนอ่างศิลา

\*\* หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

\*\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq .05$

2. คะแนนเจตคติรายข้อหลังใช้กระบวนการชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยก่อนการใช้กระบวนการชุมชน เท่ากับ 2.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31) (จากคะแนน 1-5) หลังการใช้กระบวนการชุมชน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 2.71 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31) โดยค่าเฉลี่ยเจตคติต่อสุขภาพ อาหารหลังการใช้กระบวนการชุมชนไม่แตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq .05$

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการใช้กระบวนการชุมชนแบบมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพอาหารต่อไปเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้แก่ร้านอาหารที่ตั้งขึ้นใหม่

คำสำคัญ : กระบวนการชุมชน ความรู้ เจตคติ สุขภาพอาหารผู้ประกอบการร้านอาหาร

#### Abstract

The purpose of this quasi experimental research was to compare food sanitation knowledge and food sanitation attitude before and after the implementation of the community process. The sample included 50 food shop owners in Tambon Angsila, Maung, Chon Buri province. Data were collected by self directed questionnaires. Percentage, mean, standard deviation and dependent t-test were used to analyze data.

The results revealed that:

1. The mean score of food sanitation knowledge before the implementation was 17.16 (SD = 1.90) (from 0-20) and after the implementation the mean score was 19.28 (SD = 1.51) The mean difference was statistically

significant at  $p \leq .05$

2. Score by item on attitude of food sanitation was increased. The mean score before the implementation was 2.69 (SD = 0.31) (from 1-5 score) and after the implementation the mean score was 2.71 (SD = 0.31) The mean difference was not statistically significant at  $p \leq .05$

**Key words :** Community process, knowledge, attitude, food sanitation, food shop owners

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) พร้อมกำหนดเกณฑ์มาตรฐานเพื่อดำเนินงานสู่เมืองไทยแข็งแรง 26 ตัวชี้วัด เน้นการพัฒนาชุมชน และนำกลยุทธ์ “7 อ” ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคา อบายมุข และอาชีพ มาใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทุกมิติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายด้านอาหารที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากอาหารไม่สะอาด มีการปนเปื้อนเชื้อโรค ก็สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ จึงมีพระราชบัญญัติควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหารและพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เรื่องการควบคุมการจำหน่ายอาหารตามแหล่งท่องเที่ยว โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำกับดูแลการบริการอาหารของสถานที่จำหน่ายอาหารให้สะอาด ปลอดภัย และได้มาตรฐาน เป็นการสนับสนุน การท่องเที่ยวไทย และคุ้มครองสุขภาพประชาชน นักท่องเที่ยวทั้งภายในและต่างประเทศ และให้ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามโครงการ “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย” (Clean Food Good Taste) ประสานกับการใช้กฎหมายสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวและ

### ภาวะสุขภาพของประชาชน

ตำบลอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี ตั้งอยู่ชายฝั่งทะเลด้านตะวันออกของประเทศไทย เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สามารถทำรายได้เป็นจำนวนมาก ผู้ว่าราชการจังหวัดมีนโยบายให้ชลบุรีเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยว การบริการด้านอาหาร และส่งเสริมอุตสาหกรรมด้านอาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีจึงกำหนดนโยบายให้หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินงานสอดคล้องและให้การสนับสนุนการท่องเที่ยว ส่งเสริมภาคเอกชน และองค์กรประชาชน พัฒนากิจการเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ประชาชนในตำบลอ่างศิลา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงและค้าขายอาหารเป็นหลัก ผู้ประกอบการค้าขายอาหารประกอบด้วย ร้านอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหาร ร้านค้าของชำ ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินงานโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ไม่กรอบกลม ไม่ต่อเนือง

ขาดการสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี ในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถพัฒนางานด้านสุขาภิบาลอาหารได้ถูกต้อง จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ และสร้างเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลและความตระหนักของชุมชน การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในชุมชน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลอ่างศิลาประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เทศบาลตำบลอ่างศิลา ตลอดจนผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประกอบด้วย กระบวนการที่ชุมชนกำหนดขึ้นเอง ดำเนินงานที่นำไปสู่ความร่วมมือและมีส่วนร่วม ในการนำนโยบายสุขาภิบาลอาหารมากระตุ้นเพื่อสร้างมาตรการในการควบคุมกำกับ การตรวจสอบดูแล

สถานที่ประกอบและจำหน่ายอาหาร ด้วยการพัฒนาและปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเหมาะสมตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการ ผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟ สามารถควบคุมสถานที่ประกอบและจำหน่ายอาหาร ให้ถูกสุขลักษณะโดยทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารและเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ผลของการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาภาคเอกชน เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีคุณภาพดี และมีคุณค่าทางโภชนาการจากสถานประกอบการร้านอาหารในชุมชนอื่น และเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพประชาชนในเรื่องอื่นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการชุมชนต่อความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และ เจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร ในการพัฒนาร้านอาหารให้ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อยของผู้ประกอบการร้านอาหาร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการใช้กระบวนการชุมชน
2. เปรียบเทียบเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการใช้กระบวนการชุมชน

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) มีคำประกาศนโยบายและเป้าหมายหลัก 2 ประการ คือ ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental health) และ ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกายภาพ (Physical health) ซึ่งรวมถึง คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิต

อาหารที่ปลอดภัยปนเปื้อน ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ (Good Manufacturing Practice...GMP) จากคำประกาศดังกล่าวจึงเกิดโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) โดยมีกิจกรรมการดำเนินการได้แก่ การตรวจประเมินตามแบบตรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร การตรวจการปนเปื้อนแบคทีเรีย เป็นต้น (วิภาเพ็ญ เจียสกุล, 2547)

กระทรวงสาธารณสุขนำยุทธศาสตร์ในการสร้างสุขภาพ เน้น “สร้างนำซ่อม” ร่วมกับ เกณฑ์มาตรฐาน 26 ตัวชี้วัด ของเมืองไทยแข็งแรง เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งเน้นการพัฒนาชุมชน นำกลยุทธ์ 7 0 ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคา อบายมุข และอาชีพ มาใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพคนไทย โดยเฉพาะนโยบายด้านอาหารที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ รวมทั้งมีพระราชบัญญัติควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหารให้มีสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้องและได้เกณฑ์มาตรฐานตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ดังนั้นการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประชาชนได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดโรค ซึ่งจะต้องประกอบด้วยสุขาภิบาลสถานที่จำหน่ายอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล และการพัฒนาร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร

สถานที่จำหน่ายอาหารจะต้องจัดทำและปรับปรุงให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ มีสภาพดี และมีความสะอาดและพอเพียง เป็นไปตามเกณฑ์ ตั้งแต่ความสะอาดของ พื้น ฝาผนังและเพดาน โต๊ะและเก้าอี้ แสงสว่าง การระบายอากาศ อ่างล้างมือ ที่ปัสสาวะ ห้องส้วม ภาชนะรองรับเศษอาหาร ถังเก็บเศษอาหาร และขยะมูลฝอย รางระบายน้ำ การล้างและการเก็บภาชนะและอุปกรณ์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประกอบการทุก

คนและผู้รับบริการมีสุขภาพดี ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และช่วยลดจำนวนเชื้อโรคและการเกิดอุบัติเหตุ (พัฒน์ สุจันงค์, 2537 ; กองสุขาภิบาลอาหาร, 2541) นอกจากสถานที่ประกอบอาหารที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหารและสะอาดแล้ว สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ปรุงผู้เสิร์ฟต้องดีด้วย เพื่อให้อาหารที่ปรุงสุกสะอาด ถึงผู้บริโภคอย่างปลอดภัย

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล (พัฒน์ สุจันงค์, 2537 ; สุมณฑา วัฒนสินธ์, 2547) ได้แก่ ศิระษะและผม ตู หู ปากและฟัน มือและเล็บ เท้า ผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร เหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความสะอาด ปลอดภัยของอาหารเพราะการบริการอาหารต้องใช้มือในการหยิบจับตั้งแต่การปรุง การเสิร์ฟมือเป็นส่วนสำคัญที่จะนำพาเชื้อโรคจากทุกที่ทั้งจากร่างกายของผู้ปรุงผู้เสิร์ฟเองและจากสิ่งของ สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีมือไปสัมผัส ก็จะเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคนำไปสู่อาหาร

โรคและโทษที่เกิดจากสุขาภิบาลไม่ดี อาจแบ่งออกเป็น ตัวของเชื้อโรค พิษของเชื้อโรคและเชื้อรา กลุ่มปรสิต สารเคมีเป็นพิษ ที่ปะปนเข้าไปในอาหาร พิษและสัตว์เป็นพิษ(กองสุขาภิบาลอาหาร, 2541 ; สุมณฑา วัฒนสินธ์, 2547)

การสุขาภิบาลอาหารและ สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีจะมีผลทำให้อาหารมีความสะอาดและปลอดภัยต่อผู้บริโภค และไม่ก่อให้เกิดการระบาดของโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ ในสภาพที่มีการประกอบกร้านอาหารเมื่อมีความเคยชินรวมถึงการทำงานแบบตามสบายทำให้ละเลยการดูแลด้านการสุขาภิบาลอาหารและ สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี โดยไม่ตั้งใจเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการ ดังนั้นการพัฒนาความรู้และเจตคติด้านสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลจึงเป็นพื้นฐานของการพัฒนาร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์สุขาภิบาลอาหาร

ก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

การพัฒนาร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ให้ผ่านเกณฑ์ตามโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถปรับปรุงการจัดบริการอาหารได้อย่างสะอาด เป็นระเบียบ และปลอดภัยต่อผู้บริโภค จะต้องให้ความสำคัญต่อเรื่องการสุขาภิบาล ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ประกอบการ และจะต้องฝึกอบรมพนักงานด้วย ให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักในความรับผิดชอบ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของอาหาร ยึดหลัก 4 ประการ (พดน์ สุจันท์, 2537) คือ 1) หลักการรักษาความสะอาด (Clean) ต้องรักษาความสะอาดอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และสิ่งสัมผัสกับอาหารไว้อย่างสม่ำเสมอ และทุกขั้นตอน 2) หลักการแยก (Separate) ต้องแยกอุปกรณ์และสิ่งสัมผัสอาหารดิบออกจากอาหารสุก 3) หลักการทำให้สุก (Cook) อาหารประเภทเนื้อสัตว์จะต้องปรุงให้สุกดี เพื่อทำลายจุลินทรีย์ที่เป็นอันตรายในอาหาร และ 4) หลักการแช่เย็น (Chill) การใช้ความเย็นรักษาคุณภาพของอาหาร เพื่อชะลอการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์

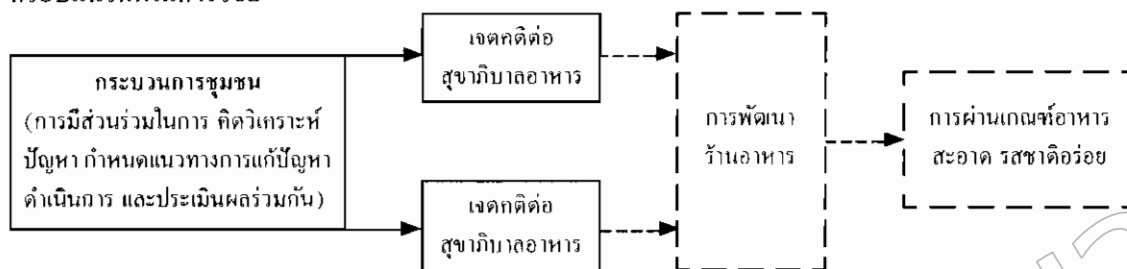
นอกจากนี้ควรต้องดูแลเรื่องสุขาภิบาลอาหารด้านอื่นๆ ด้วย เนื่องจากองค์ประกอบในการเตรียมปรุง และเสิร์ฟอาหาร ในแต่ละกระบวนการนั้นมีโอกาสที่อาหารจะปนเปื้อนเชื้อโรคได้ในทุกขั้นตอน โดยมีทั้งผู้เตรียม ผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟเป็นผู้ก่อให้เกิดการปนเปื้อนได้ด้วนนอกจากตัวอาหารเอง จึงควรมีการดูแลให้สถานประกอบการร้านอาหารได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ในโครงการอาหาร สอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (กรมอนามัย, 2549) อย่างเคร่งครัด ซึ่งเนื้อหาความรู้และวิธีการเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล โรคและโทษที่เกิดจากสุขาภิบาลไม่ดี การพัฒนาร้านอาหารและแผงลอยจำหน่าย

อาหาร ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ในโครงการสุขาภิบาลอาหาร ดังกล่าว จะได้นำมาเป็นกรอบในการศึกษาและประเมินความรู้และเจตคติของผู้ประกอบการร้านอาหารที่เป็นกลุ่มทดลองครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการชุมชนเป็นกลไกในการพัฒนาให้เกิดความรู้และเจตคติที่ดี

กระบวนการชุมชน เป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (ลินธิ์ สโรบล, ม.ป.ป.) คือ ทุกคนในชุมชนตั้งแต่บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดปัญหาของชุมชน ร่วมวิเคราะห์ด้วยการกำหนดขั้นตอน หรือกิจกรรมในการดำเนินงาน ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ ร่วมสังเคราะห์ ร่วมสรุปประสบการณ์เชิงความรู้และการกระทำที่เห็นผลจริง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของชุมชน เกิดการดำเนินการด้วยความยั่งยืน นอกจากนี้การกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา (นิตย์ ทศนิยม, 2547) ใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติการ (Community-based intervention) คือ ต้องให้ชุมชนเห็นปัญหา ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา แล้วชุมชนจะร่วมมือกันแก้ปัญหาของเขาด้วยตัวเอง ซึ่งจะทำให้ชุมชนเข้มแข็งในที่สุด

การศึกษาครั้งนี้จะใช้กระบวนการชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เห็นความสำคัญร่วมกัน การจัดประชุมหาแนวทางการพัฒนาร้านอาหาร ร่วมกันกำหนดปัญหาและวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการตามแผนด้วยการให้ความรู้บรรยายเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล สุขาภิบาลอาหาร การสาธิตการฝึกปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาความรู้และสร้างเจตคติที่ดีต่อสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ให้มีการพัฒนาร้านอาหารเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตามโครงการอาหารสะอาด

รสชาติอร่อย ด้วยเหตุผลและความต้องการของแต่ละบุคคลเอง  
กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กระบวนการชุมชนที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการ และเจตคติต่อสุขภาพโภชนาการ

- > ความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดการวิจัย
- - -> อาจมีความสัมพันธ์แต่ไม่ได้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามความสมัครใจ ผู้ทำการศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สํารวจและสังเกต ข้อมูลสุขภาพโภชนาการและสภาพร้าน โดยจะมีการเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ได้ตลอดช่วงระยะเวลาของการเก็บข้อมูล

### การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยทำการศึกษากลุ่มวัดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามก่อนและหลังการให้สิ่งทดลอง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือผู้ประกอบการร้านอาหารทุกร้านในเขตตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีจำนวน 62 ร้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่เข้าร่วมโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2549 จำนวน 50 คน

ซึ่งสุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มผู้ประกอบการหรือตัวแทนร้านอาหารที่เปิดดำเนินการในวันที่เก็บข้อมูลทุกร้าน ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลในวันศุกร์และเสาร์ของทุกสัปดาห์เนื่องจากเป็นวันที่ร้านอาหารเปิดให้บริการมากที่สุด

### เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 1) แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านอาหาร ข้อมูลสุขภาพของผู้ปรุงผู้เสิร์ฟ และ
  - 2) แบบสำรวจและสังเกต ข้อมูลสุขภาพโภชนาการและสภาพร้าน โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามข้อกำหนดด้านสุขภาพโภชนาการสำหรับร้านอาหารในโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)
  - 3) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน
    - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการครอบคลุมเนื้อหา ด้านสุขภาพโภชนาการและสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบถูกและผิด จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน
    - 3.2 เจตคติต่อสุขภาพโภชนาการครอบคลุม

3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึก ความเชื่อ แนวโน้มต่อการพัฒนาและปรับปรุงร้านอาหาร ทั้งหมด 10 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือเห็นด้วย (3) ไม่แน่ใจ (2) และไม่เห็นด้วย (1) และให้ระดับค่าคะแนนเจตคติ 1 ถึง 3 แบ่งเป็น เจตคติดี เจตคติไม่แน่ใจ และเจตคติไม่ดี โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อสุขภาพอาหาร ให้ความหมายดังนี้ เจตคติไม่ดี (1-1.5) เจตคติไม่แน่ใจ (>1.5 - 2.5) และเจตคติดี (>2.5 - 3)

โดยข้อมูลทั้ง 3 ส่วนเก็บรวบรวมโดยชุมชนเองซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลอ่างศิลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เทศบาลตำบลอ่างศิลา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย กระบวนการชุมชน เอกสารแผ่นพับเรื่องสุขภาพอาหารและสุขวิทยาของผู้ปรุงผู้เสิร์ฟอาหาร และโปสเตอร์การล้างมือที่ถูกต้อง จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง โดยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพอาหาร และทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตเทศบาลเมืองระยองจำนวน 30 ร้าน ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอาหารและแบบวัดเจตคติต่อสุขภาพอาหาร มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูงและค่อนข้างสูง ( $\alpha = .8484$  และ  $.7255$  ตามลำดับ)

ขั้นตอนการทดลอง การดำเนินการกระบวนการชุมชน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลอ่างศิลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เทศบาลตำบลอ่างศิลา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้

1. การประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน อ่างศิลา เทศบาลตำบลอ่างศิลา และมหาวิทยาลัยบูรพา ในการปฏิบัติงานในชุมชนโดยเน้นที่กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร ซึ่งเป็นการริเริ่มจากแนวคิดของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนอ่างศิลา วิเคราะห์ถึงสภาพของชุมชนในเรื่องการสุขภาพอาหารที่ยังไม่ได้รับการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจึงได้ร่วมกับจัดทำโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) เพื่อพัฒนาร้านอาหารให้ได้ตามข้อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร

2. ประชุมผู้นำชุมชนและ อสม.แต่ละหมู่เพื่อหารือถึงแนวคิดการดำเนินโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินโครงการ “อ่างศิลา อาหารสะอาด รสชาติอร่อย” ร่วมกัน คือ ร้านอาหารทุกร้านในตำบลอ่างศิลาต้องพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์การประเมินและได้รับป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย การกำหนดการทำงานในชุมชนด้วยชุมชนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจ และ แนวคิดการดำเนินงานโดยชุมชน จะทำให้เกิดความต่อเนื่อง

3. แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อสม. และชมรมผู้ประกอบการ ร่วมวางแผนสำรวจ ตรวจสอบประเมินร้านอาหาร ตามบริบทของชุมชนและการบริการร้านอาหารของชุมชน รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อการเตรียมชุมชน

4. การเยี่ยมสำรวจและตรวจประเมินร้านอาหาร โดยให้ผู้ประกอบการทำการประเมินตนเองก่อน สัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพอาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคล สังเกตสภาพร้านอาหารโดยมีผู้ประกอบการพาเดินสำรวจ ตรวจสอบสุขภาพผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟอาหาร และตรวจการปนเปื้อนของแบคทีเรียในอาหาร อุปกรณ์ที่ใช้ปรุงอาหาร ภาชนะใส่อาหาร และมือผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟ

ด้วยน้ำยา SI-2 ขณะตรวจประเมินให้คำแนะนำในข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และสรุปประเด็นที่ต้องปรับปรุงให้ผู้ประกอบการร้านอาหารทราบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและให้ตระหนักถึง ความจำเป็นในการพัฒนาร้านค้า

5. จัดกิจกรรมกลุ่มเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการบริการอาหารที่ถูกสุขลักษณะแก่ผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟที่ร้านอาหาร โดยการแจกเอกสารแผ่นพับ จัดกระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้ ผู้เข้ากลุ่มมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น สอนและสาธิตการล้างมืออย่างถูกวิธีแก่สมาชิกในร้านทุกคน ประเมินผลโดยการสาธิตย้อนกลับ ดัดไปสเตอร์การล้างมืออย่างถูกวิธีที่อ่างล้างมือของแต่ละร้าน

6. จัดโครงการ “อ่างศิลาอาหารสะอาด รสชาติอร่อย” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “อ่างศิลาแข็งแรง” มีการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ จัดป้ายนิทรรศการให้ความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร สาธิตการจัดวางภาชนะและอุปกรณ์ ที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร สาธิตการล้างมือที่ถูกวิธี สร้างแรงจูงใจร้านค้าที่ให้ความร่วมมือในการปรับปรุงร้านค้าให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ด้วยการจัดพิธีมอบป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย และมอบใบประกาศเกียรติคุณ “ร้านอาหารดีเด่น” โดยนายอำเภอและนายกเทศมนตรีเชิญชวนให้ผู้ประกอบการร่วมดำเนินงานต่อไป โดยให้มีการกรอกใบสมัครเป็นสมาชิกชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร

7. เมื่อสิ้นสุดโครงการให้กลุ่มผู้ประกอบการประเมินตนเองหลังการใช้กระบวนการชุมชนเพื่อติดตามผล

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยง

เบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร และเจตคติต่อสุขาภิบาลร้านอาหาร ก่อนและหลังการใช้กระบวนการชุมชน โดยการทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระ (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปที่ทำการศึกษามีดังนี้

1.1 ผู้ประกอบการร้านอาหาร จำนวน 50 คน ในตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) มีอายุเฉลี่ย 44.16 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) เคยได้รับการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร (ร้อยละ 52.0) ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร (ร้อยละ 66.0) ในปีที่ผ่านมาไม่ได้รับป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (ร้อยละ 72.0) และมีการเช่าสถานที่ในการประกอบกิจการร้านอาหาร (ร้อยละ 56.0) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

##### 1.2 ข้อมูลสุขาภิบาลอาหาร

สภาพทั่วไปภายในร้านอาหารส่วนใหญ่สะอาด จัดเป็นสัดส่วน มีห้องส้วมให้บริการ ไม่มีกลิ่นเหม็น มีอ่างล้างมือและสบู่พร้อมใช้งาน มีน้ำใช้เพียงพอ มีสัตว์เลี้ยงที่อาจแพร่เชื้อโรคทางเดินอาหาร พบร่องรอยของสัตว์ที่อาจแพร่เชื้อโรคทางเดินอาหาร แยกขยะเปียกและขยะแห้ง มีจำนวนน้อยที่ถังขยะมีฝาปิด และทุกร้าน ขยะส่งกำจัดโดยเทศบาล

ส่วนใหญ่เลือกซื้อผลิตภัณฑ์ประกอบอาหารที่มี อย. ภาชนะใส่อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมีฝาปิด เก็บอาหารแยกเป็นสัดส่วน ภาชนะบรรจุน้ำแข็งบริโภคสะอาด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับจับหรือดักน้ำแข็ง สถานที่เตรียมอาหารก่อนปรุงอยู่บนโต๊ะ ล้างภาชนะด้วยน้ำเปล่าตั้งแต่สองครั้งขึ้นไปหลังจากล้างด้วยน้ำยาล้างจาน ที่ล้างภาชนะสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร เขียงมีสภาพดี แยกใช้เขียงหั่นเนื้อสัตว์ดิบ



สุกและผักผลไม้ วางซ้อน ส้อม ตะเกียบ จานและ ชามวางได้ถูกต้อง ภาชนะที่ใส่มีความสะอาด ใช้ อุปกรณ์ในหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จ และยังมี

บางส่วนเตรียมอาหารหน้าห้องน้ำ ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านอาหาร ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี  
(n = 50)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
<b>ข้อมูลผู้ประกอบการร้านอาหาร</b>			
1. เพศ	หญิง	40	80.0
	ชาย	10	20.0
2. อายุ	< 20 ปี	0	0.0
	20-29 ปี	5	10.0
	30-39 ปี	13	26.0
	≥ 40 ปี	32	64.0
Min = 23 ปี Max = 72 ปี Mean = 44.16 ปี S.D. = 11.311 ปี			
3. ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	1	2.0
	ประถมศึกษา	26	52.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	16.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	5	10.0
	อนุปริญญา / ปวส	6	12.0
	ปริญญาตรี	3	6.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.0
4. ในปีที่ผ่านมา	ไม่ได้รับป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย	36	72.0
5. ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร		33	66.0
6. สภาพร้านมีการเช่าสถานที่ในการประกอบกิจการ		28	56.0
7. เคยได้รับการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร		25	50.0
<b>ข้อมูลสุขาภิบาลอาหาร</b>			
ก. สภาพทางกายภาพและลักษณะร้านอาหาร			
1.	มีน้ำใช้เพียงพอต่อการใช้งาน	47	94.0
2.	สภาพทั่วไปภายในร้านอาหารสะอาด	39	78.0
3.	สภาพทั่วไปภายในร้านอาหารจัดเป็นสัดส่วน	36	72.0
4.	มีการแยกขยะเปียกและขยะแห้ง	36	72.0

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. มีอ่างล้างมือและสบู่พร้อมใช้งาน	18	36.0
6. มีห้องส้วมไว้บริการ	27	54.0
7. ห้องส้วมไม่มีกลิ่นเหม็น (n=27)	25	92.6
8. มีสัตว์เลี้ยงที่อาจแพร่เชื้อโรคทางเดินอาหาร	7	14.0
9. ถังขยะมีฝาปิด	6	12.0
10. มีร่องรอยของสัตว์ที่อาจแพร่เชื้อโรคทางเดินอาหาร	4	8.0
ข. การเลือกซื้อ การเตรียม และการจัดเก็บอาหาร		
11. ภาชนะบรรจุน้ำแข็งที่ใช้ในการบริโภคสะอาด	47	94.0
12. เก็บอาหารแยกเก็บเป็นสัดส่วน	46	92.0
13. เลือกซื้อผลิตภัณฑ์ประกอบอาหารที่มี อย.	43	86.0
14. ภาชนะใส่อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมีฝาปิด	41	82.0
15. มีการใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับถือหรือตักน้ำแข็ง	38	76.0
16. เตรียมอาหารหน้าห้องน้ำ	14	28.0
ค. การทำความสะอาดและการจัดเก็บภาชนะ		
17. สถานที่ล้างภาชนะสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	44	88.0
18. เขียงมีสภาพดี สะอาดไม่แตก ไม่เป็นเชื้อรา	44	88.0
19. ภาชนะที่ใส่ซอ ส้อม ตะเกียบสะอาด	41	82.0
20. ใช้อุปกรณ์ในหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จ	41	82.0
21. แยกเขียงและมิดหันเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้	40	80.0
22. วางซอ ส้อม ตะเกียบ ถูกต้อง	28	56.0

2. ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร ก่อนการใช้กระบวนการชุมชนผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารเฉลี่ย 17.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90) (จากคะแนน 0-20) หลังการใช้กระบวนการชุมชน

มีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 19.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.51) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้กระบวนการชุมชนสูงกว่าก่อนการใช้กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 7.219$ ,  $p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังใช้กระบวนการชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	S.D.	t	p (1-tailed)
ก่อนใช้กระบวนการชุมชน	50	17.16	1.90		
หลังใช้กระบวนการชุมชน	50	19.28	1.51	7.219	< .01

3. เจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหาร พบว่า คะแนนเจตคติรายข้อหลังใช้กระบวนการชุมชนส่วนใหญ่ดีขึ้น ค่าเฉลี่ยก่อนการใช้กระบวนการชุมชน เท่ากับ 2.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31) (จากคะแนน 1-5) หลังการใช้

กระบวนการชุมชน ค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 2.71 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31) โดยค่าเฉลี่ยเจตคติหลังการใช้กระบวนการชุมชนไม่สูงกว่าก่อนการใช้กระบวนการชุมชนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ( $t = 0.340, p = .37$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังใช้กระบวนการชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	S.D.	t	p (1-tailed)
ก่อนใช้กระบวนการชุมชน	50	2.69	0.31	0.340	0.37
หลังใช้กระบวนการชุมชน	50	2.71	0.31		

### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารหลังการใช้กระบวนการชุมชนแตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  แสดงว่ารูปแบบของการใช้กระบวนการชุมชนมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร เนื่องจากกิจกรรมในกระบวนการชุมชน มีกิจกรรมหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่ การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยตามร้านอาหาร การเดินสำรวจ ตรวจและแนะนำตามจุดต่างๆ ภายในร้านอาหาร การแจกเอกสารแผ่นพับ การคิดโปสเตอร์ วิธีการล้างมือที่ถูกต้อง การสาธิตวิธีการล้างมือและให้ฝึกล้างมือจริงจนสามารถล้างมือได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้เกิดการเข้าใจอย่างชัดเจน ในการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย ผู้ประกอบการสามารถซักถามข้อข้องใจต่างๆ ตามปัญหา จึงทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระ ทัพพนิช (2541) เรื่องรูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ร่วมกับแรงเสริมโดยสาธารณสุขอำเภอต่อสภาวะการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหาร ของแหล่งท่องเที่ยว ปัต่องเที่ยวไทย จังหวัดสมุทรปราการ

และ กนกวรรณ มีจินดา (2545) ที่ทำการศึกษาเรื่องการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในตลาดเทศบาลนครอุดรธานี พบว่าผู้ประกอบการอาหารหรือผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .05$ )

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารหลังการใช้กระบวนการชุมชนไม่แตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq .05$  ทั้งนี้อาจเนื่องจากช่วงระยะเวลาที่ใช้กระบวนการชุมชนมีระยะเวลาสั้น เพียง 5 สัปดาห์ ทำการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระ ทัพพนิช (2541) เรื่องรูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ร่วมกับแรงเสริมโดยสาธารณสุขอำเภอ ต่อสภาวะการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหาร ของแหล่งท่องเที่ยว ปัต่องเที่ยวไทย จังหวัดสมุทรปราการ ใช้เวลาในการทดลอง 5 เดือนซึ่งนานกว่าการทดลองครั้งนี้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านบริการ

1. จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อสุขาภิบาลอาหารหลังการใช้กระบวนการชุมชนไม่แตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการใช้เวลาน้อย ดังนั้นผู้ทำงานเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ควรมีการดำเนินกิจกรรมในกระบวนการชุมชนอย่างต่อเนื่องแล้วติดตามการเปลี่ยนแปลงของเจตคติ ทั้งนี้หากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงอาจพิจารณาปรับปรุงเพื่อหาข้อกำหนดกระบวนการชุมชนที่เพิ่มการเปลี่ยนแปลงเจตคติมากขึ้น

2. จากผลของกระบวนการชุมชนทำให้ผู้ประกอบการมีความรู้ดีขึ้น ดังนั้นควรมีการดำเนินกระบวนการชุมชนเรื่องสุขาภิบาลอาหารต่อไปเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกับร้านอาหารที่ตั้งขึ้นใหม่

#### ด้านวิจัย

การศึกษาไม่ได้ศึกษาผลของกระบวนการชุมชนต่อการพัฒนาร้านอาหารให้ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาจำกัดและการพัฒนาร้านอาหารให้ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อยนั้น ต้องปรับปรุงทั้งด้านโครงสร้างทางกายภาพ ความสะอาด และพฤติกรรมบริการโดยเฉพาะโครงสร้างทางกายภาพนอกจากต้องใช้เวลาไม่นานแล้วยังต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอีกด้วย เมื่อผู้ประกอบการมีความรู้และมีเจตคติที่ดีต่อสุขาภิบาลอาหาร เมื่องบประมาณเพียงพอก็สามารถดำเนินการปรับปรุงต่อไปได้ ดังนั้นการศึกษากครั้งต่อไปจึงควรศึกษาถึงผลการพัฒนาร้านอาหารให้ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย

### ด้านนโยบายและการบริหาร

สถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารควรกำหนดให้มีนโยบายในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารโดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคชุมชนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่เทศบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลอ่างศิลา ผู้นำชุมชน อสม. ที่มีส่วนช่วยเหลือรวบรวมข้อมูลและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชุมชนที่ช่วยให้การทำวิจัยนี้เสร็จสิ้นตลอดโครงการวิจัย และ ขอขอบคุณ รศท.(ญ) ชรัลดา เจริญพิภพ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลอ่างศิลา ที่ให้การสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

กนการรณ มีจินดา. (2545). *การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนสภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในตลาดเทศบาลนครอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรมอนามัย. (2549). *โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย*. วันที่ค้นข้อมูล 10 สิงหาคม 2549, เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th>

กองสุขาภิบาลอาหาร. (2541). *คู่มือวิชาการ*

สุขภาพโภชนาการสำหรับเจ้าหน้าที่. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

เดิมศรี ชำนิจารกิจ. (2544). *สถิติประยุกต์ทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ ทัพพานิช. (2543). *รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการร่วมกับเสริมโดยสาธารณสุขอำเภอต่อสภากรรมการด้านสุขภาพโภชนาการของแหล่งท่องเที่ยว ปักธงเที่ยวไทย*. วันที่ค้นข้อมูล 9 กันยายน 2549, เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/232/23204.html>

นิตย์ ทศนิยม. (2547). *รายงานการประเมินโครงการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พัฒน์ สุจันงค์. (2537). *อนามัยชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช. *แรงจูงใจ*. วันที่ค้นข้อมูล 16 กันยายน 2549, เข้าถึงได้จาก [www.ismed.or.th/knowledge/manage/manage39.pdf](http://www.ismed.or.th/knowledge/manage/manage39.pdf)

วิภาเพ็ญ เจียสกุล. (2547). *คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย "เมืองไทยแข็งแรง"*. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. วันที่ค้นข้อมูล 3 สิงหาคม 2549, เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/247/27402.html>

สุนณา วัฒนสินธ์. (2547). *การสุขภาพโภชนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สินธ์ สโรบล. (ม.ป.ป.) *กระบวนการชุมชน*. วันที่ค้นข้อมูล 16 กันยายน 2549, เข้าถึงได้จาก [http://www.cdd.go.th/poor/attaact/manual\\_learning.pdf](http://www.cdd.go.th/poor/attaact/manual_learning.pdf)